

Sommario

Glossario	6
Norme comuni	10
Cosa è assicurato	15
Cosa non è assicurato e quali sono le altre limitazioni di copertura	16
Come posso personalizzare la copertura	18
Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	19
Norme relative alla copertura Responsabilità civile professionale	19
Contatti utili	29

Glossario

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

Assicurato/ Aderente:	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione: l'esercente la professione sanitaria o la professione di interesse sanitario, sociosanitario o socio-assistenziale che svolge o abbia svolto una delle attività indicate nella Scheda di Copertura, presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria pubblica o privata, o altro Ente appartenente alla Pubblica Amministrazione, incluso il tirocinante, lo specializzando e lo stagista
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione, come definito dall'art. 1882 del Codice Civile, o la garanzia prestata con il contratto.
Attività professionale:	L'attività sanitaria svolta dall'Aderente/Assicurato presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria pubblica o privata o altro Ente appartenente alla Pubblica Amministrazione.
Attività Extramoenia	L'attività libero professionale svolta privatamente dal medico Dipendente pubblico all'esterno della Struttura Sanitaria Pubblica cui non sia legato da vincolo di esclusività.
Attività Intramoenia	L'attività libero professionale svolta all'interno di struttura ospedaliera e comunque al di fuori dell'impegno di servizio con la medesima struttura da soggetti che rispondono a determinati requisiti soggettivi: <ul style="list-style-type: none"> • Personale dipendente dirigente del Servizio Sanitario Nazionale; • Docenti universitari e ricercatori che effettuano Attività assistenziale presso cliniche e istituti universitari di ricovero e cura anche se gestiti direttamente dalle università; • Personale laureato e medico di ruolo in servizio nelle strutture delle facoltà di Medicina e chirurgia delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria; • Dipendenti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico o altre strutture sanitarie o socio-sanitarie con personalità giuridica di diritto privato; • Personale autorizzato ad operare presso studi privati o strutture non accreditate purché l'Attività rispetti i criteri fissati dal D.M. Sanità 31/7/1997 e successivamente negli atti adottati dai direttori generali delle Strutture Sanitarie.
Attività Invasiva	Attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo ai soli fini diagnostici e terapeutici.
Attività Chirurgica	Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto per fini terapeutici
Attività Chirurgica Minore	Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto per fini terapeutici, senza l'utilizzo di anestesia se non di tipo locale.
Atto Cyber:	L'atto non autorizzato, doloso o criminale (oppure una serie di atti non autorizzati, dolosi o criminali, tra loro correlati indipendentemente dal tempo e dal luogo), afferenti all'accesso, all'elaborazione, all'utilizzo o al funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico.
Certificato di Inclusione	Il documento che attesta l'inclusione del singolo assicurato alla Convenzione.

Claims Made:	La formula assicurativa tramite cui la Compagnia è obbligata all'Indennizzo solo per i <i>danni</i> il cui risarcimento viene chiesto dai danneggiati all'Assicurato durante il periodo di validità della polizza e per i quali tale richiesta sia inoltrata alla Compagnia sempre durante il periodo di validità della polizza. La richiesta può riferirsi anche a fatti od atti pregressi, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività indicata della Scheda di Polizza.
Compagnia:	L'impresa assicuratrice, REVO Insurance S.p.A.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione, nell'interesse proprio o di altri, e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.
Cose:	Gli oggetti materiali e gli animali.
Costi di difesa:	Le spese, i diritti e gli onorari legali, calcolati ai minimi della tariffa professionale applicabile, ragionevolmente sostenuti dall'Assicurato o sostenuti dalla Compagnia per conto dell'Assicurato in relazione a indagini, difese, perizie, liquidazioni, procedimenti giudiziari o arbitrali relativi a una richiesta di risarcimento.
Danno:	Il pregiudizio subito dall'Assicurato a seguito di un <i>sinistro</i> .
Danno erariale	il Danno pubblico subito dall'Erario, comprensivo della lesione di interessi pubblici anche non patrimoniali, quali a titolo esemplificativo e non limitativo il danno all'immagine.
Danno materiale:	Il pregiudizio economico subito da <i>terzi</i> conseguente a danneggiamento di cose o animali, lesioni personali, morte derivante dall'esercizio delle <i>attività professionali</i> .
Dati:	Informazioni, fatti, idee, concetti, codici - organizzati in strutture logiche o meno - che vengono elaborati, utilizzati, archiviati, trasmessi o registrati da un <i>Sistema Informatico</i> .
Dati personali:	Qualsiasi informazione che permette l'identificazione diretta della persona fisica e qualsiasi informazione relativa ad una persona fisica, identificata o identificabile, a titolo esemplificativo ma non limitativo informazioni sullo stato di salute, informazioni relative a carte di credito o debito, conto corrente o password.
Dati societari:	Qualsiasi informazione societaria che, a titolo esemplificativo ma non limitativo, comprenda progetti, piani, processi, segreti commerciali, brevetti, informazioni finanziarie, informazioni relative ai clienti e ai fornitori.
Denuncia	atto con il quale l'assicurato deve dare avviso scritto del sinistro all'Assicuratore;
Esercente la professione sanitaria:	Il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolga attività negli ambiti sanitario socio-sanitario o socio-assistenziale presso una Struttura Sanitaria o Socio- Sanitaria o altro Ente appartenente alla Pubblica Amministrazione, incluso il tirocinante e lo stagista.
Esercente attività libero professionale:	attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto;
Fatti Noti/Circostanze:	Quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none"> • la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave.

