ODONTOMAR

Servizi Assicurativi in ambito Medico-Odontoiatrico

DIP: DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE

allegati per l'Assicurato

da trattenere e conservare

Il presente fascicolo contiene:

- **Contratto Assicurativo**
  - **Polizza di Responsabilità Civile Professionale Odontoiatri**

    NB: Assolve funzione di Contratto Assicurativo e Ricevuta Fiscale (eventualmente allegando copia del bonifico effettuato), da consegnare, su richiesta, ad enti privati o pubblici che lo richiedano.

- **Condizioni Generali di Assicurazione**
- **Nota Informativa per il Contraente / Glossario**
  Regolamento IVASS n° 45 agosto 2020
- **Informativa Privacy** Regolamento UE n. 679/2016
- **Modulo di Proposta**
  NB: Allegare Il modulo di adesione precedentemente inviato e rosoci compilato e firmato
- **Modello Unico di Informativa Precontrattuale** Regolamento IVASS N° 45 / agosto 2020
  Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti

Gentile Cliente,

La invitiamo a leggere con attenzione le informazioni che seguono preparate con l'intento di meglio tutelare i Suoi interessi.

ODONTOMAR
Via Aliprandi, 32 – 20833 Giussano (MB) – Tel. 0362.355 411 – Fax 0362.352 766
www.odontomar.it - e-mail: info@odontomar.it
Iscrizione R.U.I. E000098535 – P. Iva 04792920961

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale
Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Coverys International Insurance Company DAC
Coverys International Insurance Company DAC è registrata in Irlanda con il numero: 680074 e soggetta alla vigilanza della Central Bank of Ireland.
Sede legale: The Victorians, 15-18 Earlsfort Terrace, Dublin 2, Ireland.
Coverys International Insurance Company DAC è ammessa ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi con Codice Ivass 41100.

Prodotto: RC Professione Medico Destista, Odontoiatra e Igienista Dentale

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

Che tipo di assicurazione è?
La presente polizza assicura la responsabilità civile derivante all'Assicurato nell'esercizio dell'attività professionale connessa con la sua qualità di Medico-Dentista ed Odontoiatra o Igienista Dentale, libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia nonché, per la sola colpa grave, in qualità di dipendente di Struttura Sanitaria, pubblica o privata.
L'Assicurazione è prestata nella forma "*claims made*" ossia copre le Richieste di Risarcimento ricevute per la prima volta dall'Assicurato (o, in caso di azione diretta, dall'Assicuratore) durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate all'Assicuratore durante detto periodo purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data di Retroattività convenuta.

Che cosa è assicurato?

✓ **Responsabilità civile verso Terzi**
Il patrimonio dell'Assicurato da quanto questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile ai sensi di legge per Danni cagionati a terzi per fatti colposi (lievi o gravi), errori od omissioni, commessi o accaduti nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel modulo di Proposta-Questionario.

La copertura assicurativa ha ad oggetto l'attività svolta dall'Assicurato in qualità di:

Medico-Dentista e Odontoiatra o Igienista Dentale, Libero Professionista o Dipendente che svolge attività di extramoenia;

Medico-Dentista e Odontoiatra o Igienista Dentale, Dipendente pubblico o Convenzionato, inclusa l'attività di intramoenia, anche allargata, che operi presso una Struttura Sanitaria pubblica o privata, limitatamente all'assicurazione di colpa grave;

Giovane Odontoiatra, con meno di 38 anni che sia iscritto al relativo Albo/Ordine Professionale da non più di 5 anni.

✓ **Responsabilità civile verso i Dipendenti**
Il patrimonio dell'Assicurato da quanto questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri Dipendenti che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio dell'Assicurato.

✓ **Conduzione dei locali dove si svolge l'attività**
Il patrimonio dell'Assicurato da quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile per Danni cagionati a terzi in relazione alla proprietà e/o conduzione dello studio o dell'ambulatorio, ossia dei locali adibiti all'Attività Esercitata in proprio o in regime di extramoenia e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti; per tale garanzia è previsto un Sottolimite di indennizzo a € 500.000,00.

Che cosa non è assicurato?

La garanzia non opera nel caso di Richiesta di Risarcimento:

✗ pervenute all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, all'Assicuratore) in data successiva a quella della scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività (qualora tale garanzia sia stata attivata);

✗ denunciate all'Assicuratore oltre 30 giorni dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione in corso;

✗ già pervenuta all'Assicurato prima della data di decorrenza del Periodo di Assicurazione o conseguente a, derivante da, basata su qualsiasi Circostanza-Fatto Noto di cui l'Assicurato fosse a conoscenza prima della data di decorrenza del Periodo di Assicurazione;

✗ per Atto Illecito commesso prima della Data di Retroattività stabilità nella Scheda di Copertura;

✗ per Danni causati da un'azione o omissione dolosa dell'Assicurato;

✗ per Danni conseguenti/derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;

✗ per Danni conseguenti/derivanti dall'impiego di farmaci sperimentali prescritti e/o somministrati dall'Assicurato;

✗ Per Danni conseguenti/derivanti dal mancato ottenimento del risultato estetico atteso dal paziente in assenza di fatti colposi, errori e/o omissioni dell'Assicurato;

✗ per Danni conseguenti/derivanti dalla pratica di Attività di Chirurgia Plastica;

Salvo pagamento di un premio aggiuntivo, sono altresì escluse le Richiesta di Risarcimento derivanti:

✗ dalla pratica dell'attività di Direttore Sanitario, Dirigente di secondo livello, Primario;

✗ dall'assenza, insufficienza e/o inidoneità del consenso informato acquisito dall'Assicurato;

Garanzie aggiuntive opzionali (operanti solo se attivate dal Contraente e previo pagamento del Premio aggiuntivo):
- **Attività di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello e/o Primario**. È previsto un Sottolimite di indennizzo pari a € 500.000,00;
- **Consenso Informato**;
- **Interventi di Implantologia Osteointegrata e "Altre Tecniche"**;
- **Attività Estetica**;
- **Insuccesso implantare**. È previsto un Sottolimite di indennizzo pari a € 1.000, e fino ad un massimo di due eventi per anno assicurativo;
- **Rimborso compensi**. È previsto un Sottolimite di indennizzo pari a € 12.000;
- **Estensione temporale della copertura**;
- **Estensione della garanzia assicurativa in caso di cessazione - definitiva dell'Attività Esercitata**.
- **Estensione volontaria della garanzia assicurativa in caso di prosecuzione dell'Attività Esercitata**.

L'Assicuratore indennizzerà l'Assicurato, nei modi e nei limiti stabiliti dalle condizioni di assicurazione, fino ad un massimo della somma assicurata, per sinistro e per anno, indicata nella Scheda di Copertura.

✘ dalla pratica di Attività Estetica;

✘ dalla pratica di Interventi di Implantologia.

Il presente elenco è a titolo esemplificativo e non esaustivo; per l'elenco completo si rimanda al DIP Aggiuntivo ed alle Condizioni di Assicurazione.

Ci sono limiti di copertura?

! L'Assicurazione è soggetta a Franchigia stabilita nella Scheda di Copertura che per ogni Richiesta di Risarcimento resta a carico dell'Assicurato.

! In caso di vincolo di solidarietà con altri soggetti, l'Assicurazione copre la responsabilità per l'intero, salvo il diritto di surrogazione dell'Assicuratore nel diritto di regresso dell'Assicurato nei confronti dei condebitori solidali.

Dove vale la copertura?

✓ L'Assicurazione è valida per le Richieste di Risarcimento originate da fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.

✓ Le Richieste di Risarcimento e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne devono essere fatte valere in Italia.

Che obblighi ho?

- Al momento della stipula dell'Assicurazione il Contraente deve fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione;
- In caso di mutamenti che aggravino il rischio nel corso del Periodo di Assicurazione, il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Assicuratore entro 15 giorni dalla data del loro verificarsi;
- L'Assicurato deve dare avviso all'Assicuratore della cessazione definitiva dell'Attività Esercitata;
-
- In caso di sinistro, l'Assicurato, per il tramite dell'Intermediario, deve darne avviso scritto a mezzo e-mail, PEC o raccomandata A.R. all'Assicuratore, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza; inoltre, entro lo stesso termine, l'Assicurato è tenuto a dare avviso scritto all'Assicuratore di qualsiasi circostanza di cui venga a conoscenza che si presuma possa ragionevolmente dare origine ad una Richiesta di Risarcimento, fornendo le precisazioni necessarie e opportune con i dettagli relativi a date e persone coinvolte
- Pena la perdita del diritto all'Indennizzo, l'Assicurato non deve, senza il previo consenso scritto dell'Assicuratore, ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese.

Quando e come devo pagare?

Il Premio è annuale e deve essere pagato prima della data di decorrenza della Polizza. Dato che la Polizza prevede il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annua dovrà essere pagato il Premio di rinnovo.
Il Premio non può essere pagato in contanti ed è determinato in base all'attività professionale indicata in Polizza, al Massimale scelto e sulla base delle dichiarazioni ed informazioni rese dall'Assicurato nella Proposta-Questionario anche nel caso in cui la presente Assicurazione venga stipulata da o per conto di uno Studio Associato, Associazione Professionale o Società.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa ha durata annuale e ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Come posso disdire la polizza?

Laddove convenuto nella Scheda di Copertura, la presente Assicurazione si intenderà prorogata automaticamente al termine del Periodo di Assicurazione per un nuovo Periodo di Assicurazione della durata di 12 mesi, alle medesime condizioni e subordinatamente al pagamento del Premio, ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata da inviare all'altra Parte almeno 30 giorni prima della data di ogni scadenza. Laddove la Scheda di Copertura non preveda la tacita proroga non sarà previsto alcun termine di disdetta.

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale

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

Prodotto: RC Professione Medico Dentista, Odontoiatra, Igienista Dentale

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni ultimo disponibile: 25 giugno 2025

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Coverys International Insurance Company DAC è parte di Coverys Group.
Sede legale: The Victorians, 15-18 Earlsfort Terrace Dublin 2, Ireland
Sito web: www.coverysinternational.com
E-mail: hello@coverysinternational.com
Telefono: +35 1 526 88 6

Coverys International Insurance Company DAC è autorizzata ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi con Codice Ivass Impresa 41100 e numero di iscrizione all'Elenco imprese: 680074

L'autorità di vigilanza competente è Central Bank of Ireland.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa:
Coverys International Insurance Company DAC ("CIIC") è una società di recente costituzione. I seguenti valori si basano sul bilancio al 31 dicembre 2024:
Il requisito patrimoniale minimo (MCR): € 4.000.000,00;
Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): € 2.035.737,00;
Ammontare dei fondi propri ammissibili alla copertura dell'SCR e MCR: € 11.721.000,00;
L'indice di copertura dei requisiti patrimoniali, come rapporto tra Fondi propri ammissibili e Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari al 576% e il rapporto tra Fondi Propri Ammissibili e Requisito Patrimoniale minimo è pari al 293%.
La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'Impresa è disponibile sul sito internet dell'Impresa: https://www.coverysinternational.com/condition-reports.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto dichiarato nel DIP Danni si forniscono le ulteriori informazioni di dettaglio relativamente alla copertura assicurativa offerta. Le seguenti garanzie sono sempre operanti e incluse nel pagamento del Premio.

