

UMR: B177325D007885



international
professional
risks

Certificato di Assicurazione

Policy number: **B177325D007885**

Policyholder: Casa di Cura Villa Ardeatina



CONTENTS

<i>Policy Schedule.....</i>	<i>3</i>
<i>Payment Details.....</i>	<i>4</i>
<i>Information Section</i>	<i>4</i>
<i>Policy Conditions.....</i>	<i>5</i>
<i>Additional Clauses.....</i>	<i>24</i>

**POLICY SCHEDULE**

POLICY NUMBER:	B177325D007885
TYPE:	Medical Malpractice Third Party Liability and Employers Liability
INSURED:	Name: Casa di Cura Villa Ardeatina Street No and Street: Via Ardeatina SRL City: Roma Zip or Postcode: 00179 Country: Italy
PERIOD:	From 26/07/2025 To 25/07/2026 Both days inclusive, local standard time at the Insured's address
INTEREST:	Medical Malpractice Insurance including Third Party Liability and Employer's Liability insurance all as more fully defined in the policy wording
LIMIT OF LIABILITY:	TPL: EUR 2,000,000 each and every claim, but EUR 6,000,000 in the annual aggregate EL: EUR 2,000,000 each and every claim / in the annual aggregate, Legal costs and expenses in addition limited to 25% of Limit of Indemnity
DEDUCTIBLE:	EUR 5,000 each and every claim
RETROACTIVITY:	10 Years
TOTAL TURNOVER:	Eur 9,213,490
TERRITORIAL LIMIT:	Italy
CHOICE OF LAW AND JURISDICTION:	This policy shall be governed by and construed in accordance with the laws of Italy. Any dispute between the parties over the terms of this policy shall be subject to the exclusive jurisdiction of the court of Italy. The language used for the Policy Interpretation shall be as set out in the Policy Wording
CONDITIONS:	All terms and conditions as set forth in the wording, incorporating but not limited to the following: - Policy Wording - NMA2336
WARRANTIES:	As per Policy Wording
CLAIMS NOTIFICATION:	Claims to be notified to stefano.cossa@exebrocker.it

UMR: B177325D007885



PLACING BROKER:	International Professional Risks Europe Srl
OVERSEAS BROKER:	EXE Insurance Broker SRL
INSURER:	CNA Insurance Company Limited

PAYMENT DETAILS

	Net Premium	Taxes (22.25%)	Gross Premium	Due date
Total Premium (EUR)	EUR 40,000	EUR 8,900	EUR 48,900	10/08/2025

INFORMATION SECTION:

The following information was provided to insurer(s) to support the assessment of the risk at the time of underwriting:

Signed and updated proposal form: 03/07/2025

Description of the activity:

As per information provided by the overseas broker and held in IPR/CNA folder

Employees' information:

As per information provided by the overseas broker and held in IPR/CNA folder

Claims history:

As per information provided by the overseas broker and held in IPR/CNA folder

Sanction Search Completed: 14/05/2025

PAGATO IL 25/7/2025
EXE Insurance Broker srl

**POLICY CONDITIONS:**

**POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E
DIPENDENTI E RESPONSABILITÀ CIVILE
PROFESSIONALE PER AZIENDE E STRUTTURE
OSPEDALIERE E SANITARIE DI DIRITTO PRIVATO**

ASSICURAZIONE NELLA FORMA «CLAIMS MADE»**DEFINIZIONI****ASSICURATO**

- (a) il soggetto indicato nella Scheda di Polizza,
(b) tutti i dirigenti e i dipendenti del contraente,
(c) tutti i medici e i sanitari convenzionati, ossia il medico o il sanitario che, in base ad appositi accordi stipulati per iscritto col contraente, presta la sua opera in modo continuativo negli stabilimenti del contraente, per conto del contraente stesso.

Non rientrano nella definizione di assicurato il medico in libera prestazione, né qualunque componente della sua équipe. E' considerato "medico in libera prestazione" il professionista indipendente che prende in affitto locali e/o apparecchiature dal contraente per fornire proprie prestazioni professionali in autonomia.

ASSICURATORI

L'impresa di Assicurazione indicata nella scheda di polizza

CIRCOSTANZE DI SINISTRO

Qualsiasi richiesta presentata dall'Assicurato agli Assicuratori in cui lo stesso rappresenti un fatto dal quale ritenga che possa derivare un Sinistro a termini della presente Polizza, ivi inclusa a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- i. la richiesta della cartella clinica,
- ii. l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. n. 285 del 1990 e s.m.i.
- iii. la querela e l'avviso di garanzia.
- iv. L'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

CONTRAENTE

Il soggetto indicato nella Scheda di Polizza.

COSE

Sia gli oggetti materiali sia gli animali.

**CORRISPONDENTE/
COVERHOLDER**

Il soggetto - persona fisica o giuridica - indicato nella Scheda di Polizza,

DANNO/DANNI

Il pregiudizio, di natura patrimoniale e non patrimoniale, sofferto dal terzo (articolo 5.2) a seguito di morte o lesioni alla persona, o di distruzione, danneggiamento o perdita di cose.

ECOGRAFIE PRENATALI	Ecografia per osservare lo sviluppo e monitorare lo stato di salute del feto.
ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA	Il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria.
ESERCENTE ATTIVITÀ DI LIBERO PROFESSIONISTA	Attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il SSN, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto;
FRANCHIGIA	Elemento integrante della polizza di assicurazione che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato ed espressa in valore assoluto. La opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro.
FRANCHIGIA AGGREGATA	L'ammontare fino a concorrenza del quale il contraente assume a suo carico il pagamento di tutte le somme liquidate a termini di questo contratto per il risarcimento dei danni relativi ai sinistri rientranti in un determinato periodo assicurativo annuo, soltanto dopo che il totale dei risarcimenti pagati avrà esaurito la franchigia aggregata, gli Assicuratori risponderanno delle ulteriori somme liquidate.
FRANCHIGIA PER OGNI SINISTRO	L'importo che, per ogni sinistro, viene detratto dall'ammontare liquidabile a termini di polizza per il risarcimento di danni e che rimane a carico del contraente. Gli Assicuratori rispondono di quella parte di tale importo che supera la franchigia, ove si tratti di una serie di sinistri, quale sopra definita, la franchigia è applicabile al totale dell'intera serie di sinistri.
INDENNIZZO	La somma dovuta dagli Assicuratori in caso di uno o più sinistri rientranti in questa assicurazione.
LEGGE	Legge 8 marzo 2017 n. 24

**LIMITE DI INDENNIZZO**

Il massimale stabilito nella scheda di polizza, che rappresenta il limite dell'obbligazione degli **Assicuratori**, per capitale, interessi e spese, e che è invalicabile in qualunque circostanza ed a qualsiasi titolo, anche nel caso di corresponsabilità tra più persone assicurate con questo contratto.

salva diversa precisazione nel testo, la scheda di polizza prevede, o può prevedere:

- un limite di indennizzo per ogni sinistro, che è il massimale a cui gli **Assicuratori** sono tenuti per ciascun sinistro che possa colpire questo contratto;
- un limite di indennizzo per ogni serie di sinistri, che è il massimale a cui gli **Assicuratori** sono tenuti per ogni serie di sinistri che possa colpire questo contratto, fermo il limite di indennizzo per ogni sinistro;
- un limite di indennizzo annuale, che è il massimale cumulativo per l'insieme di tutti i sinistri di pertinenza di un determinato periodo assicurativo annuale, qualunque sia il numero dei danneggiati e delle persone assicurate coinvolte, e senza riguardo al momento in cui i danni si sostanzino o ne venga effettuata la liquidazione;
- un sottolimito di indennizzo per talune singole voci di rischio; il sottolimito di indennizzo può essere per ogni sinistro oppure annuale, in analogia con le definizioni che precedono, oppure in altra forma risultante dal testo, e non è mai in aggiunta al limite di indennizzo, ma è una parte dello stesso.