- La comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali;
- l'inchiesta e/o l'azione giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione, ivi comprese quelle previste ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio- Sanitaria informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, ivi comprese le comunicazioni ricevute dall'Aderente/Assicurato ex art.13. Legge 8 marzo 2017 n.24;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio- Sanitaria informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) o sul sistema di segnalazione aziendale o analogo sistema, è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria informa l'Assicurato che all'U.R.P. -Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria informa l'Assicurato circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico;
- il ricevimento da parte dell'Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione;
- la Comunicazione Formale con cui, la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria o l'Impresa di Assicurazione, mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave; nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dai CCNL.

Franchigia:	L'importo, espresso in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato. La opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro.
Incidente Cyber:	Qualsiasi errore od omissione (oppure serie di errori od omissioni, tra loro correlati) che riguardano l'accesso, l'elaborazione, l'utilizzo o il funzionamento di un <i>Sistema Informatico</i> ; Qualsiasi indisponibilità o guasto - parziale o totale - (oppure serie di indisponibilità o guasti parziali o totali, tra loro correlati) che impediscono di accedere, elaborare, utilizzare o far funzionare un <i>Sistema Informatico</i> .
Indennizzo/ Risarcimento:	Somma dovuta dalla <i>Compagnia</i> all'Assicurato in caso di sinistro.
Intermediario:	La persona fisica o la società, iscritta nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi come previsto dall'art. 109 del D.Lgs. 209/2005. Sono intermediari, a titolo esemplificativo, agenti assicurativi, broker e i loro collaboratori.
Limite di indennizzo:	Importo che opera entro il <i>massimale</i> e che rappresenta il massimo esborso della <i>Compagnia</i> , in relazione a specifiche situazioni espressamente menzionate in polizza.

Massimale:	La somma indicata in <i>polizza</i> che rappresenta il <i>limite massimo di indennizzo</i> in caso di <i>sinistro</i> , qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni personali o abbiano sofferto <i>danni a cose</i> di loro proprietà.
Normativa sulla privacy:	Le norme relative alla tutela, alla custodia, al controllo o all'uso di <i>dati personali</i> .
Perdita Cyber:	Qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di risarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione ad <i>atto cyber</i> o <i>incidente cyber</i> . Devono considerarsi <i>perdita cyber</i> anche le azioni intraprese per controllare, prevenire, reprimere o porre rimedio a un <i>atto cyber</i> o <i>incidente cyber</i> .
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di danni materiali e corporali.
Periodo di assicurazione:	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza indicate in <i>polizza</i> e, ogni qualvolta la <i>polizza</i> venga tacitamente rinnovata, il periodo successivo di 12 mesi.
Periodo di retroattività:	Il periodo intercorrente dalla Data di Retroattività, indicata in Scheda di Polizza, e la data di decorrenza del Periodo di Assicurazione.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	La somma dovuta dal <i>Contraente</i> alla <i>Compagnia</i> per l'assicurazione.
Responsabilità amministrativa	La responsabilità gravante sull'Assicurato che per inosservanza degli obblighi o doveri di lavoro o di servizio con la Pubblica Amministrazione abbia arrecato, sia in modo diretto che indiretto, una Perdita Patrimoniale alla Struttura Sanitaria di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, alla Pubblica Amministrazione o allo Stato.
Responsabilità amministrativo-contabile	La responsabilità che implica l'esistenza di una gestione di beni, valori o denaro pubblico, da parte di un Assicurato, detto "agente contabile", fondata sul mancato adempimento di obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio o di impiego con la Pubblica Amministrazione, che abbia cagionato una Perdita Patrimoniale o un Danno Erariale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione.
Richiesta di Risarcimento	Il primo tra: <ul style="list-style-type: none"> • l'invito a dedurre, la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti, nonché la sentenza di condanna per colpa grave. • la notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'Assicurato per colpa grave. • L'azione di rivalsa, di surroga o di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria Socio-Sanitaria o dal suo assicuratore, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 della Legge 8 marzo 2017 ss.mm.ii.
Sentenza passata in giudicato	È il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché decorsi i termini o perché già esperite tutte le impugnazioni possibili.
Sinistro	<i>La Richiesta di Risarcimento</i> avanzata per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione (<i>Forma Claims Made</i>) In caso di responsabilità riconducibile alla sola Colpa Grave, il sinistro è costituito dall'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga previste dagli articoli 9, commi 5 e 6, e 12, comma 3, della Legge n. 24/2017 Gelli-Blanco. In questi casi, costituisce sinistro anche il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei Conti, nonché, per la rivalsa

civilistica delle strutture sanitarie, la richiesta scritta avanzata per la prima volta dalla struttura in vigenza di polizza nei confronti dell'assicurato, con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato.

Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula claims made altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso);

Sistema informatico:	Qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico anche indossabile (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, smartphone, laptop, tablet, dispositivi per l'archiviazione <i>dati</i>), dispositivi di duplicazione e conservazione di informazioni elettroniche, server, cloud o microcontrollore, dispositivi di connessione di rete o loro componenti, nonché relativi dispositivi di input, output e back-up. Deve considerarsi <i>sistema informatico</i> anche qualsiasi dispositivo che possa operare mediante connessione internet o reti interne oppure che risulti connesso mediante dispositivi di archiviazione <i>dati</i> o qualsiasi apparecchiatura di rete.
Struttura	La Struttura sanitaria o sociosanitaria assistenziale pubblica o privata che eroga prestazioni per la cura dell'individuo e delle collettività con finalità di prevenzione e profilassi, diagnostiche e terapeutiche, riabilitative e palliative, di medicina legale o prestazioni sociosanitarie.
Periodo di ultrattività:	Il periodo di tempo successivo alla scadenza del <i>periodo di assicurazione</i> durante il quale l'Assicurato può notificare alla Compagnia richieste di risarcimento o circostanze manifestatesi per la prima volta dopo la scadenza del <i>periodo di assicurazione</i> e riferite ad errori professionali commessi, o che si presuma siano stati commessi, successivamente alla data di retroattività. Il <i>periodo di ultrattività</i> può essere per cessazione del contratto o per cessazione dell' <i>attività professionale</i> .
Violazione dei Dati:	Il furto, la perdita, l'illecita o non autorizzata divulgazione di <i>dati personali</i>