- **Azioni di rivalsa esperite dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (I.N.P.S.)**
- **Studi associati, Associazione Professionale, Società**
  per la responsabilità civile personale dei singoli professionisti associati/soci, regolarmente abilitati, esclusivamente per l'attività svolta in nome e per conto dello studio professionale, associazione professionale, società, purché nella Proposta-Questionario sia stata accuratamente descritta l'Attività Esercitata;
- **Fatto dei dipendenti e collaboratori**
- **Attività di mediazione finalizzata alla conciliazione**
  La garanzia è prestata con un Sottolimite di Indennizzo pari ad € 250.000,00;
- **Recupero dell'immagine - danni reputazionali**
  La garanzia è prestata con un Sottolimite di Indennizzo di € 50.000,00.
- **Con riferimento a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di una Struttura Sanitaria**, ivi inclusa l'attività di intramoenia, anche allargata, nel caso di dipendente pubblico o convenzionato:
  - **per le azioni di responsabilità amministrativa esperite dalla Struttura Sanitaria pubblica**;

- **per le azioni di rivalsa esperite dalla Struttura Sanitaria privata**;
- **per le azioni di rivalsa esperite dall'impresa di Assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica o privata**

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Ad integrazione di quanto dichiarato nel DIP Danni si precisa che la garanzia non opera nel caso di Richieste di Risarcimento:

- per Danni sofferti da soggetti non considerati Terzi.
- per attività svolte dopo che l'attività professionale dichiarata sia venuta a cessare;
- per fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato qualora non iscritto all'Albo professionale o non in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'Attività esercitata e, a decorrere dal triennio formativo 2023/2025, non abbia assolto in misura almeno pari al settanta per cento (70%) all'obbligo formativo individuale relativo all'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina se non esentato o esonerato;
- per Danni conseguenti/derivanti alla violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione;
- per tutte le obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato nonché per indennità che abbiano natura punitiva;
- per attività diverse dall'Attività esercitata così come descritta dall'Assicurato nella Proposta Questionario;
- relative a qualsiasi procedimento o indagine legale o regolamentare esistente o in corso alla data d'inizio della Assicurazione; o qualsiasi fatto, circostanza, situazione, transazione o evento sottostante o presunto in tali procedimenti o indagini legali o regolamentari.
- per Danni o pregiudizio sofferto dai Dipendenti dell'Assicurato per malattia, morte, lesioni fisiche oppure a seguito di discriminazione, molestie, abusi o altro tipo di maltrattamento, o di inadempienza contrattuale nei loro confronti;
- per Danni o pregiudizio sofferto da soggetti terzi, ivi inclusi pazienti, a seguito di discriminazione, molestie, abusi o altro tipo di maltrattamento nei loro confronti;
- per perdite o per danni da furto o per danneggiamenti a cose causati da incendio, allagamento, esplosione o scoppio;
- per danni o responsabilità derivanti da omissione, errore o ritardo nella stipulazione, nell'aggiornamento o nel rinnovo di coperture assicurative, cauzioni, fideiussioni o altre garanzie finanziarie, o nel pagamento dei relativi premi o altri corrispettivi; oppure derivanti dalla erronea, tardiva o impropria esecuzione o utilizzazione di tali contratti e strumenti;
- per danni che si verifichino o insorgano, direttamente o indirettamente, da inquinamento o contaminazione dell'aria, acqua, suolo, sottosuolo o danno ambientale;
- per effettivo o asserito, plagio, violazione di diritti d'autore, copyright, licenze, marchi di fabbrica, diritti di esclusiva, appropriazione indebita o violazione di brevetto o segreto commerciale;
- per difetto di fabbricazione di prodotto;
- per perdite/spese derivanti da uso doloso di materiali biologici o chimici patogeni o velenosi;
- derivanti da compensi, onorari o commissioni addebitati dall'Assicurato per i servizi professionali resi o da rendere;
- per lesioni fisiche, malattia, lesioni mentali, angoscia o morte di una persona o danneggiamento o distruzione di una proprietà materiale o perdita di utilizzo della stessa, salvo che non derivi dal mancato raggiungimento di standard di cura, diligenza e competenza richiesti dalla legge per lo svolgimento dei servizi professionali;
- per profitto o vantaggio personale che l'Assicurato ottenga o una remunerazione che riceva a cui non ha legalmente diritto;
- per Danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla Struttura Sanitaria.

Con riferimento alla garanzia aggiuntiva Interventi di Implantologia, la copertura è esclusa per il Giovane Odontoiatra.

Ci sono limiti di copertura?

! Agli effetti dell'applicazione della Franchigia, più Richieste di Risarcimento presentate all'Assicurato o all'Assicuratore o alla Struttura Sanitaria in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula *claims made* altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti errori od omissioni (nel secondo caso).

! Sono escluse dalla garanzia e rimangono a carico esclusivo dell'Assicurato, le spese dei legali e dei periti nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali.

! L'Assicuratore non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per i legali, periti o consulenti che non siano dallo stesso designati o approvati. Sono in ogni caso espressamente esclusi i costi e le spese per l'eventuale intervento di un legale domiciliatario e di trasferta.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto assicurativo è rivolto al Medico-Dentista ed Odontoiatra o Igienista Dentale che svolga la propria attività professionale in regime libero professionale con attività ambulatoriale extramoenia o, limitatamente alla copertura per colpa grave, quale Dipendente di una Struttura Sanitaria, pubblica o privata.

Quali costi devo sostenere

La quota parte percepita in media dall'Intermediario per la commercializzazione del prodotto in oggetto è pari a 32,5%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale dovranno essere formulati per iscritto all'Assicuratore inviando una notifica scritta al seguente indirizzo e-mail: complaints@coverys.eu La funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it I reclami di competenza IVASS possono anche essere presentati al *Financial Services and Pension Ombudsman*, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, D02 VH29 accedendo al seguente indirizzo web https://www.fspo.ie/make-a-complaint/. È possibile accedere al modulo per la presentazione dei reclami al *Financial Service and Pension Ombudsman* al seguente indirizzo web https://www.fspo.ie/complaint-form.aspx.
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). La mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Assicuratore, attinente ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Assicuratore, con le modalità indicate nel decreto legge 12 settembre 2014, n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014, n. 162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET individuabile accedendo al sito Internet https://ec.europa.eu/info/fin-net_en

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Gli oneri fiscali sono a carico del Contraente. Il premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo la seguente aliquota attualmente in vigore: 21,25% (oltre 1% quale addizionale al fondo antiracket). Sui premi corrisposti non si prevede alcuna detrazione fiscale.

COVERYS International

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale

MEDICO DENTISTA / ODONTOIATRA / IGIENISTA DENTALE

SI AVVERTE CHE QUESTA ASSICURAZIONE È PRESTATA NELLA FORMA
«CLAIMS MADE»
(SI VEDANO L'ART. 1.12 E L'ART. 2.1)

Prodotto: RC Professioni Medico Dentista/Odontoiatra/Igienista dentale

Condizioni di Assicurazione

Edizione: Dicembre 2024, adeguata al regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per gli esercenti le professioni sanitarie di cui al Decreto Ministeriale 15 dicembre 2023, n. 232, anche ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n. 24.

Le Condizioni di Assicurazione sono state redatte secondo le linee guida del Tavolo tecnico ANIA-ASSOCIAZIONI CONSUMATORI-ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari del 6 febbraio 2018

INDICE

Glossario 4

SEZIONE I - NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE 7
Art. 1.1. Richiamo alle definizioni 7
Art. 1.2. Dichiarazioni del contraente – Proposta-Questionario 8
Art. 1.3. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 8
Art. 1.4. Modifiche dell'Assicurazione 8
Art. 1.5. Aggravamento del rischio 8
Art. 1.6. Diminuzione del rischio 8
Art. 1.7. Altre assicurazioni 8
Art. 1.8. Periodicità e mezzi di pagamento del Premio 8
Art. 1.9. Diritto di ripensamento 8
Art. 1.10. Condizioni della proroga automatica dell'Assicurazione 9
Art. 1.11. Calcolo del Premio – Variazione del Premio alla scadenza 9
Art. 1.12. Clausola "*Claims made*" - Retroattività 9
Art. 1.13. Estensione territoriale 9
Art. 1.14. Operatività a secondo rischio 10
Art. 1.15. Surrogazione e responsabilità solidale 10
Art. 1.16. Casi di cessazione dell'Assicurazione 10
Art. 1.17. Acquisizione, Scissione e Fusione 10
Art. 1.18. Oneri fiscali 10
Art. 1.19. Legge applicabile e Foro competente 10
Art. 1.20. Clausola dell'Intermediario 10
Art. 1.21. Rinvio alle norme di legge 11
SEZIONE II - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE 11
Art. 2.1. Oggetto dell'Assicurazione (Claims Made – Retroattività) 11
Art. 2.2. Studi Associati, Associazioni Professionali, Società - Assicurati 12
Art. 2.3. R.C. Conduzione dei locali dove si svolge l'attività 13
Art. 2.4. Attività di Mediazione finalizzata alla conciliazione 13
Art. 2.5. Recupero dell'immagine – danni reputazionali 13
Art. 2.6. Fatto dei Dipendenti e dei collaboratori 13
Art. 2.7. Attività di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o Primario 14
Art. 2.8. Consenso Informato 14
Art. 2.9. Interventi di Implantologia. Osteointegrata e "Altre tecniche" 14
Art. 2.10. Attività Estetica 15
Art. 2.11. Insuccesso implantare 15
Art. 2.12. Rimborso compensi 15
Art. 2.13. Estensione temporale della copertura 15

Art. 2.14. Estensione della garanzia assicurativa in caso di cessazione definitiva dell'Attività Esercitata – Protezione di eredi e tutori 16
Art. 2.15. Estensione volontaria della garanzia assicurativa in caso di prosecuzione dell'Attività Esercitata 16
Art. 2.16. Rischi esclusi dall'Assicurazione 16
Art. 2.17. Sanzioni 20
Art. 2.18. Esclusioni dal novero dei terzi 20
Art. 2.19. Massimale di garanzia – Sottolimite di Indennizzo 20
Art. 2.20. Franchigia 21
SEZIONE III – NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DELLE VERTENZE E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI 21
Art. 3.1. Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro - Facoltà di recesso 21
Art. 3.2. Gestione delle vertenze di Sinistro - Costi di Difesa 22
Art. 3.3. Azione diretta - Eccezioni opponibili al terzo danneggiato 22
Art. 3.4. Sinistri in serie 22
Allegato n.1 24

AVVERTENZA

L'Assicurazione è prestata nella forma

«CLAIMS MADE»

***ossia copre le Richieste di Risarcimento ricevute per la prima volta dall'Assicurato (o, in caso di azione diretta, dall'Assicuratore) durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate all'Assicuratore durante detto periodo purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data di Retroattività convenuta*.**
Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo dell'Assicuratore e, trascorsi 30 (trenta) giorni dalla fine di tale periodo, nessuna denuncia di Sinistro potrà essere accolta.

A decorrere dal triennio formativo 2023-2025, l'efficacia della presente Assicurazione è condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al settanta per cento (70%) dell'obbligo formativo individuale dell'Assicurato relativo all'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina, come previsto dal D.M. 15 dicembre 2023, n. 232.

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle frasi evidenziate in grigio le quali si riferiscono a decadenze, nullità, limitazioni di garanzia, ovvero oneri a carico dell'Assicurato.

GLOSSARIO

AEC: **AEC UNDERWRITING AGENZIA DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE SPA, agenzia di assicurazioni iscritta al RUI con il n. A000072848**.

Attività Estetica: attività che comporta trattamenti estetici esclusivamente al volto, eseguiti con applicazione superficiale esterna e/o con puntura o iniezione cutanea con ago di sole sostanze completamente riassorbibili o rimovibili, purché senza incisioni cutanee che richiedono sutura.

Assicurato: il/i soggetto/i indicato/i nella **Scheda di Copertura** il cui interesse è protetto dalla presente **Assicurazione**. È da considerarsi **Assicurato**:

a. in caso di persona fisica, il professionista indicato nella **Scheda di Copertura**;
b. in caso di Associazione Professionale o di Studio Associato o di Società si intende l'Associazione Professionale o lo Studio Associato o la Società indicata nella **Scheda di Copertura**, i partners, i professionisti associati e tutti i soci e collaboratori, esclusivamente per l'attività svolta per conto e nel nome dell'Associazione Professionale o dello Studio Associato o della Società e purché nominativamente indicati nella **Scheda di Copertura** e dietro pagamento del relativo **Premio**.

Assicuratore: **Coverys International Insurance Company DAC**
The Victorians,
15-18 Earlsfort Terrace,
Dublin 2,
Ireland

Assicurazione: le condizioni di assicurazione, la **Scheda di Copertura** e la **Proposta-Questionario**.

Attività Esercitata: l'attività descritta nella **Proposta-Questionario**, purché l'**Assicurato** sia legittimato ad esercitarla in base alle norme vigenti in materia.

Attacco Cyber: un atto non autorizzato, doloso criminale o una serie di atti non autorizzati, dolosi o criminali correlati, indipendentemente dal tempo e dal luogo, o la minaccia di un comportamento ingannevole al fine di conseguire tali atti, che implicano l'accesso a, l'elaborazione di, l'utilizzo o il funzionamento di qualsiasi **Sistema Informatico**.