PERIODO DI EFFICACIA

Il periodo di operatività dell'Assicurazione, cioè il Periodo di Assicurazione incluso il periodo di retroattività e postuma se operante.

POLIZZA

Il presente documento, sottoscritto dalle parti contraenti quale prova del contratto di assicurazione.

RICHIESTA DI RISARCIMENTO

Ogni inchiesta giudiziaria promossa contro l'assicurato; qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione con la quale il terzo manifesta all'assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile dei danni subiti, oppure fa all'assicurato una formale richiesta che gli vengano risarciti i danni subiti.

SCHEDA DI POLIZZA

Il formulario che è annesso a questa polizza per farne parte integrante e che contiene gli estremi del contratto e le altre precisazioni richiamate nel testo.

SERIE DI SINISTRI

Tutti i sinistri provenienti da più soggetti e riconducibili ad uno stesso evento o ad uno stesso atto illecito o errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni che abbiano una causa comune.

SINISTRO

Qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi durante il Periodo di Assicurazione nei confronti dell'assicurato (o, nel caso di azione diretta, nei confronti dell'Assicuratore) per il risarcimento dei danni subiti come conseguenza della sua attività, ivi inclusa:

- i. la citazione dell'assicurato in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile



- da parte del danneggiato,
- ii. l'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga prevista dagli art. 9, commi 5 e 6 e 12, comma 3, della Legge;
 - iii. l'invito a dedurre da parte del PM presso la Corte dei Conti;
 - iv. la richiesta scritta avanzata per la prima volta dalla struttura 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, rappresentato nella formula "Claims Made" alettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo);

NORME RELATIVE ALLA DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE**Art. 1****DURATA DEL CONTRATTO - FACOLTÀ DI RECESSO AD OGNI SCADENZA**

Questa assicurazione ha inizio e termine alle date rispettivamente Indicate nella Scheda di Polizza. Non è prevista la tacita proroga di cui all'art. 1899 c.c.

Se la durata convenuta è di due o più periodi assicurativi, è facoltà di ognuna delle Parti recedere dal contratto alla scadenza di ciascun periodo assicurativo mediante disdetta da inviare con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni. Uno dei periodi assicurativi può anche essere inferiore all'anno intero, se così convenuto tra le Parti.

Art. 2**VALIDITÀ TERRITORIALE E TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ - (SI VEDANO LE DEFINIZIONI DI DANNO/DANNI, COSE, SINISTRO, RICHIESTA DI RISARCIMENTO)**

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" e vale per i danni (definizione di DANNO/DANNI) che si manifestino in qualunque parte del mondo esclusi Stati Uniti d'America, il Canada, le Isole Vergini e Territori da loro governati, e per i sinistri (definizioni di SINISTRO e RICHIESTA DI RISARCIMENTO) che abbiano luogo per la prima volta nel corso della durata di questo contratto, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta e stabilita nella Scheda di Polizza, e a condizione che il Contraente ne dia regolare avviso agli Assicuratori, nei modi e nei termini stabiliti all'articolo 11, nel corso del periodo di durata di questo contratto e comunque non oltre il trentesimo giorno dalla data di cessazione di questo contratto. (Articolo 7.1)

Art. 3**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - (SI VEDANO LE DEFINIZIONI DI INDENNIZZO E LIMITE DI INDENNIZZO)**

Verso pagamento del premio convenuto nei modi e nei termini stabiliti all'articolo 17, e alle condizioni e norme di questa polizza e con le modalità in essa previste, ivi comprese le definizioni che precedono, l'assicurazione è prestata per:

- la RCT - Responsabilità civile verso terzi (articolo 5)
- la RCO - Responsabilità civile verso i dipendenti (articolo 6), in relazione all'esercizio delle attività indicate in questa polizza.

Gli Assicuratori sono obbligati fino a concorrenza dei limiti e sottolimiti di indennizzo stabiliti e previa applicazione delle franchigie convenute (articolo 16).

Art. 4**FATTO DEI COLLABORATORI - DOLO E COLPA GRAVE**

L'assicurazione è valida anche per la responsabilità civile derivante all'Assicurato quando il danno sia causato da azione colposa o dolosa commessa, nell'ambito e nello svolgimento delle attività indicate in questa polizza, da persone del cui operato l'Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere, ivi compresi tutti i dipendenti del Contraente (articolo 6.2) e tutti i medici e i sanitari convenzionati ai sensi delle Definizioni di Polizza. Restano fermi e invariati i diritti di rivalsa ai sensi dell'articolo 14.

Art. 5**R C T - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI****5.1 - Oggetto dell'assicurazione RCT (Si veda la definizione di DANNO/DANNI)**

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, nell'esercizio delle attività indicate in questa polizza. L'assicurazione RCT vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 giugno 1984, n. 222 e successive modificazioni ed integrazioni.

**5.2 - Nozione di terzo/terzi**

Ogni persona diversa da quanto riportato nella definizione di Assicurato è considerata terzo ai fini dell'assicurazione RCT.

Anche il dipendente ed i medici o sanitari convenzionati sono considerati terzi qualora subiscano il danno quando non sono sul lavoro o in servizio oppure quando fruiscano delle prestazioni e dei servizi erogati dal Contraente o quando subiscano i danni contemplati all'articolo 9.4.13.b.

Art. 6**R C O - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I DIPENDENTI****6.1 - Oggetto dell'assicurazione RCO**

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale interessi e spese) quale civilmente responsabile ai sensi di legge per danni sofferti dai dipendenti ed i medici o sanitari convenzionati del Contraente, a seguito di infortunio avvenuto in occasione di lavoro o di servizio.

Gli Assicuratori sono pertanto obbligati a tenere indenne l'Assicurato delle somme che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare:

- agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) a titolo di regresso;
- all'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno (danno differenziale).

6.2 - Nozione di Dipendenti del Contraente

Ai fini di questa assicurazione, sono dipendenti del Contraente tutti i prestatori di lavoro che sono soggetti all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e che agiscono alle dirette dipendenze del Contraente o dell'Assicurato con rapporto di lavoro subordinato o di apprendistato. Rientrano in questa nozione anche i soggetti impiegati in lavori socialmente utili e tutti coloro (studenti, allievi, borsisti, specializzandi, ecc.) che prendono parte alle attività indicate in questa polizza, durante periodi di prova, di addestramento, corsi di formazione, studi e altri scopi analoghi. Esulano dalla nozione di Dipendenti del Contraente i soggetti definibili quali "Convenzionati e/o e/oin "Libera Prestazione" ai sensi del punto 4 delle Definizioni di Polizza.

6.3 - Malattie professionali

L'assicurazione RCO è estesa alle malattie professionali contratte per colpa dell'Assicurato, che si manifestino per la prima volta nel corso della durata di questo contratto, fermo il disposto dell'articolo 2.

È esclusa l'asbestosi e ogni malattia ad essa collegata.

6.4 - Efficacia dell'assicurazione RCO

L'assicurazione RCO è efficace alla condizione che l'Assicurato sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia, conserva la propria validità se l'eventuale irregolarità è commessa in buona fede e deriva da errore, dimenticanza, omessa dichiarazione di attività svolte occasionalmente, oppure da inesatta o erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia.