Norme comuni

Art. 1.1 Decorrenza dell'assicurazione



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

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

Il premio per la garanzia base risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del contratto, e da regolazioni annuali (solo attive) calcolate sulla base del numero effettivo degli Assicurati nel corso dell'annualità trascorsa. Il Contraente fornirà alla Compagnia entro i 30 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, l'ammontare effettivo di tesserati/associati nel corso dell'annualità trascorsa.

Si conviene che, ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Compagnia riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Si precisa inoltre che gli Assicurati si intendono inclusi in copertura dalla data di adesione all'associazione NurSind.

Art. 1.2 Durata dell'assicurazione

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

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

L'assicurazione può essere stipulata nella forma senza tacito rinnovo.

Assicurazione senza tacito rinnovo



pertanto, la stessa cessa in automatico alla scadenza del contratto.

Art. 1.4 Recesso in caso di sinistro



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

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

La *Compagnia* rimborsa la parte di *premio*, relativa al periodo che intercorre da tale

Art. 1.5 Dichiarazioni relative al rischio



La *Compagnia* presta la copertura assicurativa in base al rischio dichiarato dal *Contraente* al momento della stipula dell'assicurazione.

Se la dichiarazione è incompleta o non corretta, la *Compagnia* potrebbe sottovalutare il rischio, che altrimenti avrebbe non assicurato o assicurato a condizioni differenti.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* o dell'*Assicurato* relative a elementi che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, come pure la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile).



Esempio di perdita totale dell'indennizzo

Una Società di recupero credito, in sede di stipula dell'assicurazione per la propria *attività professionale*, dichiara di non svolgere, per conto dei propri clienti, attività di riscossione dei crediti. A seguito della denuncia di *sinistro*, la *Compagnia* viene a conoscenza che la *richiesta di risarcimento* si basa proprio su una errata gestione dell'attività di incasso del credito di un proprio cliente, pertanto decide di respingere il *sinistro* per dichiarazione reticente rilasciata con dolo.



Esempio di perdita parziale dell'indennizzo

Una Società di Real Estate, in sede di stipula dell'assicurazione per la propria *attività professionale*, dichiara di svolgere solo in minima parte attività di stima e valutazione degli immobili. A seguito della denuncia di *sinistro*, la *Compagnia* viene a conoscenza che l'attività principale dell'*Assicurato* è proprio quella di stima e valutazione dell'immobile e decide di riconoscere solo parzialmente l'*indennizzo* a favore del proprio *Assicurato*.

Art. 1.6 Diminuzione del rischio

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

Art. 1.7 Aggravamento del rischio



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

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



Esempio di aggravamento del rischio

Il *Contraente* dichiara di non svolgere attività fuori dal territorio italiano ma acquista una *polizza* con estensione alla territorialità del mondo intero. Durante il *periodo di assicurazione* inizia a svolgere la sua attività professionale verso clienti stranieri senza comunicarlo alla *Compagnia*.

È necessario che la *Compagnia* sia informata di questo mutamento, affinché possa definire correttamente le condizioni di garanzia e premio.

Art. 1.8 Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.9 Forma delle comunicazioni

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

Art. 1.10 Altre assicurazioni



Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'*Assicurato* o dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, l'*Assicurazione* opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante e a secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza.

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

Art. 1.11 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico del *Contraente*, secondo le norme di legge.

Art. 1.12 Foro competente



In caso di controversie relative alla interpretazione, esecuzione e applicazione del contratto, il Foro competente è a scelta della parte attrice tra i seguenti:

- foro del luogo dove ha sede legale il **Contraente**;
- foro del luogo dove ha sede l'**Intermediario** cui è assegnata la presente **polizza**;
- foro di Milano.

Art. 1.13 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non regolato dalle presenti condizioni di **assicurazione**, l'assicurazione è disciplinata dalla legge italiana.

Art. 1.14 Inoperatività dell'assicurazione a seguito di sanzioni



Regno Unito.

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

Art. 1.15 Cessione



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

Art. 1.16 Clausola Broker

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

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

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

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

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

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

BOLEZA

Cosa è assicurato

La presente Assicurazione, prestata nella forma Claims Made, è rivolta a tutti gli iscritti a NurSind o ad organizzazioni beneive a NurSind, esercenti una professione sanitaria, con l'esclusione di quella medica, che operano presso strutture sanitarie o sociosanitarie sia pubbliche che private ed in regola con il pagamento della quota associativa al momento dell'attivazione della copertura..

L'Assicurazione tiene indenne gli Assicurati dei danni causati a terzi nello svolgimento delle *Attività professionali* specificate in Scheda di polizza o nel Certificato di Inclusione e per le quali ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle *Richieste di Risarcimento*.

Art. 2.1 Oggetto dell'assicurazione

Responsabilità civile professionale

La Compagnia tiene indenne l'Assicurato, **nel limite del massimale indicato in polizza**, di ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dalla Corte dei Conti oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa di responsabilità amministrativa o amministrativo-contabile esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria anche ai sensi dell'art. 9 Legge 24/2017.