Atto Illecito: qualsiasi azione od omissione che sia stata effettivamente commessa o si sostiene sia stata commessa dall'**Assicurato**, da solo o con il concorso di altri, nello svolgimento delle sue funzioni, e che dia origine ad una **Richiesta di Risarcimento** ai sensi e per gli effetti della presente **Assicurazione**.

Circostanza-Fatto Noto: quei fatti, circostanze e situazioni (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, informazione di garanzia, richiesta di cartella clinica, esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990 n. 285, indagini, anche interne alla Direzione Sanitaria nonché la comunicazione inviata all'**Assicurato**, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017, n. 24, dalla **Struttura Sanitaria**) in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'**Assicurato** che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) **Richieste di Risarcimento** da parte di terzi in conseguenza dell'**Attività Esercitata** dall'**Assicurato**.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione per conto proprio e/o per conto di ogni soggetto rientrante nella definizione di **Assicurato** e si obbliga a pagarne il **Premio**. Si applica il disposto dell'art. 1891 del Codice Civile.

Costi di Difesa: le spese, i diritti e gli onorari legali, calcolati ai minimi della tariffa professionale applicabile, ragionevolmente sostenuti dall'**Assicurato** o sostenuti dall'**Assicuratore** per conto dell'**Assicurato** in relazione a indagini, difese, perizie, liquidazioni, procedimenti giudiziari, arbitrali o di mediazione relativi a una **Richiesta di Risarcimento**.

Danno/Danni: la/le conseguenze pregiudizievoli dell'**Atto Illecito** subite da soggetti terzi suscettibile di valutazione economica. I Danni possono essere Patrimoniali e Non Patrimoniali.

Danni Patrimoniali: il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose nonché quelli consequenziali ai **Danni** da lesioni personali e morte che riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.

Danni Non Patrimoniali: tutti i **Danni** conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.

Data di Retroattività: la data indicata nella **Scheda di Copertura**, precedente al **Periodo di Assicurazione**, da cui inizia a decorrere il periodo di retroattività. In caso di rinnovo, la garanzia assicurativa opera fin dalla decorrenza della prima polizza stipulata.

Dati: informazioni, fatti, concetti, codici o qualsiasi altra informazione di qualsiasi tipo che venga registrata o trasmessa in una forma tale per cui possa essere accessibile, utilizzata, elaborata, trasmessa o archiviata da un **Sistema Informatico**.

Denuncia: atto con il quale l'**Assicurato** deve dare avviso scritto del **Sinistro** all'**Assicuratore**.

Dipendenti: tutte le persone non rientranti nella definizione di **Assicurato** ma che, nell'ordinario svolgimento dell'**Attività Esercitata**, operano o hanno operato alle dirette dipendenze dell'**Assicurato** con rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato, anche se a tempo determinato, o con rapporto di collaborazione o di apprendistato o praticantato, anche durante periodi di prova, di addestramento, di formazione o di "stage".

Franchigia: elemento integrante della polizza di assicurazione, previsto nella **Scheda di Copertura**, che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell'**Assicurato** ed espressa in valore assoluto.

Giovane Odontoiatra il Medico-Dentista ed Odontoiatra con meno di 38 anni di età e che sia iscritto al relativo Albo/Ordine Professionale da non più di 5 anni.

Incidente Cyber: a. qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlate che implichino l'accesso a, l'elaborazione di, l'utilizzo o il funzionamento di qualsiasi **Sistema Informatico**; o
b. qualsiasi indisponibilità parziale o totale o guasto o serie di relative indisponibilità parziali o totali o mancato accesso a, elaborazione di, utilizzo o funzionamento di qualsiasi **Sistema informatico**.

Indennizzo: la somma dovuta dall'**Assicuratore** in caso di **Richiesta di Risarcimento**. Le condizioni di **Assicurazione** prevedono un **Massimale di garanzia**, annuo e per sinistro per ogni **Periodo di Assicurazione**.

Intermediario: il Broker o l'Agente di assicurazioni a cui il **Contraente** ha affidato la gestione della presente **Assicurazione**.

Massimale di garanzia: la somma massima, per sinistro e per anno, per importi non inferiori a quelli stabiliti dall'art. 4 del D.M. 15 dicembre 2023, n. 232, liquidabile dall'**Assicuratore** a titolo di risarcimento del danno nei confronti del terzo danneggiato in seguito al verificarsi di un **Sinistro,** di tutti i **Sinistri** pertinenti a uno stesso **Periodo di Assicurazione** o in caso di **Sinistri in serie**.

Massimale annuo: la somma indicata nella **Scheda di Copertura** che rappresenta l'importo massimo di Indennizzo per l'insieme di tutti i **Sinistri**, pertinenti a uno stesso **Periodo di Assicurazione**, e in caso di **Sinistri in serie,** qualunque sia il numero delle **Richieste di Risarcimento**, delle persone danneggiate e degli **Assicurati** coinvolti.

Massimale per sinistro: la somma massima indicata nella **Scheda di Copertura** che rappresenta il limite massimo di Indennizzo per ciascun **Sinistro**. Tale importo non si somma a quello del **Massimale annuo**, ma è una parte integrante dello stesso.

Normativa sul trattamento dei dati: qualsiasi legge o regolamento o provvedimento sul trattamento di dati o protezione privacy (GDPR – Regolamento Europe n. 679/2016 e Codice Privacy D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.), in qualsiasi stato o provincia, territorio o giurisdizione, che regola l'uso, la riservatezza, l'integrità, la sicurezza e la protezione di dati personali, di volta in volta emanato da qualsiasi legislatore o autorità garante (e come modificato, aggiornato o rimesso in vigore di volta in volta).

Perdita Patrimoniale: il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di lesioni personali, morte o danneggiamento a cose.

Periodo di Assicurazione: il periodo di tempo che ha inizio alla data di decorrenza e termine alla data di scadenza fissate nella **Scheda di Copertura** e nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del **Premio** ai sensi dell'art. 1901 Codice Civile. Al termine di ciascun **Periodo di Assicurazione**, pagato il **Premio** convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo **Periodo di Assicurazione**, distinto dal precedente e dal successivo.

Periodo di Ultrattività: il periodo di tempo, della durata di 10 anni, decorrente dalla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione** nel corso del quale ha avuto luogo la cessazione definitiva dell'**Attività Esercitata** o, in caso di prosecuzione dell'attività, la disdetta, il recesso o la sostituzione della presente **Assicurazione.**

Premio: la somma dovuta dal **Contraente** all'**Assicuratore** per acquistare le garanzie offerte.

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

Proposta-Questionario: il documento attraverso il quale l'**Assicuratore** acquisisce le informazioni essenziali per la valutazione del rischio e per la determinazione del **Premio** della presente **Assicurazione**. La **Proposta-Questionario** forma parte integrante dell'**Assicurazione**.

Richiesta di Risarcimento: quella che per prima, tra le seguenti evenienze, viene a conoscenza dell'**Assicurato** (o, nel caso di azione diretta, dell'**Assicuratore**):

a. la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'**Assicurato** l'intenzione di ritenerlo responsabile di **Danni** o **Perdite Patrimoniali** cagionati da fatti colposi, errori od omissioni accaduti, commessi o attribuiti all'**Assicurato**, oppure gli fa formale **Richiesta di Risarcimento** di tali **Danni** o **Perdite Patrimoniali** come conseguenza dell'**Attività Esercitata**;

b. l'azione giudiziaria civile promossa contro l'**Assicurato** in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;

c. la notifica all'**Assicurato** di un atto con cui, in un **Procedimento Penale**, un terzo si sia costituito "Parte Civile";

d. la comunicazione con cui la **Struttura Sanitaria** pubblica o privata manifesta l'intenzione di ritenere l'**Assicurato** responsabile per colpa grave;

e. l'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o di surroga. In questi casi costituisce **Richiesta di Risarcimento** anche invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei Conti;

f. la ricezione, da parte dell'**Assicurato**: di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010, di un invito a partecipare ad una procedura di negoziazione assistita o una domanda di arbitrato.

Scheda di Copertura: il documento che prova l'**Assicurazione** e facente parte integrante della stessa che contiene i dati del **Contraente** / **Assicurato**, il **Periodo di Assicurazione**, il **Premio**, il **Massimale di garanzia** (annuo e per sinistro), i **Sotto limiti di Indennizzo**, le condizioni speciali, gli eventuali altri dettagli dell'**Assicurazione**.

Sinistro: la **Richiesta di Risarcimento** pervenuta all'**Assicurato** (o, nel caso di azione diretta, all'**Assicuratore**) per la prima volta nel corso del **Periodo di Assicurazione**.

Sinistri in serie: più **Richieste di Risarcimento** presentate all'**Assicurato** o all'**Assicuratore** o alla **Struttura Sanitaria** in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula *claims made* altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti errori od omissioni (nel secondo caso).

Sistema informatico: significa qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, smartphone, laptop, tablet, dispositivo portatile), server, cloud o microcontrollore compreso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dei suddetti e incluso qualsiasi dispositivo input/output, di archiviazione **Dati**, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati a, di proprietà di o gestiti dall'**Assicurato** o da terzi.

Sottolimite di Indennizzo: la massima esposizione dell'**Assicuratore** in relazione ad una specifica garanzia per ogni **Sinistro** e per l'insieme di tutti i **Sinistri** pertinenti a uno stesso **Periodo di Assicurazione** e in caso di **Sinistri in serie**, qualunque sia il numero delle **Richieste di Risarcimento** e delle persone danneggiate. Tale importo non si somma a quello del **Massimale annuo**, ma è una parte integrante dello stesso.

Struttura Sanitaria: l'Azienda Sanitaria, Ospedaliera o l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico privata o facente capo al Servizio Sanitario Nazionale che a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi.

SEZIONE I - NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Art. 1.1. Richiamo alle definizioni

Le Parti convengono che le definizioni che precedono fanno parte integrante della presente **Assicurazione** e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante l'**Assicurazione** stessa.

Art. 1.2. Dichiarazioni del contraente – Proposta-Questionario
Con la firma della presente **Assicurazione**, l'**Assicurato** dichiara:

a. di esercitare l'attività professionale di Medico Dentista ed Odontoiatra o Igienista Dentale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende quelle indicate nella **Proposta-Questionario** alle quali l'**Assicurato** dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
b. di aver assolto l'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina in misura non inferiore al settanta per cento (70%), ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 8.2 del D.M. 15 dicembre 2023, n. 232, se non esentato o esonerato.

Art. 1.3. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
L'**Assicuratore** presta la copertura assicurativa in base alle circostanze del rischio dichiarate dal **Contraente** al momento della stipula dell'**Assicurazione**.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'**Assicurato** relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**Indennizzo**, nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione** (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nella **Proposta-Questionario**.

Art. 1.4. Modifiche dell'Assicurazione
Le eventuali modifiche dell'**Assicurazione** devono essere provate per iscritto.

Art. 1.5. Aggravamento del rischio
In caso di mutamenti che aggravino il rischio nel corso del **Periodo di Assicurazione**, il **Contraente** e/o l'**Assicurato** deve darne avviso scritto all'**Assicuratore** entro 15 giorni dalla data del loro verificarsi e si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 1.6. Diminuzione del rischio
Se nel corso del **Periodo di Assicurazione** il **Contraente** e/o l'**Assicurato** comunica all'**Assicuratore** mutamenti che producono una diminuzione del rischio, si applicano le disposizioni dell'art. 1897 del Codice Civile.

Art. 1.7. Altre assicurazioni
L'**Assicurato** è esonerato dall'obbligo di comunicare all'**Assicuratore** l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di **Sinistro**, l'**Assicurato** deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Art. 1.8. Periodicità e mezzi di pagamento del Premio
L'**Assicurazione** ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella **Scheda di Copertura** se il **Premio** o la prima rata di **Premio** sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Ad ogni scadenza, pagato il **Premio** convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo **Periodo di Assicurazione**, distinto dal precedente e dal successivo.
In caso di proroga automatica dell'**Assicurazione** ai sensi dell'Art. 1.10 che segue, se l'**Assicurato** non paga il **Premio** convenuto o la prima rata dello stesso, l'**Assicurazione** resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento (art. 1901 comma II del Codice Civile).
Tale previsione si applicherà esclusivamente nel caso in cui non ricorrano le condizioni essenziali di cui all'art. 1.10., preclusive della proroga automatica o non sia stata inviata disdetta da una delle parti.
Il pagamento del **Premio** non può essere effettuato in contanti.