Art. 7**ESCLUSIONI (SI VEDANO LE DEFINIZIONI DI DANNO/DANNI, SINISTRO, SERIE DI SINISTRI E RICHIESTA DI RISARCIMENTO)**

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "Claims Made", quale temporalmente delimitata nella presente polizza, sono esclusi i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori dopo 30 (trenta) giorni dalla data di termine della durata di questo contratto (articolo 2), salvo il caso di una serie di sinistri il primo dei quali sia già stato regolarmente denunciato agli Assicuratori;

7.1 - L'assicurazione non copre danni diversi da quelli definiti in questa polizza e non comprende le richieste di risarcimento (definizione di RICHIESTA DI RISARCIMENTO):

- a. che fossero già note al Contraente prima della data di effetto di questa assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti Assicuratori;
- b. fatte direttamente contro o che derivino dalla responsabilità personale dei medici che non rientrino nella definizione di Assicurato

- c. causate da furto, salvo quanto diversamente specificato all'articolo 9.4.05;
- d. riconducibili ai rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi della legge n. 990 del 24.12.1969 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione;
- e. derivanti dall'impiego di natanti a motore o di aeromobili;
- f. cagionate da macchine, merci e prodotti fabbricati, lavorati, imballati, distribuiti o messi in vendita dall'Assicurato e dal Contraente, dopo che siano stati consegnati a terzi, salvo quanto diversamente specificato agli articoli 9.2 e 9.4;
- g. derivanti dall'incapacità, parziale o totale, dei computer e dei loro sistemi, programmi o applicazioni, di leggere correttamente le date di calendario;
- h. derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti, medici o sanitari convenzionati e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);
- i. relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages), le penalità, le multe, le ammende o altre sanzioni comminate al Contraente o all'Assicurato;
- j. che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali negli stabilimenti del Contraente;
- k. derivanti da omissione, errore o ritardo nella stipulazione, nell'aggiornamento o nel rinnovo di adeguate coperture assicurative, cauzioni, fidejussioni o altre garanzie finanziarie, o nel pagamento dei relativi premi o altri corrispettivi; o derivanti dalla erronea, tardiva o impropria esecuzione o utilizzazione di tali contratti e strumenti;
- l. in relazione a eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

Art. 8**RISCHI ATOMICI - INQUINAMENTO - ESPLOSIVI**

L'assicurazione non comprende i danni:

- 8.1 verificatisi in connessione con fenomeni di radioattività, con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.), salvo quanto previsto agli articoli 9.2.06 e 9.4.03;
- 8.2 conseguenti ad inquinamento dell'aria dell'acqua o del suolo o interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione o impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, salvo quanto previsto all'articolo 9.3;
- 8.3 derivanti dalla detenzione o dall'impiego di esplosivi, salvo quando tale impiego sia richiesto per l'esecuzione di lavori di cui il Contraente sia committente.

Art. 9**PRECISAZIONI ED ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE****9.1 - Responsabilità civile gravante sui singoli soggetti**

L'assicurazione delimitata in questa polizza è estesa come segue:

- a. Previa applicazione della franchigia di cui all'articolo 16.1, gli **Assicuratori** rispondono per i casi di responsabilità civile derivante personalmente da ognuno dei soggetti rientranti nella definizione di Assicurato (definizione di ASSICURATO) nello svolgimento dei rispettivi incarichi per conto del Contraente. Sono invece escluse dall'assicurazione le responsabilità gravanti personalmente sui medici che non rientrino nella definizione di Assicurato e sui componenti delle loro equipe.
- b. Gli **Assicuratori** rispondono anche per i casi di responsabilità civile gravante personalmente su ognuno degli altri dipendenti del Contraente (articolo 6.2), quando agiscono per conto del Contraente stesso nei suoi stabilimenti.
- c. Quanto disposto ai punti A e B che precedono vale anche quando i soggetti rientranti nella definizione di Assicurato svolgano attività presso altre strutture sanitarie in virtù di convenzioni dalle stesse stipulate con il Contraente, o quando rendano prestazioni presso soggetti pubblici o privati, in scuole, asili e domicili di terzi, per conto del Contraente.
- d. Gli **Assicuratori** rispondono anche per i casi di responsabilità civile gravante personalmente

sui soggetti preposti dal Contraente all'osservanza delle norme prescritte dal Decreto Legislativo 81/2008 relativo alla sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, negli stabilimenti del Contraente.

9.2 - Altre attività incluse nell'assicurazione

L'assicurazione è delimitata dai disposti di questa polizza e non ha altre esclusioni che quelle contenute negli articoli 7 e 8 o introdotte mediante atto sottoscritto dal Contraente e dagli Assicuratori. L'assicurazione è riferita a tutte le attività esercitate dal Contraente e indicate in questa polizza, inclusi i servizi e le operazioni ad esse pertinenti. Tali attività, servizi e operazioni comprendono o possono comprendere anche ognuna delle voci che seguono, se svolte dal Contraente. Restano fermi in tutti i casi i disposti dell'articolo 14.

- 9.2.01** Raccolta, distribuzione o utilizzazione del sangue o di suoi preparati o derivati di pronto impiego - anche se ne conseguano danni da HIV - a condizione che il Contraente e l'Assicurato ottemperino a tutti gli obblighi previsti, in merito al controllo preventivo del sangue, dalle leggi e circolari ministeriali specifiche sulla materia e in vigore al momento del fatto. È inteso che l'assicurazione non si estende alla responsabilità civile gravante sui produttori e i fornitori di tali preparati e derivati.
Per questa voce di rischio si applica il limite di indennizzo per ogni serie di sinistri (definizione di SERIE DI SINISTRI), stabilito nella Scheda di Polizza.
- 9.2.02** Trasporto primario e secondario per il trasferimento del paziente tra sedi ospedaliere, oppure dal domicilio del paziente alle ubicazioni ove il Contraente esercita le attività indicate in questa polizza e viceversa.
- 9.2.03** Esercizio di corsi di istruzione professionale o di formazione.
- 9.2.04** Somministrazione, distribuzione, utilizzazione di prodotti medicinali farmaceutici, parafarmaceutici e protesi.
- 9.2.05** Esercizio di laboratori chimici e di analisi, compresa anche l'elaborazione di esiti e referti e la redazione, conservazione e consegna di atti o documenti inerenti alle attività indicate in questa polizza.
- 9.2.06** Uso di apparecchi ad uso medicale ed elettromedicale, diagnostico, terapeutico, anche se di proprietà di terzi, compresi apparecchi a raggi X, radioisotopi, radionuclidi e altre apparecchiature consimili.
- 9.2.07** Servizi erogati agli assistiti presso il loro domicilio o comunque fuori sede, per conto del Contraente.
- 9.2.08** Terapie particolari, quali la "pet therapy" (terapia con impiego di animali), la "ippoterapia" (terapia con impiego di cavalli), la terapia riabilitativa in acqua.
- 9.2.09** Esercizio di mense e spacci all'interno dei propri stabilimenti, anche se affidato in gestione a terzi.
- 9.2.10** Somministrazione di prodotti alimentari, bevande e simili, anche tramite distributori automatici di proprietà di terzi o affidati in gestione a terzi.
- 9.2.11** Attività formative e ricreative per i dipendenti del Contraente e loro familiari, quali convegni, congressi, corsi di addestramento e di aggiornamento, concorsi, tavole rotonde, seminari; escursioni, gite aziendali, viaggi, spettacoli, feste, gare e manifestazioni sportive dilettantistiche, ecc., anche svolte tramite CRAL aventi autonomia giuridica.
- 9.2.12** Partecipazione a mercati, mostre e fiere ed esposizioni collettive e ad iniziative promozionali di ogni tipo, compreso l'allestimento e lo smantellamento dei propri stand e compresa la concessione di strutture a terzi ai fini dell'organizzazione di tali manifestazioni e iniziative.
- 9.2.13** Ogni altra attività sussidiaria, esercitata all'interno dei propri stabilimenti per uso esclusivo e necessario del Contraente, anche se affidata in gestione o in manutenzione a terzi, quali: officine meccaniche, falegnamerie, autorimesse, impianti di autolavaggio, centraline termiche, cabine elettriche e di trasformazione con relative condutture, centrali di compressione, serbatoi e colonnine di distribuzione di carburante, impianti di saldatura autogena e ossiacetilenica e relativi depositi; servizio di sorveglianza con guardie che

possono far uso di armi e anche con utilizzo di cani; servizio di squadra antincendio.