L'Assicurazione è operante per tutte le Attività Professionali esercitate dall'Assicurato, indicate in Scheda di polizza o nel Certificato di Inclusione, svolte presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria pubblica o privata o altro Ente appartenente alla Pubblica Amministrazione

L'Assicurazione è estesa inoltre alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile degli Assicurati.

Condizioni sempre operanti

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

Art. 2.2 Estensione ultrattattività dell'assicurazione per cessazione definitiva dell'Attività

Se durante il Periodo di Assicurazione, l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa resta operante alle condizioni della presente Assicurazione riportate in Schedi di Polizza, senza nessun Premio aggiuntivo e come previsto dall'art. 11 della Legge 24/2017, per i Sinistri denunciati alla Compagnia nei 10 (dieci) anni successivi al termine del Periodo di Assicurazione nel quale è avvenuta la cessazione dell'attività professionale, purché afferenti a Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia dell'Assicurazione stessa. La Compagnia risponde fino a concorrenza del Massimale riportato in Scheda di polizza o nel Certificato di Inclusione, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati.

La copertura di cui al presente articolo cesserà nel momento in cui l'Assicurato dovesse riprendere ad esercitare l'Attività Professionale.

Il presente articolo si intende operante anche a protezione di eredi, successori o tutori dell'Assicurato, purché essi rispettino le condizioni di Assicurazione.

Art. 2.3 Interventi di primo soccorso

L'assicurazione opera per i danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'Attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve;

Art. 2.4 Estensione continuità copertura

A parziale deroga di quanto previsto all'art. Fatti Noti, la Compagnia si impegna, nei termini e alle condizioni della presente Polizza, a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza della presente Polizza, anche se derivanti da Fatti e/o Circostanze, che fossero noti all'Assicurato prima della decorrenza della Polizza, a condizione che:

- a) alla data in cui per la prima volta l'Assicurato sia venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze 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 Fatti e/o Circostanze 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);

l'eventuale inadempimento dell'obbligo di dichiarare alla Compagnia Fatti o Circostanze di cui all'Articolo Dichiarazioni dell'Assicurato e l'omissiva dichiarazione nel Modulo di Proposta non siano dovuti a dolo.

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

Art. 2.5 Soggetti non considerati terzi

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

il coniuge, la persona unita civilmente o convivente di fatto, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive, anche se non presente nello stato di famiglia.

Art. 2.6 Rischi esclusi dall'assicurazione



Sono esclusi i danni derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- a. riconducibili ad attività diverse dalle Attività Professionali. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- b. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- c. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- d. in relazione a Comportamenti Colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa;
- e. fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo "Estensioni territoriali";
- f. per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- g. per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati dall'Assicurato;
- h. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- i. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- j. derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);

- k. relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed altre penalità o sanzioni che, per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo, siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- l. relativi a danni alle cose mobili e immobili che l'Aderente/Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- m. relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- n. riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- o. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale; che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- p. che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione.
- q. campi elettromagnetici
- r. atto doloso, disonesto o fraudolento; in tale caso, la Compagnia ha diritto al rimborso di tutti gli importi corrisposti a titolo di *danni* in relazione ad una *richiesta di risarcimento*;
- s. derivanti da consulenza on line e/o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
- t. per Dannи dovuti al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conformi alla normativa vigente;
- u. per Dannи connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
- v. per Dannи derivanti da inadempienze contrattuali (es. restituzione compensi)
- w. per Dannи conseguenti ad Attività non indicate in Scheda di Polizza o nel Certificato di Inclusione;
- x. richieste di risarcimento presentate prima della data di decorrenza della presente assicurazione oppure traenti origine da, basate su o attribuibili a qualsiasi circostanza che, sin dalla data di decorrenza della presente assicurazione, un qualsiasi Assicurato avrebbe potuto ragionevolmente considerare come possibile fonte di una richiesta di risarcimento;
- y. richieste di risarcimento presentate o attualmente in corso negli Stati Uniti d'America, in Canada o in qualsiasi dei relativi territori o possedimenti, oppure finalizzata all'esecuzione di una sentenza di condanna ottenuta negli Stati Uniti d'America, in Canada o in qualsiasi dei relativi territori o possedimenti, oppure basata sulla legge degli Stati Uniti d'America, Canada o di qualsiasi dei relativi territori o possedimenti;

L'assicurazione RC professionale non comprende:

- a) qualsiasi perdita cyber a prescindere da qualsiasi sia la causa o evento che l'abbia determinata;
- b) qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di risarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione a perdita d'uso, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino o riproduzione di un dato, compreso qualsiasi importo relativo al valore di tale dato, derivante da un atto cyber.

Come posso personalizzare la copertura

Garanzie aggiuntive

Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo operanti solo se espressamente richiamate in polizza

L'assicurazione è estesa anche alle seguenti garanzie aggiuntive, operanti con l'applicazione delle **franchigie**, degli **scoperti** e dei limiti indicati in **polizza**.



Rimangono valide tutte le esclusioni indicate all'art. "Rischi esclusi dall'assicurazione" della presente Copertura, se non esplicitamente derogate.

Art. 2.7 Clausola di Responsabilità solidale

La Compagnia, fino alla concorrenza del massimale assicurato in polizza, indennizza le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precezzo, pignoramento, espropriaione) subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di provvedimento giurisdizionale (sentenza, ordinanza, ingiunzione) con cui l'Azienda Sanitaria e/o la sua compagnia di Assicurazione e/o lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente polizza, solo qualora l'Azienda sanitaria e/o la sua compagnia di Assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.