Art. 1.9. Diritto di ripensamento
Qualora il presente Contratto di Assicurazione sia stato promosso o collocato mediante il regime della vendita a distanza, il **Contraente** ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento. Tale termine decorre dalla data di conclusione del presente Contratto di Assicurazione.
La volontà di recedere dovrà essere manifestata dal **Contraente** mediante comunicazione scritta a mezzo PEC o raccomandata A/R inviata all'**Intermediario** identificato nella **Scheda di Copertura**.

Art. 1.10. Condizioni della proroga automatica dell'Assicurazione

Qualora nella **Scheda di Copertura** sia stabilito che le Parti hanno convenuto la proroga automatica dell'**Assicurazione**, la proroga avrà luogo alle seguenti condizioni e modalità. In assenza di una tale previsione, l'**Assicurazione** cessa al termine del **Periodo di Assicurazione**, senza obbligo di disdetta.

L'**Assicurazione** si intende prorogata automaticamente al termine del **Periodo di Assicurazione** per un nuovo **Periodo di Assicurazione** della durata di 12 (dodici) mesi, alle medesime condizioni e subordinatamente al pagamento del **Premio**.

Fermo quanto previsto nel presente articolo, la proroga è subordinata al ricorrere delle seguenti condizioni essenziali:

a. che al termine del **Periodo di Assicurazione** l'**Assicurato** non sia a conoscenza di **Richieste di Risarcimento** che debbano essere denunciate all'**Assicuratore**, oppure di **Circostanze-Fatti Noti** che possano causare **Sinistri** coperti dalla presente **Assicurazione**;
b. che l'attività professionale dichiarata nella **Proposta**-**Questionario** non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate all'**Assicuratore** e da loro espressamente accettate ai fini dell'**Assicurazione**.

Nel caso in cui si verifichi una o entrambe le condizioni di cui ai punti a e b che precedono, l'**Assicurato** deve darne avviso per iscritto agli **Assicuratori** entro i 30 (trenta) giorni precedenti al termine del **Periodo di Assicurazione** e l'**Assicuratore** avrà diritto di confermare la proroga oppure di annullarla con restituzione del **Premio** se questo è già stato riscosso ed eventualmente di concordare con l'**Assicurato** i termini di rinnovo dell'**Assicurazione**. Ciascuno dei punti a e b che precedono s'intende tacitamente confermato se l'**Assicurato** non abbia dato diverso avviso all'**Assicuratore** nei termini suddetti. Si applica il disposto di cui all'Art. 1.5 (Aggravamento del rischio).

Qualora si sia verificata una diminuzione del rischio (Art. 1.6), l'**Assicurato** può darne comunicazione all'**Assicuratore** almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza del **Periodo di Assicurazione** e l'**Assicuratore**, se ricorrono le condizioni previste dall'art. 1897 del Codice Civile, è tenuto a ridurre il **Premio** della proroga.

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

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'Art. 3.1.6.

Art. 1.11. Calcolo del Premio – Variazione del Premio alla scadenza

Il **Premio** annuo indicato nella **Scheda di Copertura** è determinato in base all'attività professionale indicata in Polizza, al **Massimale di garanzia**, annuo e per sinistro, scelto e sulla base delle dichiarazioni ed informazioni rese dall'**Assicurato** nella **Proposta-Questionario** anche nel caso in cui la presente **Assicurazione** venga stipulata da o per conto di uno Studio Associato, Associazione Professionale, Società.

Al termine del **Periodo di Assicurazione** e previo preavviso di almeno 90 (novanta) giorni, a sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3.7 del Decreto 15 dicembre 2023, n. 232, ove ne ricorrano i presupposti, è prevista la variazione in aumento o in diminuzione del **Premio** in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo, che sarà in ogni caso coerente e proporzionata alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso, anche tenuto conto del fabbisogno finanziario dell'**Assicuratore**.

Art. 1.12. Clausola "*Claims made*" - Retroattività

Le garanzie della presente **Assicurazione** sono prestate nella forma "*claims made*" e sono operanti per le **Richieste di Risarcimento** ricevute per la prima volta dall'**Assicurato** (o, in caso di azione diretta, dall'**Assicuratore**) durante il **Periodo di Assicurazione** in corso e da lui denunciate all'**Assicuratore** durante detto periodo, secondo le modalità di cui all'Art. 3.1, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla **Data di Retroattività** convenuta. Terminato il **Periodo di Assicurazione**, cessa ogni obbligo dell'**Assicuratore** e, trascorsi 30 (trenta) giorni dalla fine di tale periodo, nessuna denuncia di **Sinistro** potrà essere accolta.

Art. 1.13. Estensione territoriale

L'**Assicurazione** è valida per le **Richieste di risarcimento** originate da fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'**Assicurazione** che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. L'**Assicuratore** pertanto non è obbligato per **Richieste di Risarcimento** fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Art. 1.14. Operatività a secondo rischio

Ove esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire il medesimo rischio e tutto quanto garantito dalla presente **Assicurazione**, si applicano i seguenti disposti:

a. se le altre assicurazioni rispondono dei danni, la presente **Assicurazione** opererà a secondo rischio e cioè per quella parte dell'ammontare dei danni e delle spese che eccederà l'ammontare pagabile dalle altre assicurazioni (Copertura in D.I.L.: differenza di limiti);
b. qualora, per effetto di esclusioni contrattuali, i danni o parte di essi non siano coperti dalle altre assicurazioni, la presente **Assicurazione** risponderà dei danni e delle relative spese o della parte non coperta, purché la **Richiesta di Risarcimento** sia indennizzabile ai sensi di quanto disposto dalla presente **Assicurazione** (Copertura in D.I.C.: differenza di condizioni);
c. si applica in ogni caso quanto disposto dall'Art. 2.19 (**Massimale di garanzia – Sottolimite di Indennizzo**) e dall'Art. 2.20 (**Franchigia**).

Art. 1.15. Surrogazione e responsabilità solidale

L'**Assicuratore** è surrogato, fino a concorrenza dell'**Indennizzo** pagato o da pagare e delle spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di rivalsa che per legge o per contratto spettano all'**Assicurato**, il quale è tenuto a prestare all' **Assicuratore** ogni possibile assistenza nell'esercizio di tali diritti.

Nei confronti dei **Dipendenti** dell'**Assicurato** quali definiti nella presente **Assicurazione**, tali diritti di rivalsa saranno fatti valere soltanto in caso di azione od omissione dolosa dagli stessi commessa.

L'**Assicurato** è responsabile nei confronti dell'**Assicuratore** del pregiudizio arrecato al suo diritto di surrogazione.

In caso di responsabilità solidale dell'**Assicurato**, la presente **Assicurazione** copre la responsabilità per l'intero, salvo il diritto di surrogazione dell'**Assicuratore** nel diritto di regresso dell'**Assicurato** nei confronti dei condebitori solidali.

Art. 1.16. Casi di cessazione dell'Assicurazione

Qualora nel corso del **Periodo di Assicurazione** l'attività del **Contraente/Assicurato** venga a cessare per sua libera volontà, pensionamento, invalidità, morte o per altra ragione imposta (come ritiro dell'abilitazione all'esercizio della professione, licenziamento per giusta causa o sospensione/radiazione dal relativo Ordine Professionale o analoga istituzione o alieni la propria attività), l'**Assicurazione** cessa automaticamente alla data in cui una tale circostanza si è verificata, indipendentemente dal momento in cui l'**Assicuratore** ne sia informato.

Le garanzie assicurative previste dalla presente **Assicurazione** restano operanti fino al termine del **Periodo di Assicurazione** in corso per le **Richieste di Risarcimento**, pervenute in detto periodo, che abbiano origine da fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data di cessazione dell'**Assicurazione**.

Art. 1.17. Acquisizione, Scissione e Fusione

Nel caso in cui l'**Assicurato** venga rilevato da o si fondi con qualsiasi altra organizzazione, venga scisso, o ove qualsiasi entità o persona acquisisca il cinquanta per cento (50%) o più delle azioni con diritto di voto dell'**Assicurato**, la presente **Assicurazione** viene modificata per applicarsi solo alle **Richieste di Risarcimento** derivanti da qualsiasi **Atto Illecito** commesso dall'**Assicurato** prima della data di tale acquisizione, fusione, scissione o acquisto.

Art. 1.18. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'**Assicurazione** sono a carico del **Contraente**.

Art. 1.19. Legge applicabile e Foro competente

Il presente contratto è soggetto alla legge italiana.

Foro competente per tutte le controversie relative alla interpretazione, esecuzione ed applicazione del presente contratto è esclusivamente quello del Foro del luogo in cui l'**Assicurato** ha la residenza o il domicilio o la sede, nel territorio della Repubblica Italiana.

Art. 1.20. Clausola dell'Intermediario

Con la sottoscrizione della presente **Assicurazione**:

a. il **Contraente**, per conto proprio e per conto dell'**Assicurato**, conferisce all'**Intermediario**, identificato nella **Scheda di Copertura**, il mandato a rappresentarlo ai fini della presente **Assicurazione**;
b. l'**Assicuratore** ha conferito ad **AEC** l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza con altro **Intermediario** o con l'**Assicurato**.

È convenuto pertanto che:

a. ogni comunicazione fatta dalla **AEC** all'**Intermediario**, anche in caso di avviso di disdetta o di recesso dal contratto, sarà considerata come fatta al **Contraente** o all'**Assicurato** a seconda del caso;
b. ogni comunicazione fatta dall'**Intermediario** alla **AEC** anche in caso di avviso di disdetta o di recesso dal contratto, sarà considerata come fatta dal **Contraente** o dall'**Assicurato** a seconda del caso;
c. ogni comunicazione fatta dalla **AEC** all'**Intermediario** o all'**Assicurato** sarà considerata come fatta dall'**Assicuratore** all'**Intermediario** o all'**Assicurato**;
d. ogni comunicazione fatta alla **AEC** dall'**Intermediario** o dall'**Assicurato** sarà considerata come fatta all'**Assicuratore**.

Art. 1.21. Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge vigenti nel territorio della Repubblica Italiana.

SEZIONE II - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE

CHE COSA È ASSICURATO

Art. 2.1. Oggetto dell'Assicurazione (Claims Made – Retroattività)
Verso pagamento del **Premio** convenuto e alle condizioni tutte della presente **Assicurazione**, l'**Assicuratore**, fino a concorrenza del **Massimale di garanzia** di cui all'Art. 2.19 e stabilito nella **Scheda di Copertura**, presta le sotto definite assicurazioni nella forma "*claims made*" enunciata all'Art. 1.12.

Art. 2.1.1 Oggetto dell'assicurazione della responsabilità civile verso terzi
L'**Assicuratore** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, fino alla concorrenza del **Massimale di garanzia**, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatti colposi (lievi o gravi), di errori od omissioni, commessi o accaduti nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel modulo di **Proposta-Questionario** e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio.

Ferme le esclusioni previste dall'Art. 2.16 che segue, l'**Assicuratore** risponde:
a. dei **Danni** cagionati a terzi per fatti colposi, errori od omissioni commessi o accaduti nello svolgimento dell'**Attività Esercitata**;
b. dei **Danni** cagionati a terzi in relazione alla proprietà e/o alla conduzione dello studio o dell'ambulatorio, ossia dei locali adibiti all'**Attività Esercitata** in proprio o in regime di extramoenia e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti (Art. 2.3);
c. per le azioni di rivalsa esperite dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (I.N.P.S.) ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

Art. 2.1.2 Oggetto dell'assicurazione della responsabilità civile verso i dipendenti
L'**Assicuratore** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri **Dipendenti** che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio dell'**Assicurato**.
L'**Assicuratore** risponde delle somme che l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a pagare:
a. agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) che agiscano contro l'**Assicurato** a titolo di regresso;
b. all'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno, nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124.

La garanzia di cui al presente articolo è efficace a condizione che, al momento del fatto dannoso, l'**Assicurato** sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono in ogni caso escluse le malattie professionali.