9.3 - Inquinamento accidentale

L'assicurazione delimitata in questa polizza comprende i danni da inquinamento dell'ambiente derivante dalle attività indicate in questa polizza, purché causato unicamente da fatto improvviso, subitaneo e accidentale. L'espressione "danni da inquinamento dell'ambiente" sta a significare quei danni che si determinano in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria, del suolo, del sottosuolo, congiuntamente o disgiuntamente, ad opera di sostanze di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite da installazioni o complessi di installazioni che il Contraente utilizza per l'esercizio delle attività indicate in questa polizza.

L'assicurazione di questo rischio è prestata fino a concorrenza del sottolimito di indennizzo stabilito nella Scheda di Polizza per ogni serie di sinistri (definizioni di SERIE DI SINISTRI e LIMITE DI INDENNIZZO). Fino a un importo pari al 10% di tale sottolimito di indennizzo, gli Assicuratori rispondono anche delle spese sostenute, col loro previo accordo, per neutralizzare o limitare le conseguenze del fatto.

9.4 - Altre voci di rischio

Le voci di rischio che seguono, riferite ai danni quali definiti in questa polizza, sono menzionate allo scopo di precisarne la delimitazione e, ove il caso, il sottolimito di indennizzo applicabile e l'eventuale rispettiva franchigia. (Si vedano le definizioni di DANNO/DANNI, LIMITE DI INDENNIZZO e FRANCHIGIA PER OGNI SINISTRO).

Restano fermi in tutti i casi i disposti dell'articolo 14.

9.4.01 Fabbricati e terreni - Danni derivanti dalla proprietà e conduzione - continuativa o temporanea - dei fabbricati, delle unità immobiliari, dei locali e dei terreni, che siano utilizzati dal Contraente per l'esercizio delle attività indicate in questa polizza, compresi tutti gli impianti fissi, ascensori, montacarichi, scale mobili, antenne radio o televisive, recinzioni, cancelli elettrici e simili e ogni altra pertinenza, e inclusi gli spazi destinati a cortile, giardino, parco (anche con alberi ad alto fusto), posteggio di mezzi di trasporto stradale, piazzali destinati a carico e scarico o depositi all'aperto.

9.4.02 Manutenzione e pulizia - Appalti e gestioni - Danni derivanti da lavori di manutenzione ordinaria o straordinaria, ristrutturazione, riadattamento, ampliamento, demolizione, ricostruzione, pulizia dei beni menzionati all'articolo 9.4.01 che precede. Ove i lavori siano appaltati a terzi, l'assicurazione è riferita alla responsabilità civile derivante al Contraente dalla direzione dei lavori e dal rapporto di committenza (articolo 9.4.10).

Premesso che il Contraente può appaltare i lavori predetti, così come può affidare a imprese o singoli soggetti la gestione e la manutenzione di talune attività sussidiarie (articolo 9.2.13), resta inteso che:

- i. sono compresi nell'assicurazione i danni causati a terzi da dette imprese o singoli soggetti, sempre fermi i disposti dell'articolo 14;
- ii. il Contraente, i suoi dipendenti e medici o sanitari convenzionati (articolo 6.2), tali imprese e soggetti e i loro rispettivi dipendenti, sono considerati terzi tra loro.

È compreso il danno sofferto da terzi per danneggiamenti a cose che si trovino nell'ambito dell'esecuzione dei lavori, incluse le condutture e gli impianti sotterranei, anche quando tali danneggiamenti siano dovuti ad assestamento, cedimento o franamento del terreno causati dai lavori.

9.4.03 Fonti radioattive - Danni derivanti dalla detenzione e dall'uso di fonti radioattive o magnetiche, in connessione con le attività indicate in questa polizza e nel rispetto delle norme vigenti in materia e delle prescrizioni dell'autorità competente.

9.4.04 Propagazione di incendio - Danni cagionati dall'azione diretta di un incendio, un'esplosione o uno scoppio, che abbia origine all'interno dei fabbricati o dei locali in cui si svolgono le attività indicate in questa polizza oppure da cose utilizzate dall'Assicurato nello svolgimento di tali attività, e si propaghi su beni mobili e immobili detenuti da terzi.

Fermo il disposto dell'articolo 12.1, per questa voce di rischio si applica il sottolimito di indennizzo stabilito nella Scheda di Polizza.

9.4.05 Cose depositate - Danni cagionati agli assistiti e agli ospiti derivanti da furto, sottrazione,

smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate o non consegnate, ai sensi degli articoli 1783-1786 c.c.

Per questa voce di rischio si applicano i sottolimiti di indennizzo stabiliti nella Scheda di Polizza.

- 9.4.06** Interruzione di attività di terzi - Danni derivanti da interruzione o sospensione parziale o totale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, di proprietà di terzi. Per questa voce di rischio si applica il sottolimito di indennizzo stabilito nella Scheda di Polizza.
- 9.4.07** Conferimento di rifiuti - Danni derivanti dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi, ad aziende regolarmente autorizzate ai sensi delle disposizioni di legge vigenti. Sono comprese le lesioni alla persona e la morte provocate a terzi in conseguenza di un evento accidentale verificatosi durante il trasporto o lo smaltimento di detti rifiuti. È inteso che l'assicurazione non si estende alla responsabilità civile gravante direttamente sulle dette aziende.
- 9.4.08** Fatto degli assistiti e dei minori - Danni cagionati a terzi o ai propri operatori da fatto commesso da pazienti assistiti nei centri gestiti dal Contraente, o da minori, studenti e altri ospiti di tali centri, inclusi quelli di cui all'articolo 9.2.03; da fatto commesso da minori durante il periodo di dimora presso famiglie a fini della loro assistenza, adozione o affidamento, comprese le lesioni alla persona arrecate ai membri della famiglia affidataria.
- 9.4.09** Cartelli e insegne - Danni derivanti dalla proprietà, dall'installazione, dall'uso e dalla manutenzione di targhe, cartelli, insegne (anche luminose) e striscioni, ad uso di segnaletica stradale o viaria, di indicazione di direzione, o di carattere pubblicitario.
- 9.4.10** Committenza - Danni di cui il Contraente sia tenuto a rispondere nella qualità di committente quando abbia appaltato, commissionato o delegato lavori, servizi o prestazioni attinenti alle attività indicate in questa polizza o a beni di sua proprietà.
- 9.4.11** Committenza all'uso di veicoli - Danni, compresi i danni ai trasportati, di cui il Contraente sia tenuto a rispondere nella qualità di committente ai sensi dell'art. 2049 c. c., e che siano cagionati da taluno dei dipendenti o incaricati del Contraente quando si trovi alla guida di un veicolo stradale purché tale veicolo non sia di proprietà del Contraente o allo stesso locato o noleggiato.
- 9.4.12** Uso di mezzi di trasporto e macchinari - Danni derivanti:
- a. dall'uso di biciclette e ciclomotori;
 - b. dalla circolazione e dall'utilizzo, all'interno delle ubicazioni ove si svolgono le attività indicate in questa polizza, di veicoli in genere, anche a motore, di muletto, macchine semoventi, di macchinari e impianti, anche se azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore.
- 9.4.13** Mezzi di trasporto di terzi - Danni, escluso il furto o tentato furto, causati:
- a. a mezzi di trasporto di terzi e alle cose su di essi caricate, che si trovino nell'ambito delle ubicazioni ove si svolgono le attività indicate in questa polizza allo scopo di compiere operazioni di carico o scarico;
 - b. ai veicoli di terzi, di dipendenti o collaboratori del Contraente, mentre si trovano in sosta nell'ambito delle ubicazioni ove si svolgono le attività indicate in questa polizza, esclusi i danneggiamenti subiti dalle cose giacenti nei o sui veicoli.