La Copertura Assicurativa, ad esclusione dei danni derivanti da fatti dolosi, è estesa anche per un massimale di euro 50.000,00 ad una eventuale provvisionale liquidata in sede penale e per la quale l'Ente, dopo che gli sia stata comunicata da parte dell'Assicurato la richiesta di manleva dal pagamento, non provveda nei termini prescritti e conseguentemente venga emesso atto di precezzo nei confronti dell'Assicurato medesimo.

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere alla Compagnia tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Azienda di appartenenza e/o della sua compagnia di Assicurazione per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna l'Azienda di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Resta altresì esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento della Compagnia a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia.

Come è prestata l'assicurazione

Art. 2.8 Massimale

Il *massimale* indicato in *polizza* costituisce la massima somma risarcibile dalla *Compagnia* in base alla presente *assicurazione*. I limiti presenti sono parte del *massimale* e non in aggiunta ad esso. La presenza di più *Assicurati* nella presente *assicurazione* non aumenta l'esposizione totale della *Compagnia*.

Art. 2.9 Validità temporale della garanzia (Clausola "claims made")



L'assicurazione è prestata in forma "claims made".

Sono, pertanto, comprese in garanzia le richieste di risarcimento:

- ricevute dall'Assicurato per la prima volta durante il periodo di assicurazione, durante il periodo di osservazione o durante il periodo di ultrattività;
 - denunciate dall'Assicurato alla Compagnia durante il periodo di assicurazione, durante il periodo di osservazione o durante il periodo di ultrattività;
- e conseguenti a un errore professionale commesso nel periodo di assicurazione o di retroattività.

Art. 2.10 Estensione territoriale

L'Assicurazione è operante per i Sinistri originati da Comportamenti Colposi posti in essere in qualsiasi paese dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera, di Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che i Sinistri siano fatti valere in Italia.

La Compagnia, pertanto, non è obbligata per i Sinistri fatti valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Art. 2.11 Periodo di osservazione

Nel caso in cui, alla scadenza del periodo di assicurazione, il Contraente o la Compagnia non rinnovi l'assicurazione per l'annualità successiva, è concesso automaticamente - e senza pagamento di un premio aggiuntivo - un periodo di osservazione di 30 giorni a far data dalla scadenza del periodo di assicurazione.

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

Norme relative alla copertura Responsabilità civile professionale

Art. 3.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro



Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Intermediario al quale è assegnata la polizza o alla Compagnia, entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, di:

- a) qualsiasi richiesta di risarcimento allo stesso presentata durante il periodo di assicurazione, durante il periodo di osservazione o durante il periodo di ultrattività;
- b) qualsiasi circostanza di cui venga a conoscenza durante il periodo di assicurazione, durante il periodo di osservazione o durante il periodo di ultrattività, che possa dare adito ad una richiesta di risarcimento.

La denuncia di richiesta di risarcimento o di circostanza deve contenere:

- dettagliate informazioni sugli eventi;
- nome della controparte;
- natura dell'*errore professionale* commesso, o che si presume sia stato commesso, dall'Assicurato;
- quantificazione indicativa del danno.

In caso di assicurazione presso diversi assicuratori, il *Contraente* o l'Assicurato deve inoltre darne avviso a ciascuno degli assicuratori stessi.

Il *Contraente* o l'Assicurato devono inoltre:

- c) astenersi da ammettere responsabilità, concordare l'entità della *richiesta di risarcimento* oppure sostenerne costi e spese senza il consenso scritto della *Compagnia*;
- d) astenersi dall'incaricare legali o periti senza la preventiva approvazione della *Compagnia*;
- e) astenersi dal pregiudicare la posizione della *Compagnia* o i diritti di rivalsa o surrogazione della stessa;
- f) fornire alla *Compagnia* tutte le informazioni e i *documenti* richiesti e collaborare con la stessa in merito a tutte le questioni relative alla *richiesta di risarcimento*.

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

Art. 3.2 Esagerazione dolosa del danno – Clausola risolutiva espressa



Il *Contraente* e l'Assicurato devono astenersi da:

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

L'inosservanza di tali obblighi comporta:

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

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

Art. 3.3 Gestione delle vertenze e costi di difesa



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

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

Sono a carico della *Compagnia* i *costi di difesa* sostenuti per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in *polizza* per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto *massimale*, i *costi di difesa* vengono ripartiti fra la *Compagnia* e l'Assicurato, in proporzione del rispettivo interesse ai sensi di quanto previsto dall'art. 1917 del Codice Civile.

La *Compagnia* non riconosce i *costi di difesa* sostenuti dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano stati da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

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

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

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

Qualora la richiesta di risarcimento o parte di essa non dovesse rientrare nell'operatività dell'assicurazione, i costi di difesa pagati dalla Compagnia devono essere rimborsati a quest'ultima.

Art. 3.4 Limite massimo di risarcimento

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

Art. 3.5 Pagamento del risarcimento

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

Art. 3.6 Surrogazione

La Compagnia che ha pagato l'indennizzo è surrogata, fino alla concorrenza del suo ammontare, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili, ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile.

L'Assicurato deve cooperare e fare tutto ciò che è necessario per aiutare la Compagnia ad esercitare tali diritti e rimedi.