Art. 2.1.3 Precisazione sui rischi coperti
Ferme le esclusioni previste dall'Art. 2.16 che segue, l'**Assicurazione** è riferita all'**Attività Esercitata**, come dichiarata dall'**Assicurato** nella **Proposta-Questionario**, la quale può comprendere taluna o entrambe le voci a e b che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

a. L'**Assicurazione** è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'**Attività Esercitata** dall'**Assicurato** in qualità di
   (i) Medico-Dentista ed Odontoiatra che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di Medico-Dentista Odontoiatra autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'**Attività Esercitata** stessa;
   (ii) **Giovane Odontoiatra**, con esclusione della copertura per l'effettuazione di Interventi di Implantologia;
   (iii) di Igienista Dentale abilitato all'esercizio della professione a seguito del conseguimento della laurea in Igiene Dentale (D.M. 270/2004).
b. L'Assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'**Assicurato** nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di una **Struttura Sanitaria**, ivi inclusa l'attività di intramoenia, anche allargata, nel caso di dipendente pubblico o convenzionato, nei casi di:
   (i) azione di responsabilità amministrativa esperita dalla Struttura Sanitaria pubblica nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali **Danni** egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;
   (ii) azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
   (iii) azione di rivalsa esperita dall'Impresa di Assicurazione dalla **Struttura Sanitaria** pubblica o privata nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali **Danni** egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.

Art. 2.1.4 L'**Assicurazione** comprende in ogni caso:
a. i **Danni** derivanti da interventi di primo soccorso prestati in caso di urgenza per motivi deontologici, indipendentemente dall'attività abituale prestata dall'**Assicurato**;
b. la responsabilità civile derivante all'**Assicurato** nella qualità di libero docente, CTU nominato dall'Autorità Giudiziaria, CTP, di titolare cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere;
c. la responsabilità civile facente capo all'**Assicurato** per effetto della posizione, degli incarichi o delle mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N° 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni;
d. la responsabilità civile derivante all'**Assicurato** ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile, per danni cagionati a terzi da suoi **Dipendenti** o collaboratori quando si trovino alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'**Assicurato** o a lui intestati nel P.R.A. o analogo registro, oppure a lui locati. Sono compresi nell'**Assicurazione** i **Danni** per morte e lesioni personali alle persone trasportate purché il fatto dannoso si verifichi entro i confini della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino;
e. i **Danni** derivanti dall'esercizio dell'attività chirurgica tipicamente svolta, consentita ed autorizzata in ambito odontoiatrico, senza ricorso ad anestesia totale, tra cui, a titolo meramente esemplificativo ma non esaustivo, la manipolazione, la sutura e/o la rimozione di tessuti orali e/o periorali, inclusi i denti;
f. i **Danni** di natura estetica e fisionomica derivanti dall'esercizio dell'**Attività Esercitata**, ferma la successiva esclusione dell'Art. 2.16.4 lettera a;
g. l'attività intramoenia, anche allargata, svolta dall'**Assicurato** nonché le prestazioni sanitarie erogate in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale;
h. le prestazioni sanitarie erogate dall'**Assicurato** in regime libero-professionale presso Strutture Sanitarie pubbliche, di cui l'**Assicurato** stesso si avvalga nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente;
i. I **Danni** conseguenti all'attività di guardia medica, ad esclusione dell'attività svolta presso CAU e servizi di Emergenza e Urgenza (pronto soccorsi e 118).

ESTENSIONI DI GARANZIA (SEMPRE OPERANTI)

Art. 2.2. Studi Associati, Associazioni Professionali, Società - Assicurati
Qualora l'**Assicurato** svolga la sua attività in forma di studio associato, associazione professionale o società, l'**Assicurazione** comprende la responsabilità civile personale dei singoli professionisti associati/soci, regolarmente abilitati, esclusivamente per l'attività svolta in nome e per conto dello studio professionale, associazione professionale o società, nel rispetto dell'Art. 1.11 e purché nella **Proposta-Questionario** sia stata accuratamente descritta l'**Attività Esercitata.**

Resta pertanto esclusa dalla presente copertura assicurativa l'attività svolta dai singoli professionisti pur facenti parte dello studio associato, associazione professionale o società qualora sia svolta e fatturata in modo autonomo.
L'eventuale inclusione di ulteriori **Assicurati** o professionisti associati è subordinata alla previa richiesta da parte del **Contraente** all'**Assicuratore**, anche ai fini della determinazione del **Premio** addizionale dovuto.

Art. 2.3. R.C. Conduzione dei locali dove si svolge l'attività
L'**Assicurazione** è estesa alle **Richieste di Risarcimento** che dovessero essere presentate per la prima volta contro l'**Assicurato** durante il **Periodo di Assicurazione** per **Danni** a terzi dovuti a morte, lesioni personali e a danneggiamenti o distruzione di cose o di animali, derivanti da suo fatto colposo, errore ed omissione commesso o accaduto nella conduzione dei locali adibiti a studio e uffici per lo svolgimento dell'**Attività Esercitata** e la cui ubicazione è precisata nella **Scheda di Copertura**, ivi inclusi quelli derivanti ai terzi da danneggiamenti a cose che provochino l'interruzione o sospensione totale o parziale o il mancato o ritardato avvio di loro attività produttive o loro attività di servizi. La garanzia è operante anche quando detti **Danni** siano provocati da fatto colposo o doloso commesso da persone di cui l'**Assicurato** sia legalmente chiamato a rispondere, fermi i diritti di rivalsa verso costoro nel caso abbiano agito con dolo.
Oltre ai casi di cui all'Art. 2.16, in quanto applicabili, sono esclusi dalla presente estensione i **Danni**:

a. subiti da persone che non sono considerate terzi ai sensi dell'Art. 2.18;
b. derivanti da qualunque attività non riconducibile all'**Attività Esercitata**, anche se svolta nei predetti locali o relative pertinenze;
c. che si verifichino in occasione di lavori di manutenzione straordinaria dei locali.

Con riferimento alla presente estensione, la **Scheda di Copertura** prevede un **Sottolimite di indennizzo** pari a Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00), che rappresenta l'esborso cumulativo massimo fino a concorrenza del quale l'**Assicuratore** è tenuto a rispondere, per capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutte le **Richieste di Risarcimento** pertinenti a uno stesso **Periodo di Assicurazione**; tale **Sottolimite di Indennizzo** è ricompreso nel **Massimale annuo** e non è in aggiunta allo stesso.

Art. 2.4. Attività di Mediazione finalizzata alla conciliazione
L**'Assicuratore** si obbliga, fermi restando i termini, i limiti, le definizioni e le condizioni della presente **Assicurazione**, a tenere indenne l'**Assicurato** di quanto sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento per **Perdite Patrimoniali** causate a terzi nello svolgimento dell'attività di "Mediazione finalizzata alla Conciliazione" (ai sensi del D.Lgs. 28/2010, D.M. 180/2010 e successive modificazioni e integrazioni), svolta secondo le vigenti prescrizioni di legge.
La presente estensione è prestata con il **Sottolimite di Indennizzo** di Euro 250.000,00 (duecentocinquantamila/00), che è una parte e non in aggiunta al **Massimale annuo** stabilito nella **Scheda di Copertura** e con una **Franchigia** di Euro 1.500,00 (millecinquecento/00) per ogni **Sinistro**.

Art. 2.5. Recupero dell'immagine – danni reputazionali
L'**Assicuratore** si impegna a rimborsare i costi ragionevoli sostenuti da un **Assicurato**, approvati con il preventivo consenso scritto dell'**Assicuratore**, relativi ad una campagna pubblicitaria atta a ristabilire l'immagine dell'**Assicurato** stesso, in seguito ad un avvenuta **Richiesta di Risarcimento**. Si conviene tra le parti che tale **Indennizzo** viene prestato con un **Sottolimite di Indennizzo** di Euro 50.000,00 (cinquantamila/00) che è una parte e non in aggiunta al **Massimale annuo** stabilito nella **Scheda di Copertura**.

Art. 2.6. Fatto dei Dipendenti e dei collaboratori
L'**Assicurazione** è estesa a comprendere anche le **Richieste di Risarcimento** che dovessero essere presentate per la prima volta contro l'**Assicurato** durante il **Periodo di Assicurazione**, per danni a terzi determinati da azione od omissione colposa o dolosa commessa, nell'ambito e nello svolgimento dell'**Attività Esercitata,** da persone del cui operato l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a rispondere, ivi comprese le persone che, al momento del fatto, erano suoi **Dipendenti**, o che prestavano la propria attività in nome e per conto dell'**Assicurato** in regime di partita iva, salvi i diritti di rivalsa ai sensi dell'Art. 1.15. La presente garanzia è prestata solo per azioni o omissioni colpose dolose e fraudolente che si siano verificate prima della data in cui tali azioni o omissioni sono state scoperte dall'**Assicurato** nei confronti del quale è stata presentata una **Richiesta di Risarcimento**. Tali azioni ed omissioni devono intendersi scoperte dall'**Assicurato** alla data in cui quest'ultimo ha ragionevoli motivi per sospettare che una persona, del cui operato l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a rispondere, abbia posto in essere azioni o omissioni colpose, dolose e fraudolente.

ESTENSIONI DI GARANZIA PREVIO PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Le seguenti condizioni particolari addizionali si intendono valide ed operanti solo se espressamente richiamate nella **Scheda di Copertura** e previo pagamento del **Premio** aggiuntivo convenuto.

Art. 2.7. Attività di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o Primario
A parziale deroga dell'Art. 2.16.4, lettera c, ed a fronte del pagamento del **Premio** aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte della presente **Assicurazione**, l'assicurazione delimitata in questa polizza vale anche per le **Perdite Patrimoniali** derivanti da **Richieste di Risarcimento** provenienti da soggetti terzi che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico Dentista ed Odontoiatra. Resta ferma la copertura per l'attività di carattere medico. La garanzia aggiuntiva prevista dal presente articolo è prestata e solo per i laureati in medicina e chirurgia e/o odontoiatria.

Ai fini della presente garanzia aggiuntiva opzionale non sono considerati terzi: la **Struttura Sanitaria**, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di Responsabilità Amministrativa e/o di Surrogazione (Art. 2.1.3 lettera b).

La presente garanzia aggiuntiva è prestata fino a concorrenza del **Sottolimite di Indennizzo** pari a Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00), che rappresenta l'esborso massimo cumulativo fino a concorrenza del quale l'**Assicuratore** è tenuto a rispondere, per capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutte le **Richieste di Risarcimento** pertinenti ad uno stesso **Periodo di Assicurazione** in relazione alla presente garanzia aggiuntiva; tale **Sottolimite di Indennizzo** è ricompreso nel **Massimale annuo** e non è in aggiunta allo stesso.

La presente garanzia si intende operante con esclusivo riferimento alla carica in essere al momento della sottoscrizione della presente **Assicurazione** e dichiarata dall'**Assicurato** nel questionario assuntivo. La garanzia non opera in relazione a cariche già cessate al momento della sottoscrizione della polizza, nonché con riferimento a cariche non dichiarate all'assicuratore al momento della sottoscrizione della presente **Assicurazione**.

Art. 2.8. Consenso Informato
A parziale deroga dell'Art. 2.16.4, lettera d, ed a fonte del pagamento del **Premio** aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte della presente **Assicurazione**, la presente garanzia aggiuntiva opzionale coprirà i **Danni** imputabili ad assenza, insufficienza e/o inidoneità del consenso informato acquisito dall'**Assicurato**.

Art. 2.9. Interventi di Implantologia. Osteointegrata e "Altre tecniche".
A parziale deroga dell'Art. 2.16.4, lettera e, ed a fronte del pagamento del **Premio** aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte della presente **Assicurazione**, l'assicurazione delimitata in questa polizza, vale anche per i **Danni** derivanti da Interventi di Implantologia Osteointegrata o effettuati con "Altre Tecniche".

Per Interventi di Implantologia effettuati con "Altre Tecniche", a titolo meramente esemplificativo ma non esaustivo, si intende:

a. Attività di implantologia a "Carico Immediato";
b. Attività di implantologia "All on Four" e "All on Six";
c. Attività di implantologia a "Mini - Impianto";
d. Attività di implantologia "Computer Assistita".

Non rientra invece negli Interventi di Implantologia l'inserimento, ai fini esclusivamente ortodontici e per un tempo limitato a quello del trattamento ortodontico, dei c.d. mini-impianti ortodontici (più esattamente TADs - Temporary Anchorage Devices).
La garanzia aggiuntiva prevista dal presente articolo è prestata solo per i laureati in medicina e chirurgia e/o odontoiatria, con esclusione del **Giovane Odontoiatra**.

La presente garanzia aggiuntiva è prestata con una **Franchigia** per ogni **Sinistro** come indicato nella **Scheda di Polizza**.