Art. 10

CLAUSOLA MEDICI E/O SANITARI

Ai Sensi della presente Clausola il Contraente assume l'obbligo, pena il decadimento dal diritto di essere tenuto indenne da richieste di risarcimento avanzate da terzi, di garantire e dimostrare che, per l'intero periodo di copertura:

- a. Ogni Medico risulti regolarmente abilitato all'esercizio della professione ai sensi di quanto dettato dagli organi competenti;
- b. Ogni Medico risulti iscritto all'ordine dei Medici di competenza e tale specializzazione sia coerente con tutte le attività prestate dal Contraente;
- c. Tutti Medici e/o Sanitari che non rientrino nella definizione di Assicurato siano titolari di propria copertura assicurativa per negligenza professionale con un Massimale per sinistro e per anno adeguato alle normative vigenti.

**NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO****Art. 11****OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO (SI VEDANO LE DEFINIZIONI DI SINISTRO E INDENNIZZO E GLI ARTICOLI 7.1, 7.2.A, 12.3 E 22)**

Il Contraente deve dare avviso scritto di ogni **Sinistro e Circostanza di Sinistro** agli **Assicuratori** al più presto possibile, e comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza.

Il Contraente deve fornire in tempo utile agli **Assicuratori** i documenti e le prove che possano venirgli richieste.

Negli stessi termini e con le stesse modalità, l'Assicurato è tenuto a denunciare ogni fatto o circostanza da cui possano derivare danni risarcibili da questa assicurazione. Tale notifica, se debitamente accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune, sarà a tutti gli effetti trattata come sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione.

Ai fini dell'assicurazione RCO (articolo 6), il Contraente è tenuto inoltre a denunciare gli eventi mortali e quelli per i quali ha luogo l'inchiesta giudiziaria a norma della legge degli infortuni sul lavoro; in quest'ultimo caso il termine di 30 (trenta) giorni decorre dal giorno in cui il Contraente ha ricevuto l'avviso per l'inchiesta. Deve poi dare notizia agli **Assicuratori** di ogni domanda o azione proposta dall'infortunato o chi per lui nonché dall'Istituto assicurativo interessato, trasmettendo tempestivamente tutto quanto riguarda la vertenza.

Al termine di ogni periodo assicurativo gli **Assicuratori** devono relazionare il Contraente sulla situazione aggiornata della sinistrosità.

Art. 12**COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI****12.1 - Assicurazioni stipulate dal Contraente**

Se un sinistro è coperto anche da altra assicurazione stipulata dallo stesso Contraente, l'assicurazione prestata con questa polizza opererà "a secondo rischio", vale a dire dopo che il massimale o i massimali previsti dall'altra assicurazione si sono esauriti, fermi in ogni caso i limiti e i sottolimiti di indennizzo stabiliti in questa polizza e applicabili al caso e ferme le franchigie convenute. (Articolo 16).

12.2 - Assicurazioni stipulate dall'Assicurato

Se un sinistro è coperto anche da altra assicurazione stipulata, con contratto individuale o collettivo, dal singolo medico o sanitario o da altro soggetto assicurato con questa polizza, si applicheranno i criteri dell'art. 1910 c.c. e questa assicurazione contribuirà al risarcimento nella dovuta proporzione, fermi in ogni caso limiti e i sottolimiti di indennizzo stabiliti in questa polizza e applicabili al caso e ferme le franchigie convenute (Articolo 16). Il disposto di questo articolo vale anche qualora l'assicurazione stipulata dal singolo Assicurato sia prestata a secondo rischio, essendo inteso che in nessun caso il presente contratto varrà a coprire il primo rischio con rinuncia ai criteri dell'art. 1910 c.c.

12.3 - Obbligo di avviso del sinistro a tutti gli Assicuratori

L'obbligo di comunicare agli **Assicuratori** la coesistenza di altra assicurazione sussiste soltanto in caso di sinistro. In entrambi i casi sopra previsti (articoli 12.1, 12.2), il Contraente o l'Assicurato sono tenuti a denunciare il sinistro a tutti gli **Assicuratori** interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 c. c., terzo comma.

Art. 13**GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI**

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

Le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato sono a carico degli **Assicuratori**, fino a concorrenza di un importo pari al quarto del limite o sottolimito di indennizzo stabilito in polizza per il danno a cui si riferisce la richiesta di risarcimento. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto limite o sottolimito, le spese vengono ripartite fra gli **Assicuratori** e l'Assicurato in proporzione al rispettivo interesse (art. 1917 c. c., terzo comma).



Qualora l'interesse degli Assicuratori alla gestione della lite cessi durante lo svolgimento del processo, le anzidette spese rimangono a carico degli stessi fino all'esaurimento del giudizio nel grado in cui esso si trova.

Gli Assicuratori non riconoscono spese sostenute dal Contraente o dall'Assicurato per legali e tecnici che non siano designati dagli Assicuratori stessi. Tuttavia, le altre obbligazioni degli Assicuratori permangono quando l'Assicurato si faccia assistere, a proprie spese, anche da legali di sua fiducia.

Art. 14**RIVALSA E SURROGAZIONE****14.1. - Diritto di surrogazione degli Assicuratori**

Ai sensi dell'art. 1916 c. c., gli Assicuratori sono surrogati, fino a concorrenza dell'indennizzo pagato o da pagare e delle spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di rivalsa spettanti al Contraente o all'Assicurato (definizioni di CONTRAENTE e ASSICURATO).

14.2 - Rinuncia alla surrogazione

Salvo il caso di dolo e sempreché il Contraente stesso non eserciti la rivalsa, gli Assicuratori rinunciano al predetto diritto di surrogazione, nei confronti dei soggetti di seguito elencati:

- associazioni, patronati ed enti in genere senza scopi di lucro, che possano collaborare con l'Assicurato per le attività indicate in questa polizza;
- eventuali altre categorie di personale non dipendente del Contraente, nei confronti delle quali sussista per legge l'obbligo della copertura assicurativa con oneri a carico del Contraente;
- soggetti disabili o handicappati, inseriti temporaneamente nella struttura per finalità di recupero;
- persone assistite nell'ambito dei programmi di inserimento educativo, socializzante, riabilitativo, terapeutico;
- minori in affidamento o comunque posti dalla Magistratura competente sotto la tutela o la sorveglianza dell'Assicurato.

Art. 15**FACOLTÀ DI RECESSO PER SINISTRO**

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, gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Tale articolo non si applica ai casi in cui sia stato attivato l'articolo 12 "ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE - PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI".