**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E S.M.I. (di seguito REG.UE)**

In adempimento agli obblighi previsti dalla normativa vigente, REVO Insurance S.p.A., con sede in Viale dell'Agricoltura, 7 - 37135 - Verona, in qualità di Titolare dei trattamenti sottoindicati (di seguito brevemente il "Titolare"), premesso che la presente informativa viene rilasciata agli interessati, anche tramite i contraenti/assicurati¹, cui i dati trattati si riferiscono, fornisce le seguenti informazioni.

In particolare, nel caso la comunicazione di dati personali relativi a terzi interessati venga effettuata da parte dei contraenti/assicurati, sarà in capo a questi ultimi la responsabilità della suddetta comunicazione essendo tenuti, i medesimi contraenti/assicurati, ad informare e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento e alla comunicazione dei loro dati alla Società, per le finalità assicurative dell'interessato.

1. Responsabile della Protezione dei dati personali e Responsabili del Trattamento

Il Titolare ha nominato il Responsabile della protezione dei dati, al quale è attribuito il compito di sorvegliare l'osservanza del Regolamento, cui Lei può rivolggersi per eventuali ulteriori informazioni inviando una comunicazione:

- a mezzo e-mail, al seguente indirizzo: RPD@revoinsurance.com;
- a mezzo raccomandata a/r, al seguente indirizzo: Viale dell'Agricoltura, 7 - 37135 - Verona, all'attenzione del Responsabile della Protezione dei Dati.

Sono state nominate Responsabili del trattamento le Società che forniscono specifici servizi elaborativi o prestano attività connesse, strumentali o di supporto o che svolgono attività di controllo nei confronti del Titolare e come richiesto dalla normativa vigente garantiscono adeguate misure tecniche e organizzative tali che il trattamento soddisfi i requisiti del Regolamento e garantisca la tutela dei diritti dell'interessato.

2. Dati personali oggetto di trattamento e fonte dei dati

Il Titolare tratta dati personali "comuni" (come, ad esempio: nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare, indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia, ecc.), nonché potenzialmente anche dati appartenenti a categorie "particolari"², indispensabili per fornire i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Si tratta di dati forniti dall'interessato stesso o forniti da altri soggetti, ovvero acquisiti consultando banche dati, elenchi e registri legittimamente accessibili.³

3. Finalità - Base giuridica del trattamento - Natura del conferimento dei dati personali

I dati sopra indicati sono trattati per le seguenti finalità:

¹ Se gli interessati risultano essere persone diverse (es. beneficiari).

² In alcuni casi, per adempiere alle finalità assicurative/liquidative in relazione a specifici prodotti, possono essere richiesti dati idonei a rivelare lo stato di salute, l'origine razziale o etnica, convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità e presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.

³ I dati possono essere forniti da Contraenti in cui l'interessato risulti assicurato o beneficiario, o eventuali coobbligati; in alternativa, i dati possono essere forniti da altri soggetti, facenti parte della c.d. "catena assicurativa", che identifica la catena di soggetti che comprende oltre al Titolare i soggetti esterni allo stesso, operanti anche all'estero, facenti parte del settore assicurativo. A titolo esemplificativo e non esaustivo: assicuratori, riassicuratori; agenti e subagenti, brokers ed altri canali di distribuzione; periti, consulenti, medici legali, società di servizi cui sia affidata la gestione e/o la liquidazione dei sinistri nonché da società di servizi (informatici, di archiviazione, etc), organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici; banche dati esterne, IVASS e Ministero dell'Industria, del commercio, dell'artigianato, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici, di archiviazione, ecc.. Tali soggetti appartenenti alla c.d. catena assicurativa, così come identificata anche dal Garante Privacy nel documento del 26 aprile 2007, pongono in essere operazioni di trattamento preordinate all'unica finalità di gestione del rischio assicurato a seguito della stipula del contratto di assicurazione da parte del Titolare con l'interessato.

a) *finalità strettamente connesse e strumentali (quindi anche preliminari e consequenti) all'instaurazione, alla gestione, all'esecuzione ed ai rinnovi dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di*

coassicurazione per l'ulteriore

distribuzione del rischio, nonché per l'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti, normative comunitarie o impartiti da Autorità di vigilanza e controllo e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili; nonché gli obblighi di legge in relazione alla trasparenza dei premi e delle condizioni contrattuali.

La base giuridica del trattamento è l'esecuzione di misure precontrattuali e contrattuali su richiesta dell'interessato ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. b) Reg. UE e l'obbligo legale da normativa nazionale ed europea, ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. c) Reg. UE. Il conferimento dei dati personali è necessario, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di esecuzione contrattuale.

b) *finalità di verifica dei requisiti assuntivi per l'emissione del contratto, nonché di valutazione della coerenza del prodotto assicurativo rispetto ai bisogni della clientela.*

Le basi giuridiche del trattamento sono l'esecuzione di misure precontrattuali e contrattuali su richiesta dell'interessato ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. b) Reg. UE e l'obbligo legale da normativa nazionale ed europea, ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. c) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è necessario, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di esecuzione contrattuale.

c) *finalità di riscontro a richieste di informazioni presentate dal contraente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo.*

Le basi giuridiche del trattamento sono l'esecuzione di misure precontrattuali e contrattuali su richiesta dell'interessato ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. b) Reg. UE e l'obbligo legale da normativa nazionale ed europea, ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. c) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è necessario, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di esecuzione contrattuale.

d) *finalità di determinazione dei premi/sconti assicurativi in fase assuntiva e di rinnovo della polizza.*

Le basi giuridiche del trattamento sono l'esecuzione di misure precontrattuali e contrattuali su richiesta dell'interessato ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. b) Reg. UE e l'obbligo legale da normativa nazionale ed europea, ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. c) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è necessario, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di esecuzione contrattuale.

e) *finalità relativa all'esercizio ed alla difesa dei diritti della Società in ogni sede e finalità derivanti da obblighi normativi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, ecc.*

La base giuridica del trattamento è l'obbligo legale da normativa nazionale ed europea, ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. c) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è necessario, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di esecuzione contrattuale.