Art. 2.10. Attività Estetica

A parziale deroga dell'Art. 2.16.4, lettera a, ed a fronte del pagamento del **Premio** aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte della presente **Assicurazione**, l'assicurazione delimitata in questa polizza vale anche per i **Danni** derivanti dall'esercizio di **Attività Estetica**. La presente garanzia aggiuntiva è prestata solo ed esclusivamente dietro presentazione di attestazione di abilitazione professionale specifica se prevista e solo per i laureati in medicina e chirurgia e/o odontoiatria.

Sono in ogni caso escluse le **Richieste di Risarcimento** relative all'obbligo di risultato, anche quando assunto volontariamente dall'**Assicurato**.

Art. 2.11. Insuccesso implantare

A fronte del pagamento del **Premio** aggiuntivo dovuto, l'**Assicurazione** si intende estesa ai **Danni** derivanti da insuccesso in un intervento di implantologia.

Ai fini della risarcibilità l'**Assicurato** dovrà fornire all'**Assicuratore**:

a. Ricevuta/fattura relativa all'onorario percepito dall'**Assicurato** in ordine alla prestazione effettuata con l'indicazione dell'intervento effettuato;
b. Documentazione comprovante l'insuccesso implantare;
c. Dichiarazione da parte dell'**Assicurato** che l'evento non è riferibile alla responsabilità di terzi.

La presente estensione è prestata con il **Sottolimite di Indennizzo** per **Sinistro** di Euro 1.000,00 (mille/00), che è una parte e non in aggiunta al **Massimale annuo** stabilito nella **Scheda di Copertura,** e fino ad un massimo di due eventi per anno assicurativo.

Art. 2.12. Rimborso compensi

A fronte del pagamento del **Premio** aggiuntivo dovuto, l'**Assicurazione** si intende estesa alla restituzione, da parte dall'**Assicurato,** dei compensi percepiti relativi al trattamento incongruo e/o inadeguato e/o infruttuoso, nel solo caso in cui il paziente non faccia valere e/o rinunci a pretese su **Danni**.

Ai fini della indennizzabilità l'**Assicurato** dovrà fornire all'**Assicuratore**:

a. Ricevuta/fattura relativa all'onorario percepito dall'**Assicurato** in ordine alla prestazione effettuata con l'indicazione dell'intervento effettuato;
b. Dichiarazione del paziente/quietanza, rilasciata su modello fornito dall'**Assicuratore** in allegato alla presente **Assicurazione**, dell'avvenuta restituzione dei compensi e che lo stesso non ha niente altro da pretendere a qualunque titolo dall'**Assicurato** in relazione al **Sinistro**;
c. Dichiarazione da parte dell'**Assicurato** che l'evento non è riferibile alla responsabilità di terzi.

La presente estensione è prestata con il **Sottolimite di Indennizzo** per **Sinistro** e per anno di Euro 12.000,00 (dodicimila/00), che è una parte e non in aggiunta al **Massimale annuo** stabilito nella **Scheda di Copertura** e con una **Franchigia** di Euro 2.000,00 (duemila/00) per ogni **Sinistro**.

La presente estensione è applicabile alle sole prestazioni iniziate in data successiva alla data di effetto della prima polizza sottoscritta con l'**Assicuratore**.

Art. 2.13. Estensione temporale della copertura

A parziale deroga dell'Art. 2.16.1 lettera c, ed a fronte del pagamento del **Premio** aggiuntivo dovuto, l'**Assicuratore** si impegna, nei termini e alle condizioni della presente **Assicurazione**, a tenere indenne l'**Assicurato** dalle **Richieste di Risarcimento** avanzate per la prima volta nei suoi confronti nel corso del **Periodo di Assicurazione**, anche se derivanti da **Circostanze-Fatti Noti** che fossero noti all'**Assicurato** prima della data di inizio del **Periodo di Assicurazione**, a condizione che:

a. alla data in cui per la prima volta l'**Assicurato** sia venuto a conoscenza di **Circostanze-Fatti Noti** all'origine della **Richiesta di Risarcimento**, l'**Assicurato** fosse coperto da assicurazione per il medesimo rischio di cui alla presente **Polizza**;
b. la polizza di assicurazione che garantiva l'**Assicurato** ai sensi del precedente punto a) e le successive polizze, non consentissero l'apertura di un sinistro in relazione a **Circostanze-Fatti Noti** come definiti in polizza;
c. l'**Assicurato** sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con la presente **Polizza**, dalla data di cui al punto a);
d. le **Circostanze-Fatti Noti** di cui al presente articolo siano stati dichiarati nella **Proposta-Questionario** e l'**Assicuratore** ne abbia preso atto tramite apposita precisazione riportata nella **Scheda di Polizza.**

Art. 2.14. Estensione della garanzia assicurativa in caso di cessazione definitiva dell'Attività Esercitata – Protezione di eredi e tutori

Art. 2.14.1 In caso di decesso dell'**Assicurato** durante il **Periodo di Assicurazione** la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suoi eredi per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei loro confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi dall'**Assicurato** durante il **Periodo di Assicurazione** incluso il **Periodo di Retroattività**. L'ultrattività estesa agli eredi non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Art. 2.14.2 Qualora durante il **Periodo di Assicurazione** in corso l'attività professionale dell'**Assicurato** venga definitivamente a cessare per qualsiasi causa è riservata all'**Assicurato** la possibilità di acquistare la copertura assicurativa per le **Richieste di Risarcimento** presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi alla data di cessazione dell'**Attività Esercitata** purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il **Periodo di Assicurazione** incluso il **Periodo di Retroattività**.

Art. 2.14.3 L'estensione della garanzia è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultima annualità di polizza attiva e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 500% del premio corrispondente all'ultima mansione esercitata.
Valgono le modalità previste dagli articoli della presente **Assicurazione**.
Resta inteso che alla presente estensione di garanzia si applicheranno le medesime condizioni in corso al momento della scadenza del **Periodo di Assicurazione** e che l'acquisto della garanzia postuma non andrà ad aumentare il **Massimale annuo** o qualsivoglia **Sotto limite di Indennizzo** previsto nella **Scheda di Copertura** al momento della scadenza del **Periodo di Assicurazione** o della cessazione dell'**Assicurazione** che dovranno ritenersi la massima esposizione della **Assicurazione** per l'intero periodo di ultrattività indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** pervenute all'assicurato.
Il **Premio** supplementare da corrispondere ai sensi della presente estensione s'intende interamente goduto al momento del suo pagamento e non sarà rimborsabile in caso di cessazione della garanzia postuma.

Art. 2.15. Estensione volontaria della garanzia assicurativa in caso di prosecuzione dell'Attività Esercitata
Anche in caso di prosecuzione dell'attività, nel caso di disdetta, recesso o sostituzione della presente **Assicurazione**, è riservata all'**Assicurato** che abbia stipulato il presente contratto da almeno un anno la facoltà di estendere la presente copertura assicurativa per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei propri confronti, purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il **Periodo di Assicurazione** incluso il **Periodo di Retroattività**.
La presente estensione di garanzia cessa con effetto immediato ove il **Contraente**/**Assicurato** stipuli un nuovo contratto di assicurazione con l'**Assicuratore** o con diverso assicuratore per la copertura dei medesimi rischi o acquisti una garanzia postuma presso un diverso assicuratore. Si applica l'Art. 2.14.3 che precede.

CHE COSA NON È ASSICURATO (ESCLUSIONI APPLICABILI A TUTTE LE GARANZIE)

Art. 2.16. Rischi esclusi dall'Assicurazione

Art. 2.16.1 Premesso che la presente **Assicurazione** è prestata nella forma "*claims made*" come indicato all'Art. 1.12 che precede, la stessa non è temporalmente efficace in relazione ai **Sinistri**:

a. derivanti da **Richieste di Risarcimento** pervenute all'**Assicurato** (o, nel caso di azione diretta, all'**Assicuratore**) in data successiva a quella della scadenza del **Periodo di Assicurazione** o del **Periodo di Ultrattività** (qualora tale garanzia sia stata attivata);
b. derivanti da **Richieste di Risarcimento** denunciate all'**Assicuratore** in data successiva a quella di scadenza del **Periodo di Assicurazione** in corso, salvo la tolleranza di 30 (trenta) giorni di cui all'Art. 1.12 che precede;
c. derivanti da **Richieste di Risarcimento** già pervenuta all'**Assicurato** prima della data di decorrenza del **Periodo di Assicurazione**, indipendentemente dal fatto che siano state denunciate o meno a precedenti assicuratori;
d. derivanti da **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili ad un **Atto Illecito** commesso prima della **Data di Retroattività** stabilita nella **Scheda di Polizza**.

Art. 2.16.12 Il **Procedimento Penale** attiva la copertura ai sensi della presente **Assicurazione** per le **Richieste di Risarcimento** che ne possano derivare. Tuttavia, le spese dei legali e dei periti nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali rimangono a carico esclusivo dell'**Assicurato**.

Art. 2.16.3 Sono escluse dalla presente **Assicurazione**:

a. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a danni causati da un'azione o omissione dolosa dell'**Assicurato**;
b. le **Richieste di risarcimento** originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere negli Stati Uniti d'America o in Canada o nei territori sotto la loro giurisdizione;
c. le **Richieste di Risarcimento,** direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili ad attività diverse dall'**Attività Esercitata** così come presentata all'**Assicuratore** nella **Proposta-Questionario**; in particolare l'**Assicurazione** non vale per qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** basata o in qualsiasi modo legata ad un fatto commesso in relazione alla funzione di amministratore, socio, membro del consiglio direttivo, commissario o sindaco, o funzioni equivalenti, di società, aziende, associazioni, fondazioni o altri organismi consimili, nonché in relazione all'esercizio di attività imprenditoriali o commerciali, anche se svolte congiuntamente all'**Attività Esercitata**;
d. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a tutte le obbligazioni di natura fiscale o contributiva, per multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni, che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'**Assicurato**, nonché per indennità che abbiano natura punitiva (danni punitivi, esemplari, multipli, o comunque denominati);
e. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a qualsiasi **Circostanza-Fatto Noto** notificata o **Richiesta di Risarcimento** presentata ai sensi di qualsiasi polizza assicurativa in vigore prima della data di inizio del **Periodo di Assicurazione** o qualsiasi **Circostanza-Fatto Noto** di cui l'**Assicurato -** contro cui viene presentata una **Richiesta di risarcimento -** fosse a conoscenza prima della data di inizio del **Periodo di Assicurazione**; o le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a (i) qualsiasi procedimento o indagine legale o regolamentare esistente o in corso alla data d'inizio della presente **Assicurazione**, o (ii) qualsiasi fatto, circostanza, situazione, transazione o evento sottostante o presunto in tali procedimenti o indagini legali o regolamentari, indipendentemente dalla teoria legale o dalla base regolamentare su cui si basa tale **Richiesta di risarcimento**;
f. le **Richieste di Risarcimento,** direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a ogni genere di **Danni** o pregiudizio sofferto dai **Dipendenti** dell'**Assicurato** per malattia, morte, lesioni fisiche oppure a seguito di discriminazione, molestie, abusi o altro tipo di maltrattamento, o di inadempienza contrattuale nei loro confronti;
g. le **Richieste di Risarcimento,** direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a ogni genere di **Danni** o pregiudizio sofferto da soggetti terzi, ivi inclusi pazienti, a seguito di discriminazione, molestie, abusi o altro tipo di maltrattamento nei loro confronti.
h. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, relative a **Danni** conseguenti a o derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'**Assicurato**;
i. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, relative a **Danni** conseguenti a o derivanti dall'impiego di farmaci sperimentali prescritti e/o somministrati dall'**Assicurato**;
j. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente relative a, conseguenza di o derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione;
k. le **Richieste di Risarcimento** direttamente o indirettamente relative a, conseguenza di o derivanti dal mancato ottenimento del risultato estetico atteso dal paziente in assenza di fatti colposi, errori e/o omissioni dell'**Assicurato**;
l. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a o derivanti da o relative a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, allagamento, esplosione o scoppio;
m. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, relative a, derivanti da o conseguenti a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'**Assicurato**, qualora lo stesso non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'**Attività Esercitata** descritta nella **Proposta-Questionario** e, a decorrere dal triennio formativo 2023/2025, non abbia assolto in misura almeno pari al settanta per cento (70%) all'obbligo formativo individuale relativo all'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina, se non esentato o esonerato. Resta inteso che sono altresì escluse le **Richieste di Risarcimento** riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
n. le **Richieste di Risarcimento** relative a **Danni** per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla **Struttura Sanitaria** sia se coperta da assicurazione specificatamente stipulata, sia se coperta da eventuali fondi all'uopo deliberati, e

questo sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo, sia in caso di esaurimento del **Massimale di garanzia**, e somme assicurate previste da tali assicurazioni e/o da tali fondi;

o. qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** di qualsiasi tipo direttamente o indirettamente relativa a, derivante da o in conseguenza di:
   (i) effettiva, presunta o minacciata presenza o esposizione all'amianto in qualsiasi forma, o
   (ii) qualsiasi obbligo, richiesta, domanda, ordine, o requisito legale o regolamentare che un Assicurato o altri facciano test, controllino, ripuliscano, rimuovano, contengano, trattino, neutralizzino, proteggano da, indennizzino per qualsiasi costo o Danno relativo a o in qualsiasi altro modo rispondano alla presenza effettiva, presunta o minacciata di amianto in qualsiasi forma.