Art. 16**FRANCHIGIE****16.1 - Franchigia per ogni singolo medico e per ogni sinistro (Si vedano le definizioni di SINISTRO, SERIE DI SINISTRI, RICHIESTA DI RISARCIMENTO, FRANCHIGIA PER OGNI SINISTRO).**

L'assicurazione è prestata nell'intesa che, per ogni sinistro (definizioni di SINISTRO e RICHIESTA DI RISARCIMENTO) e per ogni serie di sinistri (definizione di SERIE DI SINISTRI), l'ammontare della franchigia stabilito nella Scheda di Polizza resti a carico dell'assicurato (articolo 9.1.A) che sia coinvolto per propria colpa e/o per fatto commesso da persone del cui operato sia legalmente tenuto a rispondere.

La trattazione e definizione di ogni sinistro, anche se rientrante in tutto o in parte nella franchigia, è condotta dagli Assicuratori a proprie spese tramite l'Ufficio Gestione Sinistri, con il concorso degli Uffici competenti del Contraente ove sia il caso. Si applicano i disposti degli articoli 11, 12, 13 e 14 che precedono.

16.1 - Franchigia aggregata e gestione della stessa (Si vedano le definizioni di FRANCHIGIA PER OGNI SINISTRO e FRANCHIGIA AGGREGATA)

L'assicurazione è prestata nell'intesa che una parte del rischio viene sostenuta dal Contraente



stesso a titolo di franchigia aggregata annua quale definita in questa polizza e quale quantificata nella Scheda di Polizza, al netto della franchigia per ogni singolo medico e per ogni sinistro (articolo 16.1).

Nel comune interesse, le Parti convengono di adottare le seguenti modalità per una gestione appropriata della franchigia aggregata, da svolgersi in reciproca collaborazione tra gli Uffici competenti del Contraente e l'Ufficio Gestione Sinistri nominato nella Scheda di Polizza:

1. All'inizio di ogni periodo assicurativo annuale il Contraente istituisce un apposito fondo per un ammontare pari alla franchigia aggregata. Il fondo è destinato esclusivamente al pagamento dei risarcimenti pertinenti al rispettivo periodo assicurativo ed è gestito dal Contraente stesso, con il concorso dell'Ufficio Gestione Sinistri, attraverso scritture contabili idonee a identificare in qualunque momento l'ammontare aggiornato dello stanziamento.
2. La trattazione e definizione di ogni sinistro, debitamente denunciato agli **Assicuratori**, è condotta dagli **Assicuratori** tramite l'Ufficio Gestione Sinistri, con il concorso degli Uffici competenti del Contraente. Si applicano i disposti degli articoli 11, 12, 13 e 14 che precedono.
3. L'Ufficio Gestione Sinistri comunica di volta in volta al Contraente l'ammontare dei singoli pagamenti da effettuare ai danneggiati a titolo di risarcimento e di rimborso delle spese dagli stessi sostenute, tenendo conto di eventuali altre assicurazioni che possano concorrere al risarcimento dei danni e della franchigia di cui all'articolo 16.1.
4. Ogni pagamento è effettuato quanto prima possibile e comunque non oltre i 30 (trenta) giorni lavorativi successivi alla presentazione di quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente.
5. Ogni pagamento va a ridurre il fondo della franchigia aggregata. Gli eventuali maggiori costi, dovuti a mancato pagamento, oppure a pagamento tardivo o parziale, oppure a risarcimenti e/o spese non previamente approvati dall'Ufficio Gestione Sinistri, restano a totale carico del Contraente e non vengono conteggiati ai fini della riduzione del fondo della franchigia aggregata.
6. Il fondo della franchigia aggregata, relativa a ciascun periodo assicurativo, dovrà essere mantenuto fino a quando il Contraente e l'Ufficio Gestione Sinistri avranno verificato che tutti i sinistri di quel periodo assicurativo sono definiti e pagati. Fatta questa verifica, se il fondo non è esaurito, il saldo rimanente viene incamerato dal Contraente.
7. Quando invece i pagamenti eseguiti esauriscano la franchigia aggregata, si estingue la parte di rischio sostenuta dal Contraente e tutti gli ulteriori risarcimenti per sinistri pertinenti al periodo assicurativo considerato saranno pagati per intero dagli **Assicuratori** fino a concorrenza dei limiti e sottolimiti di indennizzo convenuti e previa applicazione delle franchigie e degli scoperti previsti per le singole voci di rischio.
8. Qualora la franchigia aggregata annua non sia esaurita ma il saldo rimanente non sia sufficiente a pagare un determinato risarcimento, il Contraente provvederà a pagare a chi di diritto l'importo residuo del fondo e contestualmente gli **Assicuratori** pagheranno la differenza a loro carico.
9. A scelta del Contraente, il fondo della franchigia aggregata può essere affidato direttamente all'Ufficio Gestione Sinistri che lo gestisce a mezzo di un conto bancario fiduciario, separato e identificato, nel quale il Contraente, all'inizio di ogni periodo assicurativo, deve versare l'ammontare della franchigia aggregata. Le modalità utili ed

opportune per la tenuta del conto sono concordate direttamente tra il Contraente e l'Ufficio Gestione Sinistri.

10. Il costo del servizio dell'Ufficio Gestione Sinistri è a totale carico degli Assicuratori in ogni caso.

Se il periodo assicurativo considerato è inferiore all'anno intero (articolo 1, ultimo comma), l'importo della franchigia aggregata è calcolato in proporzione alla durata del periodo. Parimenti, in caso di proroga temporanea della durata di questo contratto per un periodo inferiore all'anno intero, l'importo della franchigia aggregata sarà calcolato in proporzione alla durata della proroga, con applicazione delle modalità che precedono.

La facoltà di recesso disciplinata dall'articolo 15 è valevole anche in caso di sinistro che interessi la franchigia.



ALTRE NORME CONTRATTUALI

Art. 17

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 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.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 18

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Se dalla Scheda di Polizza risulta che il premio è soggetto a regolazione in base ad elementi variabili, all'inizio di ogni periodo assicurativo il Contraente paga un premio provvisorio minimo, dovuto agli Assicuratori in ogni caso, calcolato applicando il tasso convenuto all'ammontare stimato di tali elementi variabili per quel periodo. Entro 90 (novanta) giorni dal termine del periodo assicurativo, il Contraente è tenuto a dichiarare per iscritto agli Assicuratori l'ammontare che tali elementi variabili hanno realmente registrato nello stesso periodo. Il premio effettivo è calcolato applicando lo stesso tasso all'ammontare così dichiarato.

Ricevuto l'atto di regolazione del premio, il Contraente deve pagare agli Assicuratori la differenza tra il premio effettivo e il premio provvisorio minimo, nei modi e nei termini stabiliti all'articolo 17 che precede.

Gli Assicuratori hanno diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, nei limiti consentiti dalla legge, e il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

Art. 19

ONERI FISCALI

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

Art. 20

VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dal Contraente e dagli Assicuratori.

Art. 21

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o 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, ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 c.c.

Art. 22

CLAUSOLA BROKER - FORMA DELLE COMUNICAZIONI AGLI ASSICURATORI

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

Gli Assicuratori hanno conferito al Coverholder indicato nella Scheda di Polizza l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza.

È convenuto pertanto che:

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

- Ogni comunicazione fatta dal Broker di Assicurazione o dall'Assicuratore sarà considerata come fatta dall'Assicurato;
- Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 20 che resta invariato e confermato.

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

Art. 23**FORO COMPETENTE**

Il foro competente per qualsiasi controversia è esclusivamente quello della sede legale del Contraente.

Art. 24**RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per l'interpretazione di questo contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni, disposizioni e definizioni contenute in questa polizza o alla stessa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino o della Stato Città del Vaticano.