4. Destinatari dei dati personali

Per il perseguitamento delle finalità sopra indicate, i Dati Personalni dell'interessato potranno essere comunicati alle/conosciuti dalle seguenti categorie di destinatari:

- il personale alle dipendenze del Titolare, quali persone autorizzate al trattamento.
- soggetti terzi facenti parte della c.d. "catena assicurativa (v. nota 2 supra) coinvolti nella gestione dei rapporti con l'interessato, in essere o che svolgono per conto del Titolare compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.

I soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personalni agiscono quali:

- Titolari Autonomi del trattamento, ossia soggetti che determinano in autonomia le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personalini;

- Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personalini per conto del Titolare.

L'elenco aggiornato dei suddetti destinatari è disponibile presso il Titolare, e può essere richiesto scrivendo al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@revoinsurance.com oppure al Responsabile della Protezione dei Dati all'indirizzo RPD@revoinsurance.com.

5. Modalità di trattamento

Nell'ambito delle finalità indicate al precedente punto 3), il trattamento dei Dati dell'interessato potrà avvenire mediante strumenti manuali, elettronici e telematici, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, esattezza, pertinenza e non eccedenza, adottando misure di sicurezza organizzative, tecniche ed informatiche adeguate.

6. Comunicazione dati - Trasferimento dei dati all'estero

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti appartenenti alla c.d "catena assicurativa" (v. nota 2 supra) e ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, ecc..

I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, a soggetti che collaborano con i Titolari e i Responsabili, sempre nel rispetto della normativa privacy vigente.

Ove necessario, i Suoi dati potranno essere trasferiti, da parte della Società, verso Paesi Terzi fuori dallo Spazio Economico Europeo. In tali casi il trasferimento avverrà nel rispetto delle condizioni indicate dagli artt. 44 e ss. del Reg. UE, ovvero nei confronti di Paesi per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, sulla base di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea 4, oppure in applicazione di specifiche deroghe previste dal Reg. UE.

È possibile richiedere maggiori informazioni in merito ai trasferimenti di dati effettuati ed alle garanzie a tal fine adottate, inviando una e-mail al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@revoinsurance.com, oppure al Responsabile della Protezione dei Dati all'indirizzo RPD@revoinsurance.com

I dati personali raccolti non sono oggetto di diffusione.

7. Tempi di conservazione dei dati personali

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte e comunque conservati per periodi di tempo diversi a seconda delle finalità per le quali sono trattati, in conformità della normativa tempo per tempo applicabile.

I dati trattati per le finalità di cui al punto 3) sono conservati per 10 anni dalla cessazione di efficacia della polizza.

Si precisa che, nell'eventualità in cui la quotazione e l'emissione di un preventivo non dia luogo all'emissione della polizza, i dati utilizzati per la quotazione sono conservati per 12 mesi dall'emissione del preventivo.

In ogni caso il Titolare adotterà ogni cura per garantire un congruo utilizzo dei dati raccolti, procedendo con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità come sopra precise, in caso contrario i dati saranno cancellati, bloccati o resi anonimi.

⁴ La selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea, nel rispetto delle raccomandazioni 01/2020 adottate il 10 novembre 2020 dal Comitato Europeo per la Protezione dei Dati. In subordine, i trasferimenti potrebbero essere necessari sulla base di una delle deroghe di cui all'art. 49 Reg. UE, per esempio con il consenso informato dell'interessato o per eseguire un contratto concluso tra l'interessato e il Titolare del trattamento ovvero misure precontrattuali adottate su istanza dell'interessato, o un contratto stipulato tra il Titolare del trattamento e un'altra persona fisica o giuridica a favore dell'interessato, ovvero per importanti motivi di interesse pubblico o per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o, ancora, per tutelare gli interessi vitali dell'interessato o di altre persone qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso.

In ogni caso resta salva la possibilità di conservare i dati sopra descritti per la necessità di tutelare i diritti del Titolare in ogni sede stragiudiziale ed anche giudiziaria, nelle procedure arbitrali e/o di mediazione e di conciliazione.

8. Diritti dell'interessato

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Reg. Ue mandando una e-mail al Titolare del Trattamento all'indirizzo privacy@revoinsurance.com, oppure al Responsabile della Protezione dei dati all'indirizzo RPD@revoinsurance.com.

La informiamo che il Reg. UE all'art. 15 e seguenti conferisce all'interessato:

- a) il diritto di revoca del consenso, laddove prestato;
- b) il diritto di accesso, ossia la possibilità di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento e di acquisire informazioni in merito a: finalità del trattamento in corso, categorie di dati personali in questione, destinatari dei dati in particolare se Paesi terzi, il periodo di conservazione, ove possibile, e le modalità del loro trattamento;
- c) il diritto alla rettifica e all'integrazione dei dati;
- d) il diritto alla loro cancellazione, ogniqualvolta i dati non siano necessari rispetto alle finalità, oppure qualora decidesse di revocare il consenso, o si opponesse al trattamento, o ancora qualora i dati fossero trattati illecitamente, o cancellati per un obbligo di legge;
- e) il diritto alla limitazione del trattamento nel caso in cui contesti l'esattezza dei dati personali per il periodo necessario per effettuare le relative verifiche, oppure il trattamento sia illecito, o qualora benché il Titolare del trattamento non abbia più bisogno dei suoi dati, lei richieda la conservazione per finalità giudiziarie, o qualora si sia opposto al trattamento in attesa della verifica dell'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare;
- f) il diritto alla portabilità dei dati ad altro Titolare, qualora il trattamento avvenga con mezzi automatizzati o sia basato sul consenso o sul contratto;
- g) il diritto di opporsi al trattamento qualora il trattamento si basi sul legittimo interesse. Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto della Società;
- h) il diritto a proporre reclamo avanti all'Autorità (Garante italiano per la protezione dei dati personali, <https://www.garanteprivacy.it>).