   Fatte salve altre disposizioni della presente **Assicurazione**, l'**Assicuratore** non avrà alcun obbligo di indagare, difendersi o pagare le spese di difesa in relazione a qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** esclusa in tutto o in parte ai sensi dei paragrafi (i) o (ii) della presente esclusione;

p. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a danni derivanti direttamente o indirettamente dalla proprietà, dal possesso o dall'uso di aeromobili, imbarcazioni, natanti, autoveicoli, motoveicoli, o qualunque altro mezzo di locomozione o trasporto;

q. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a danni o responsabilità derivanti da omissione, errore o ritardo nella stipulazione, nell'aggiornamento o nel rinnovo di adeguate coperture assicurative, cauzioni, fideiussioni o altre garanzie finanziarie, o nel pagamento dei relativi premi o altri corrispettivi; oppure derivanti dalla erronea, tardiva o impropria esecuzione o utilizzazione di tali contratti e strumenti;

r. le **Richieste di Risarcimento**, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a **Danni** che si verifichino o insorgano, direttamente o indirettamente, da inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da **Danno** ambientale;

s. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a derivanti da, basate su o attribuibili ad effettivo o asserito, plagio, violazione di diritti d'autore, copyright, licenze, marchi di fabbrica, diritti di esclusiva, appropriazione indebita o violazione di qualsiasi brevetto o segreto commerciale effettivo o presunto;

t. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a qualsiasi perdita, **Danno**, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causata da, risultante da o in connessione con qualsiasi atto di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza alla perdita. Ai fini della presente **Assicurazione**, per atto di terrorismo si intende un atto, incluso ma non limitato all'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di tale uso, di qualsiasi persona o gruppo di persone, che agisca da solo o per conto o in connessione con qualsiasi organizzazione o governo, commesso per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di mettere paura al pubblico o ad un qualsiasi gruppo di persone. La presente **Assicurazione** esclude anche perdite, danni, costi o spese di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causati da, risultanti da o in connessione con qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere un atto di terrorismo o in qualsiasi modo relativa a qualsiasi atto di terrorismo. Se l'**Assicuratore** sostiene che a causa di questa esclusione, qualsiasi perdita, **Danno**, costo o spesa non è coperta dalla presente **Assicurazione**, l'onere di provare il contrario sarà a carico dell'**Assicurato**. Resta inteso che ove una qualsiasi parte della presente **Assicurazione** sia ritenuta invalida o inapplicabile, le parti rimanenti non ritenute invalide o inapplicabili continueranno a rimanere pienamente valide e a produrre tutti i loro effetti;

u. qualsiasi perdita o **Danno** causato direttamente o indirettamente da, occorso attraverso o in conseguenza di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere politico o di comando o confisca o nazionalizzazione o requisizione o distruzione o **Danno** alla proprietà da parte o sotto l'ordine di qualsiasi governo o autorità pubblica o locale;

v. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a,
   (i) qualsiasi perdita o distruzione o danni a qualsiasi proprietà o qualsiasi perdita o spesa risultante o derivante da essa o qualsiasi perdita consequenziale, o
   (ii) qualsiasi responsabilità civile di qualsiasi natura,

   direttamente o indirettamente, causata da, o a cui ha contribuito, o derivante da radiazioni ionizzanti o contaminazione da radioattività da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi rifiuto nucleare derivante

dalla combustione di combustibile nucleare; o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive o altre proprietà pericolose di qualsiasi gruppo nucleare esplosivo o componente nucleare dello stesso;

Sono in ogni caso incluse nella presente **Assicurazione**, le **Richieste di Risarcimento** aventi ad oggetto **Danni** conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito della medicina nucleare per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radioattive;

w. le **Richieste di Risarcimento,** direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a qualsiasi perdita, **Danno**, responsabilità dell'**Assicurato**, **Sinistro**, multa, ammenda, sanzioni, costi (inclusi e non limitati a **Costi di difesa** e costi di mitigazione) o altre spese di qualsiasi natura, effettivi o potenziali che siano, direttamente o indirettamente causati da, risultanti da o comunque connessi a
   (i) un **Incidente Cyber**;
   (ii) un **Attacco Cyber**; o
   (iii) una violazione della Normativa sul trattamento dei dati commessa dall'**Assicurato** o da altre parti che agiscono per suo conto, che riguardi l'accesso a, l'elaborazione di, l'utilizzo o il funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o **Dati**, inclusi costi di notifica, costi di mitigazione, costi di consulenza per risoluzione della crisi, costi di monitoraggio del credito, il rimpiazzo di carte di credito e debito, costi di investigazione forense, costi per il ripristino di pubbliche relazioni o consulenze e servizi legali.

   Si conviene che nella presente **Assicurazione** la copertura dei costi di ripristino o recupero di documenti perduti o danneggiati di proprietà o in possesso dell'**Assicurato**, non comprende i **Dati**.

   Fermo restando i termini, le condizioni, le limitazioni ed esclusioni della presente **Assicurazione** o qualsiasi modifica successiva, la lettera (i) non si applica a **Sinistri** altrimenti indennizzabili causati da qualsiasi effettiva o presunta violazione dei doveri professionali da parte dell'**Assicurato** che implicano l'accesso a, l'elaborazione di, l'utilizzo o il funzionamento di qualsiasi **Sistema Informatico o Dati**, a meno che tale effettiva o presunta violazione dei doveri professionali da parte dell'**Assicurato** sia causata da o in qualsiasi modo connessa ad un **Attacco Cyber**;

x. qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** derivante da, basata su o attribuibile a qualsiasi difetto di fabbricazione in qualsiasi prodotto;

y. qualsiasi **Richiesta di Risarcimento**, perdita, **Danno**, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causata da, risultante da o in connessione con l'effettivo o minacciato uso doloso di materiali biologici o chimici patogeni o velenosi, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza a ciò;

z. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a compensi, onorari o commissioni addebitati dall'**Assicurato** per i servizi professionali resi o da rendere da parte dell'**Assicurato** o quella parte di perdita che rappresenta qualsiasi importo uguale e attribuibile a tali compensi, onorari o commissioni o ad un'imprecisa valutazione preliminare dei costi di esecuzione dei servizi professionali;

aa. qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** di qualsiasi tipo, direttamente o indirettamente, conseguente a, derivante da, basata su o attribuibile a lesioni fisiche, malattia, lesioni mentali o angoscia o morte di qualsiasi persona o per danneggiamento o distruzione di cose o la perdita di utilizzo delle stesse o la perdita, morte, lesione fisica o malattia di animali, a meno che non derivino da un effettivo o presunto mancato raggiungimento degli standard di cura, diligenza e competenza richiesti dalla legge nello svolgimento dei servizi professionali, salvo quanto previsto dall'Art. 2.3 e dall'Art. 2.5 delle presenti condizioni. La presente esclusione non si applica alle **Richieste di Risarcimento** per stress emotivo quando l'attore sostiene che si tratti di diffamazione;

bb. qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** basata su o attribuibile a qualsiasi **Assicurato** che ottenga qualsiasi profitto o vantaggio personale o che riceva una remunerazione a cui non ha legalmente diritto;

cc. qualsiasi **Richiesta di risarcimento**:
   (i) presentata da o per conto di qualsiasi **Assicurato** o qualsiasi successore o assegnatario di qualsiasi **Assicurato**, a meno che tale **Richiesta di Risarcimento** sia presentata da o per conto di qualsiasi **Assicurato** individuale in qualità di cliente del **Contraente**;
   (ii) presentata da o per conto della società capogruppo o controllante dell'**Assicurato** o da qualsiasi società o ente posseduto, gestito o controllato da qualsiasi **Assicurato**;

dd. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a derivanti da, basate su o attribuibili a qualsiasi perdita, **Danno**, responsabilità, reclamo, costo, spesa, multe, sanzioni, costi di mitigazione o qualsiasi altro importo per violazione effettiva o presunta della **Normativa sul trattamento dei dati** da parte dell'**Assicurato** o di qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'**Assicurato**;

ee. le **Richieste di Risarcimento**, conseguenti a, derivati da, basate su o attribuibili a danni causati dalla propagazione di virus nei computer e/o loro sistemi, programmi o applicazioni, oppure dalla incapacità di tali sistemi, programmi o applicazioni di leggere correttamente le date di calendario;

Art. 2.16.4 Sono altresì escluse dall'**Assicurazione** le **Richieste di Risarcimento** derivanti:

a. dalla pratica di **Attività Estetica,** salvo quanto disposto dall'Art. 2.10;
b. dalla pratica di Attività di Chirurgia plastica**,** intendendosi come tale l'attività chirurgica che ha per fine preminente la riparazione di malformazioni e difetti anatomici congeniti o acquisiti, il ripristino dei normali rapporti fra gli organi, e il rimodellamento di tessuti, con particolare riguardo a quelli tegumentari, con finalità estetiche, funzionali e/o riparative;
c. dalla pratica dell'attività di Direttore Sanitario, Dirigente di secondo livello, Primario, salvo quanto disposto all'Art. 2.7.
d. dall'assenza, insufficienza e/o inidoneità del consenso informato acquisito dall'Assicurato, salvo quanto disposto all'Art. 2.8.
e. dalla pratica di interventi di Implantologia, salvo quanto disposto all'Art. 2.9. L'Art. 2.9 non si applica al **Giovane Odontoiatra**.

Art. 2.17. Sanzioni

L'**Assicuratore** non sarà tenuto a fornire una copertura assicurativa né a pagare una **Richiesta di Risarcimento** o a fornire una prestazione ai sensi della presente **Assicurazione** nella misura in cui la fornitura di tale copertura assicurativa, il pagamento di tale **Richiesta di Risarcimento** o la fornitura di tale prestazione esporrebbe l'**Assicuratore** a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite o delle sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 2.18. Esclusioni dal novero dei terzi

Non sono considerati terzi ai fini della presente **Assicurazione**:

a. il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'**Assicurato** nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive anche se non presente nello stato di famiglia;
b. i prestatori di lavoro dell'**Assicurato** che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni professionali dell'**Assicurato**;
c. le ditte e aziende di cui l'**Assicurato** sia titolare o contitolare o rappresentante di fronte alla legge o di cui sia - direttamente o indirettamente - azionista/socio di maggioranza o controllante o possessore o gestore o in cui ricopra cariche direttive;
d. i soggetti, degli enti, delle ditte e aziende, che siano titolari o contitolari, azionisti/soci di maggioranza o di controllo della ditta o azienda dell'**Assicurato**;
e. le aziende che sono in qualunque forma consociate o collegate all'**Assicurato**;
f. il subappaltatore.

L'**Assicurazione** è pertanto inefficace a fronte di **Richieste di Risarcimento** conseguenti a **Danni** sofferti da soggetti non considerati terzi.

LIMITAZIONI DI COPERTURA – MASSIMALI E FRANCHIGIE

Art. 2.19. Massimale di garanzia – Sottolimite di Indennizzo

Il **Massimale di garanzia**, per sinistro e per anno, esposto nella **Scheda di Copertura** rappresenta l'esborso massimo fino a concorrenza del quale l'**Assicuratore** è tenuto a rispondere, per capitale, interessi e spese, per ciascun **Sinistro** e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso **Periodo di Assicurazione**, inclusi i **Sinistri in serie**.

Qualunque sia il numero delle **Richieste di Risarcimento** ricevute dall'**Assicurato** o, in caso di azione diretta, dall'**Assicuratore**, e senza riguardo al momento in cui i danni si sostanzino o l'**Assicuratore** effettui gli eventuali pagamenti, l'obbligazione dell'**Assicuratore** non potrà mai, in qualsiasi circostanza e a qualunque titolo, essere maggiore di tale **Massimale di garanzia**. Ogni importo pagato dall'**Assicuratore** per ciascuna **Richiesta di Risarcimento** andrà a ridurre il **Massimale annuo** pertinente al relativo **Periodo di Assicurazione**. Il **Massimale di garanzia** per anno applicabile è quello che risulta dopo tale riduzione.

Il **Massimale di garanzia**, annuo e per sinistro, di un **Periodo di Assicurazione** non si cumula in nessun caso con quello di un periodo precedente o successivo, né in conseguenza di proroghe, rinnovi o sostituzioni del contratto, né per il

cumularsi dei premi pagati o da pagare. Il **Massimale per sinistro** non si somma a quello del **Massimale annuo**, ma è una parte integrante dello stesso.
Se per una voce di rischio è previsto un **Sottolimite di Indennizzo**, questo non è in aggiunta al **Massimale di garanzia** ma è una parte dello stesso e rappresenta l'obbligazione massima dell'**Assicuratore**, per sinistro e per anno, per quella voce di rischio.

Art. 2.20. Franchigia

La presente **Assicurazione** è soggetta alla **Franchigia** stabilita nella **Scheda di Copertura** che, per ogni **Richiesta di Risarcimento**, resta a carico dell'**Assicurato**.
La opposizione di franchigia impegna comunque l'**Assicuratore** alla gestione del **Sinistro**.
Qualora l'**Assicuratore** abbia anticipato, in tutto o in parte, l'ammontare della **Franchigia**, l'**Assicurato** si obbliga a rimborsare il relativo importo all'**Assicuratore** stesso dietro dimostrazione dell'avvenuta anticipazione.
La **Franchigia** non si applica ai **Costi di Difesa** di cui all'Art. 3.2.

SEZIONE III – NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DELLE VERTENZE E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 3.1. Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro - Facoltà di recesso

Art. 3.1.1 In caso di **Sinistro**, l'**Assicurato**, per il tramite dell'**Intermediario**, deve darne avviso scritto a mezzo mail, PEC (Posta Elettronica Certificata) o raccomandata A.R. all'**Assicuratore**, per il tramite del soggetto indicato al paragrafo 3.1.7, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

In caso di ricezione di domanda giudiziale, arbitrale o invito alla negoziazione assistita o mediazione, l'**Assicurato** è tenuto ad attendere la comunicazione di cui al primo paragrafo dell'Art. 3.2 da parte dell'**Assicuratore**, prima di nominare qualsivoglia legale.

Inoltre, entro lo stesso termine di cui sopra, l'**Assicurato** è tenuto a dare avviso scritto all'**Assicuratore** di qualsiasi circostanza di cui venga a conoscenza che si presuma possa ragionevolmente dare origine ad una **Richiesta di Risarcimento**, fornendo le precisazioni necessarie e opportune con i dettagli relativi a date e persone coinvolte. Dato l'avviso all'Assicuratore nei termini predetti, l'eventuale Richiesta di Risarcimento che consegua sarà considerata come se fosse stata fatta e denunciata all'Assicuratore nel Periodo di Assicurazione durante il quale l'avviso è stato dato.

Art. 3.1.2 L'**Assicurato** dovrà dare all'**Assicuratore** tutte le informazioni e dovrà collaborare con esso nei limiti del possibile.

Art. 3.1.3 Pena la perdita del diritto all'**Indennizzo**, l'**Assicurato** non deve, senza il previo consenso scritto dell'**Assicuratore**, ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Art. 3.1.4 Senza il previo consenso dell'**Assicurato**, l'**Assicuratore** non può pagare risarcimenti a **Terzi**. Qualora però l'**Assicurato** opponesse un rifiuto a una transazione raccomandata dall'**Assicuratore** preferendo resistere alle pretese del **Terzo** o proseguire l'eventuale azione legale, l'**Assicuratore** non sarà tenuto a pagare più dell'ammontare per il quale aveva la possibilità di transigere, oltre ai **Costi di Difesa** sostenuti fino alla data in cui l'**Assicurato** ha opposto detto rifiuto, fermo in ogni caso il **Massimale di garanzia**, annuo e per sinistro, applicabile in quel momento e ferma la **Franchigia** a carico dell'**Assicurato** (Art. 2.19 e Art. 2.20).

Art 3.1.5 Qualora esistano altre assicurazioni per lo stesso rischio, si applicano Art. 1.7e Art. 1.14 che precedono.

Art. 3.1.6 Dopo ogni denuncia di un **Sinistro** e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, il **Contraente** può recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Il preavviso potrà essere dato tramite l'**Intermediario** identificato nella **Scheda di Copertura** (Art. 1.20). Non è previsto il rimborso della frazione del **Premio** relativa al periodo di rischio non corso né degli oneri fiscali.
In vigenza della polizza e nel **Periodo di Ultrattività** della stessa, l'**Assicuratore** non può esercitare il diritto di recesso dal contratto a seguito della denuncia del **Sinistro** o del suo risarcimento.
L'**Assicuratore** può recedere dal contratto prima della scadenza solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'**Assicurato** per più di un **Sinistro**, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il

pagamento di un risarcimento del danno. Non è previsto il rimborso della frazione del **Premio** relativa al periodo di rischio non corso né degli oneri fiscali.

Art. 3.1.7 Soggetto incaricato per la gestione dei **Sinistri** è:
Adjusting&Claims Service Scrl - Sede legale: Piazza delle Muse, 7 - 00197 Roma.
Tel: + 39 06 45651802
Email: claims@coverys.eu

Art. 3.2. Gestione delle vertenze di Sinistro - Costi di Difesa

L'**Assicuratore** assume, discrezionalmente, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che amministrativa, informando l'**Assicurato** e designando ove necessario i legali e tecnici, ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'**Assicurato** stesso.
L'**Assicuratore** non riconosce le spese sostenute dall'**Assicurato** per i legali, periti o consulenti che non siano dallo stesso designati o approvati.
Sono a carico dell'**Assicuratore** le spese sostenute -ai minimi della tariffa applicabile- per resistere all'azione promossa contro l'**Assicurato** entro il limite addizionale pari ad un quarto del **Massimale per Sinistro** stabilito nella **Scheda di Copertura**. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto **Massimale per Sinistro** le spese vengono ripartite tra l'**Assicuratore** e l'**Assicurato** in proporzione del rispettivo interesse.
Sono espressamente esclusi i costi e le spese per l'eventuale intervento di un legale domiciliatario e di trasferta, qualora l'**Assicurato** dovesse nominare un legale al di fuori del circondario del Tribunale competente a decidere la controversia.
In ogni caso, i **Costi di Difesa** per i professionisti ai sensi della presente **Assicurazione** non possono eccedere le somme risultanti dai parametri minimi previsti dalle disposizioni di legge e di regolamento in vigore applicabili, salvo diverso accordo con l'**Assicuratore**.
L'**Assicuratore** non risponde delle spese di giustizia penale.
L'**Assicuratore** si impegna a provvedere al pagamento dell'**Indennizzo** entro 60 giorni dal completamento positivo dell'istruttoria con riferimento all'operatività della garanzia, all'accertamento della responsabilità dell'**Assicurato** e all'accertamento dell'entità del risarcimento del **Danno** provocato a terzi previa ricezione della quietanza di pagamento o altro documento equipollente sottoscritti dall'**Assicurato** o dal danneggiato.

Art. 3.3. Azione diretta - Eccezioni opponibili al terzo danneggiato

Art. 3.3.1 In caso di azione diretta del danneggiato nei confronti dell'Assicuratore ai sensi dell'art. 12 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, sono opponibili al danneggiato le seguenti eccezioni:

a. i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività diverse dall'**Attività Esercitata** così come presentata all'**Assicuratore** nella **Proposta-Questionario**;
b. fatti generatori di responsabilità verificatisi e le **Richieste di Risarcimento** presentate al di fuori del **Periodo di Assicurazione**, incluso il periodo di retroattività e, se previsto, il **Periodo di Ultrattività** (Art. 2.14);
c. il mancato pagamento del **Premio**.

Art. 3.3.2 Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle indicate all'Art. 3.3.1 che precede, salvo il diritto di rivalsa dell'**Assicuratore** nei confronti dell'**Assicurato**.

Art. 3.4. Sinistri in serie

In caso di **Sinistri** in serie, la data in cui ha luogo la prima **Richiesta di Risarcimento** regolarmente denunciata all'**Assicuratore** sarà considerata come data di tutti le successive **Richieste di Risarcimento**, seppur notificate all'**Assicurato** in epoche diverse e successive e anche dopo la data di cessazione della presente **Assicurazione**.

Data	**Il Contraente**	**L'Assicuratore**
	……	……

CLAUSOLE APPROVATE SPECIFICATAMENTE e DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

Agli effetti degli articoli 1322, 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara, anche per conto di ogni Assicurato, di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli:

Art. 1.3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art. 1.10 Condizioni della proroga automatica dell'Assicurazione
Art. 1.11 Calcolo del Premio – Variazione del Premio alla scadenza
Art. 1.12 Clausola "Claims made" - Retroattività
Art. 1.13 Estensione territoriale
Art. 1.14 Operatività a secondo rischio
Art. 1.16 Casi di cessazione dell'Assicurazione
Art. 1.17 Acquisizione, Scissione e Fusione
Art. 1.19 Legge applicabile e Foro competente
Art. 1.20 Clausola dell'Intermediario
Art. 2.1 Oggetto dell'Assicurazione (Claims Made – Retroattività)
Art. 2.3 R.C. Conduzione dei locali dove si svolge l'attività
Art. 2.14 Estensione della garanzia assicurativa in caso di cessazione definitiva dell'Attività Esercitata – Protezione di eredi e tutori
Art. 2.16 Rischi esclusi dall'Assicurazione
Art. 2.17 Sanzioni
Art. 2.18 Esclusioni dal novero dei terzi
Art. 3.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro - Facoltà di recesso
Art. 3.2 Gestione delle vertenze di Sinistro - Costi di Difesa
Art. 3.3 Azione diretta - Eccezioni opponibili al terzo danneggiato

Data	**Il Contraente**
	……

Il Contraente dichiara, altresì, di avere ricevuto il Set informativo composto da DIP Danni, DIP Aggiuntivo Danni, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e facsimile di Proposta.

Anche agli effetti degli articoli 1892 e 1893, il Contraente dichiara, per conto proprio e per conto di ogni Assicurato dopo appropriati accertamenti, di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare Richieste di Risarcimento di cui alle lettere a) e b) della relativa definizione da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale propria e dei propri collaboratori o Dipendenti con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla decorrenza della presente Assicurazione, anche ove ne disconoscesse la riferibilità al comportamento del Contraente stesso, dell'Assicurato dei rispettivi ausiliari.

Data	**Il Contraente**
	……

Allegato n.1

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA A TOTALE DEFINIZIONE

N. CONTRATTO:	
DURATA CONTRATTO:	
CONTRAENTE/ASSICURATO:	
BENEFICIARIO/PAZIENTE:	

*

In riferimento alla prestazione sotto descritta, con il presente atto il sottoscritto [*INSERIRE DATI BENEFICIARIO/PAZIENTE*] _____ dichiara di aver ricevuto l'importo di € _____ a titolo di restituzione/rimborso di quanto corrisposto in data _____ al Dott. _____ a mezzo _____ a titolo di compenso professionale.

[*INSERIRE DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE*]

Ciò premesso, il sottoscritto dichiara di accettare l'importo ricevuto in rimborso/restituzione sopra indicato a tacitazione totale e definitiva, anche in via transattiva, di ogni e qualsiasi ulteriore pretesa, anche risarcitoria, per danni sia patrimoniali sia non patrimoniali e di non aver più nulla a pretendere nei confronti del Dott. _____ e di Coverys International Insurance Company DAC che garantisce il predetto professionista anche per ogni eventuale ulteriore voce di danno, accessori e spese di ogni natura, presenti e future, ivi comprese quelle legali, in relazione alla prestazione sopra descritta, rinunciando sin d'ora ad ogni azione e/o domanda nei confronti del Dott. _____ e della suddetta Compagnia.

Luogo e data

_____

Firma Beneficiario/paziente

_____

(Si allega copia di documento di identità e codice fiscale del firmatario).