Nei casi di esercizio dei diritti di cui alle lettere c), d), ed e), l'interessato ha diritto di richiedere i destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali e quindi le eventuali comunicazioni di rettifica, cancellazione o limitazione del trattamento.

REVO Insurance S.p.A.

RECLAMI

Eventuali reclami possono essere presentati alla **REVO Insurance S.p.A.** e all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) secondo le disposizioni che seguono:

A. ALLA SOCIETA':

In tal caso i reclami dovranno essere inoltrati per iscritto a:

REVO Insurance S.p.A.

Indirizzo: Via Monte Rosa 91, 20149 Milano

Telefono: 02 92885700

Fax: 02 92885749

Posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: reclami@pec.revoinsurance.com

I reclami devono contenere le seguenti informazioni: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione delle ragioni della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente i fatti e le relative circostanze.

La **Società**, ricevuto il reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante, in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile.

Al termine dell'esame del reclamo, la **Società** comunicherà per iscritto all'**Assicurato** la decisione assunta in merito al reclamo rappresentando le ragioni d'accoglimento (totale o parziale) o di rigetto dello stesso, informandolo contestualmente in merito alla possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, all'IVASS o ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti dalla normativa vigente.

B. ALL'IVASS:

I reclami dovranno essere inoltrati per iscritto a:

IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Fax n. 06. 421.33. 353/745, Posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: tutela.consumatore@pec.ivass.it

I reclami devono contenere le seguenti informazioni: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione delle ragioni della lamentela, copia dell'eventuale reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa, ed ogni documento utile a descrivere compiutamente i fatti e le relative circostanze

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente:

- dichiara di conoscere ed accettare nella loro completezza le Condizioni di assicurazione quale parte integrante della presente polizza;
- dichiara di aver ricevuto l'INFORMATIVA PRIVACY prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e si impegna a fornirne copia conforme al testo ricevuto, in nome e per conto del Titolare, agli eventuali altri interessati di cui lo stesso abbia conferito o conferirà al Titolare i dati personali;
- è consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le informazioni fornite, di cui il Contraente conferma la correttezza, sono essenziali per la validità e l'efficacia delle coperture assicurative acquistate e che la Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad esse;
- è consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'indennizzo e comunque compromettere il diritto alla prestazione, nonché la cessazione dell'assicurazione.

Il Contraente

REVO Insurance S.p.A.

CONDIZIONI DA APPROVARE SPECIFICAMENTE

Il Contraente dichiara di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:

- | | |
|-----------|--|
| Art. 1.1 | Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio |
| Art. 1.2 | Durata dell'assicurazione |
| Art. 1.3 | Proroga dell'assicurazione, tacito rinnovo, facoltà di recesso e disdetta alla scadenza |
| Art. 1.4 | Recesso in caso di sinistro |
| Art. 1.6 | Diminuzione del rischio |
| Art. 1.7 | Aggravamento del rischio |
| Art. 1.8 | Modifiche dell'assicurazione |
| Art. 1.9 | Altre Assicurazioni |
| Art. 1.12 | Foro competente |
| Art. 1.13 | Rinvio alle norme di legge |
| Art. 1.14 | Inoperatività dell'assicurazione a seguito di sanzioni (applicabile a tutte le garanzie) |
| Art. 1.16 | Clausola Broker |
| Art 2.1 | Oggetto |
| Art. 2.7 | Rischi esclusi dall' assicurazione |
| Art. 2.8 | Massimale |
| Art. 2.9 | Validità temporale della garanzia (Clausola "claims made") |
| Art. 3.1 | Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro |

Art. 3.3 Gestione delle vertenze e costi di difesa

Art. 3.4 Limite massimo di risarcimento

Il Contraente

REVO Insurance S.p.A.

Eccezioni opponibili ai sensi dell'art 8 del DECRETO 15 dicembre 2023, n. 232.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art 8 del Decreto n. 232 del 15/12/2023 sono opponibili al danneggiato, le seguenti eccezioni:

- a) i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività differente da quella indicata in scheda di polizza;
- b) fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5 del decreto n. 232 del 15/12/2023;
- c) il mancato pagamento del premio

Il Contraente

REVO Insurance S.p.A.

COME PUOI PAGARE LA POLIZZA

Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati alla Società oppure all'Intermediario, espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto;
- denaro contante, con i limiti previsti dalla normativa vigente.

Contatti utili

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

- L'Intermediario a cui è assegnata la polizza, i cui riferimenti sono nella copertina della polizza stessa;
- REVO Insurance S.p.A.

Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona

Via Monte Rosa 91, 20149 Milano

Tel. 02 92885700

Fax. 02 92885749

Email: servizio.clienti@revoinsurance.com

PEC: revo@pec.revoinsurance.com

Sito web: www.revoinsurance.com

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

- L'Intermediario a cui è assegnata la polizza, i cui riferimenti sono nella copertina della polizza stessa;
- REVO Insurance S.p.A.

PEC: sinistri.re@pec.revoinsurance.com