Art. 25**CLAUSOLA BONUS MALUS**

Ad ogni scadenza contrattuale, previo preavviso di almeno 90 giorni e con riferimento alla sinistrosità pregressa relativa agli ultimi 3 (tre) anni con l'Assicuratore, è prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo.

ARTICOLI VALIDI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATI**Art. 26****COPERTURA PER IL DIRETTORE SANITARIO**

Ai fini della presente copertura di polizza, le parti concordano che la figura professionale del Direttore Sanitario viene equiparata a quella degli altri Assicurati della presente polizza, nel caso in cui venga richiamata espressamente sulla scheda di polizza.

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DEL RISCHIO CYBER

(Questa appendice prevale su qualsiasi altra disposizione prevista dal presente contratto di Assicurazione.)

- 1) Il presente contratto esclude qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo, spesa, multa, sanzione, costo di mitigazione o qualsiasi altro importo direttamente causato, derivante o risultante da:
 - a) Un **Attacco Cyber**;
 - b) Indisponibilità parziale o totale o guasto di qualsiasi **Sistema Informatico**;
a condizione che il **Sistema Informatico** sia di proprietà o controllato dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato; o

c) la ricezione o la trasmissione di malware, codici dannosi o simili da parte dell'Assicurato o di qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato.

d) qualsiasi guasto o interruzione del servizio fornito:

- i. all'Assicurato o qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato da un fornitore di servizi Internet, un fornitore di telecomunicazioni o un fornitore di servizi cloud, ad eccezione dell'hosting di hardware e software di proprietà dell'assicurato;
- ii. da qualsiasi fornitore di servizi, limitatamente al caso in cui tale mancanza di interruzione del servizio abbia un impatto su un **Sistema Informatico** posseduto o controllato dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato.

2) Qualunque copertura per i costi di ricostruzione o recupero di documenti persi, inaccessibili o danneggiati in possesso o controllo dell'Assicurato o di qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato in questo contratto, non si applicherà in caso di perdita, inaccessibilità o danneggiamento di **Dati** se conseguenza diretta o indiretta di un **Attacco Cyber**.

Ai fini della presente appendice si applicano le seguenti definizioni:

Per Sistema informatico si intende qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivo indossabile), server, cloud o microcontroller compreso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dei suddetti e compreso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati.

Per Attacco Cyber si intende un atto non autorizzato, dannoso o criminale o una serie di atti non autorizzati, dannosi o criminali correlati, indipendentemente dal tempo e dal luogo, o dalla loro minaccia o presunta minaccia, che comportino l'accesso, l'elaborazione, l'utilizzo o il funzionamento di qualsiasi **Sistema Informatico**.

Per Dati si intendono informazioni, fatti, concetti, codici o qualsiasi altro tipo di informazioni che vengono registrati o trasmessi in una forma che consenta l'utilizzo, l'accesso, l'elaborazione, la trasmissione o l'archiviazione da un sistema informatico. IL CONTRAENTE/ASSICURATO

Disposizioni da approvare specificatamente

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, ciascuna delle Parti dichiara

- a. di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma "**CLAIMS MADE**", a coprire i sinistri (definizioni di **SINISTRO**, **SERIE DI SINISTRI** e **RICHIESTA DI RISARCIMENTO**) che
 - I. si verifichino per la prima volta
 - II. e siano debitamente notificati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso della durata di questo contratto;
- b. di aver preso conoscenza e di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli di questa polizza:

Art. 1 - Durata del contratto – Facoltà di recesso ad ogni scadenza



Art. 2 - Validità territoriale e temporale dell'assicurazione – Retroattività – (Assicurazione nella forma "CLAIMS MADE")

Art. 7 - Esclusioni (comprese quelle dell'assicurazione Claims Made: 7.1, 7.2.a, 7.2.m) Art. 10 - Clausola Medici e/o Sanitari

Art. 12 - Coesistenza di altre assicurazioni Art. 15 - Facoltà di recesso per sinistro

Art. 16 - Franchigia aggregata e gestione della stessa

Art. 17 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

Art. 22 - Clausola Broker – Forma delle comunicazioni agli Assicuratori.

Art. 25 - Clausola BONUS MALUS

IL CONTRAENTE/ASSICURATO



ADDITIONAL CLAUSES:

CLAUSOLA DI LINGUA INGLESE

L'Assicurato dichiara di conoscere la lingua inglese e di avere quindi compiutamente ed inequivocabilmente compreso e valutato sia il contenuto letterale del presente contratto che la natura e l'estensione dei diritti e degli obblighi che le parti, al sensi di esso, acquistano o si assumono.

NMA2336 (Italy)

ENGLISH LANGUAGE CLAUSE (ITALY)

The Assured declares that he understands the English language and therefore has fully understood both the literal content of the present contract and the nature and extent of the rights and obligations which the parties acquire and assume thereunder.

NMA2336 (Italy)



EU LAW AND REGULATION CLARIFICATION CLAUSE (ON OR AFTER BREXIT)

In the case of any grant or exclusion or restriction of coverage in respect of the **Insured's** liability under or compliance with European Union law or regulation, following the United Kingdom's withdrawal from the European Union, any reference in this **Policy** to European Union law or regulation shall include equivalent domestic laws of England & Wales, Scotland and/or Northern Ireland or equivalent United Kingdom regulation.

If this clause conflicts with any other clause in the **Policy**, the terms of this clause shall prevail.

OUTSOURCING

The **Insured** acknowledges and expressly accepts that the **Insurer** shall be allowed to outsource certain services, activities or tasks to external providers that can be non-regulated and located outside of the Grand-Duchy of Luxembourg.

In this context, the **Insured** expressly accepts that his personal data such as his/her name, address, place and date of birth, tax residence, tax number, passport or ID card number, corporate name, date of establishment, address of its registered office, activity, number at the Trade and Companies Register, contact persons and any other information relative to the **Insured** and/or the beneficial owner and/or the authorized representative, that has been provided by the **Insured** to the **Insurer** ("Personal Data") and more generally all information relating to the Client's assets and funds are communicated to third parties to which the services have been outsourced (the "Service Provider").

The outsourced service provider is CNA Services (UK) Limited established in the UK and the **Insured** acknowledges having read and accepted such Service Provider.

The **Insured** shall be informed of every update or modification of the Service Provider in accordance with the modalities agreed upon between the **Insurer** and the **Insured**. The **Insured** also has a right of access to and rectification of his/her Personal Data by sending a mail to the Insurer, to the address of its registered office. Further information can be found at <https://www.cnahardy.com/privacy/home>

COMPLAINT PROCEDURE

The **Insurer** aims to provide the **Insured** with a first class service. However, there may be occasions when the **Insured** feels that this objective has not been achieved. Any enquiry or complaint by the **Insured** shall be directed as follows:

1. If the complaint is regarding the service received from the insurance advisor, the **Insured** should contact them directly.
2. If the complaint is relating to a **Claim** handled by CNA Insurance Company (Europe) S.A, or a claim handling agent appointed by CNA Insurance Company (Europe) S.A the **Insured** should contact The Claim Director at the "Claim Notification" address set out in the **Schedule** to the **Policy**.
3. If the complaint is regarding any other aspect of the service received from CNA Insurance Company (Europe) S.A please contact complaints@cnahardy.com The following information will be required with any complaint:

- a. **Policy** number and / or **Claim** reference number (if applicable);
 - b. The **Insured's** full name, address and telephone number;
 - c. Details of any previous correspondence relating to the matter;
 - d. The name of any claims handling organisation with whom the **Insured** has been dealing, and the reference number (if applicable); and
 - e. The nature and full details of the complaint.
4. The **Insured** shall receive an acknowledgement within 10 (ten) working days of receipt of the complaint, together with a detailed timetable of the actions the **Insurer** shall take to investigate / handle the complaint. The **Insurer** will provide an answer to the complaint without undue delay and in any case within a period which cannot exceed 1 (one) month following receipt of the complaint.
5. In the event the matter is still not resolved to the **Insured's** satisfaction, the **Insured** may be able to refer the matter to the Commissariat aux Assurances (CAA).
The address of the CAA is as follows:
 - Commissariat aux Assurances;
 - Boulevard Joseph II;
 - 1840 Luxembourg
6. The **Insured** may also be able to refer the matter to the following Luxembourg bodies:
Service National du Médiateur de la consommation:
 - Ancien Hôtel de la Monnaie,
 - 6, rue du Palais de Justice,
 - L-1841 Luxembourg
 - Telephone: (+352) 46 13 11
 - Email: info@mediateurconsommation.lu
 - Website: www.mediateurconsommation.lu
Médiateur en Assurances:
 - Association des Compagnies d'Assurances et de réassurances du Grand-Duché de Luxembourg (ACA), 12, rue Erasme,
 - L - 1468 Luxembourg
 - Telephone: (+352) 44 21 44 1mediateur
 - Email: @aca.lu
 - Website: <https://www.ulc.lu/fr/organes/detail.asp?T=2&D=descr&ID=6>
7. The **Insured** may also be able to refer the matter to the Financial Ombudsman Service (FOS) in the UK if the **Insured** is an eligible complainant as defined by the rules of the Financial Conduct Authority. An eligible complainant must be a person that is a:
 - a. consumer, or
 - b. micro enterprise, (that is an enterprise which employs fewer than 10 (ten) persons and has a turnover or annual balance sheet that does not exceed EUR 2 (two) million), or
 - c. charity which has an annual income of less than £6.5 million at the time the complainant refers the complaint to the respondent; or
 - d. trustee of a trust with a net asset value of less than GBP 5(five) million at the time the complainant refers the complaint to the respondent;
 - e. (in relation to CBTL Business) a CBTL consumer; or
 - f. small business at the time the complainant refers the complaint to the respondent; or
 - g. Guarantor
8. The FOS shall only consider a complaint if the **Insured** is an eligible complainant and if:
 - a. the **Insurer** has been given an opportunity to deal with the matter; and

- b. the **Insurer** has sent the Insured a final response letter and the Insured has referred the complaint to the FOS within 6 (six) months of the Insurer's final response letter, or
- c. the **Insurer** has not responded to the complaint with a decision within 8 (eight) weeks.

The contact details of the FOS are as follows:

- The Financial Ombudsman
- Service Exchange Tower
- London E14 9SR
- Telephone:
 - 0800 023 4567 (from a fixed line or mobile telephone)
 - +44 20 7964 0500 (from outside of the UK)
- Email: complaint.info@financial-ombudsman.org.uk
- Website: www.financial-ombudsman.org.uk

- 9. The existence of this Complaint Procedure does not affect any right of legal action the **Insured** may have against the **Insurer**

DATA PROTECTION NOTICE

Introduction: This is a concise version of the Insurer's Data Protection Notice. The full version is available here: www.cnahardy.com/privacy Personal Data means data which by itself or with other data available can be used to identify an individual. The Insurer shall process Personal Data that it obtains in connection with this Policy in accordance with its Data Protection Notice, or where applicable, the Data Protection Notice of its local branch operations in Europe (available at www.cnahardy.com) and as summarised herein. See www.cnahardy.com/privacy for our legal entity and branch office names and registered contact details. You must view this, including if the Insurers' company or branch who is processing your Personal Data is outside the UK (since local country requirements apply there). Please show it to all individuals whose Personal Data is processed by us and obtain their consents (where relevant). UK only: You can contact us at: DataProtectionOfficer@CNAHardy.com or write to our Data Protection Officer, General Counsel Department, 13th Floor, 20 Fenchurch Street, London, EC3M 3BY. For our office locations and contact details outside the UK: www.cnahardy.com/privacy If in the Policy documentation (as relevant) certain Personal Data is missing or if this proves to be inaccurate, we may not be able to administer the Policy. The Insurer ("we", "us", "it") may process Personal Data in order to arrange the Insured's insurance cover (including renewals and Claims), to comply with a legal requirement, to administer accounts, to provide customer service, to perform credit checks, to engage in fraud prevention and market our products and services. In addition, we may use it for the purposes more particularly described below.

Categories of Personal Data we collect (some of this is collected indirectly e.g. from brokers and intermediaries): We may collect your full name, home address, date of birth, other identification details such as the proof of identity and proof of address documentation; your contact information, including your work related email address and telephone number, your work address, and (if you are a director, partner or other legal or beneficial owner of the Insured) your home address; criminal conviction or offence details including any actual or suspected fraud, money laundering or other crimes.

The legal basis and purposes of use: The purposes of use include arranging the Insured's insurance cover (including communications about the Policy, for renewals and for administration/processing of Claims and of the Policy), for management and audit of our business operations including accounting, to verify identity/ies such as sole traders, directors, officers, partners and other legal or beneficial owners of the Insured, to perform fraud prevention and anti-money laundering checks, for establishment and defence of legal rights, to comply with legal or regulatory requirements, for other activities relating to the

prevention, detection and investigation of crime, to administer accounts and provide customer service, for market research and to market our products and services and those of our Group of companies.

The legal basis includes processing necessary to perform our obligations under the Policy (if you are the individual entering into that Policy with us – e.g. sole traders); processing necessary for our legitimate interests and those of our other companies and branches, including for our good governance obligations, monitoring emails and other communications (see below) and to administer the Policy; and processing necessary for compliance with our legal obligations or those of the relevant company or branch within CNA Hardy or to establish or defend legal claims or rights.

We may also process Personal Data based on your consent. For instance, if you request us to share it with other people or organisations; when we process special categories of personal data about you at your request (this is defined in the full version) and to send marketing communications where we have asked for consent to do so. You are free at any time to withdraw your consent. The consequence might be that our ability to administer the Policy is affected or that we cannot do certain things for you.

Data sharing: In order to arrange the **Insured's** insurance cover, or process any **Claims**, the **Insurer** may disclose Personal Data to other companies within its Group, its insurance partners and other third parties who act for the **Insurer** for further processing, brokers, intermediaries, agents, underwriters, loss adjusters, our legal and other professional advisers, government regulators and the Ombudsman, and other third parties and service providers who help us and our Group to operate our business; with regulatory authorities, courts and governmental agencies to comply with legal orders, legal or regulatory requirements and government requests; in the context of a sale of all or part of our group of companies or transfer of business assets; with Fraud Prevention Agencies and the Association of British Insurers (UK only) or equivalent industry bodies in your country. In some instances, it may be necessary to transfer Personal Data between the **Insurer's** European and international offices. This may include Personal Data being disclosed to legal or regulatory bodies in order to comply with diverse legal regulations, including those imposed on the **Insurer's** parent company based in the United States. The **Insurer** shall endeavour to ensure that any such data processed or disclosed is appropriately protected by technical and operational security measures and contractual measures where necessary.

International transfers: Your Personal Data will be transferred outside the UK and the European Economic Area, including to companies in our Group who are in the US. Some countries have applicable laws giving adequate protections for Personal Data. In others (including the US) steps will be necessary to ensure appropriate safeguards, such as contractual obligations of adequacy or requiring the recipient to subscribe or be certified with an 'international framework' of protection. U.S. defence and security authorities may gain access to your Personal Data.

Criteria used to determine the retention period: We will apply this criteria: retention in case of queries (e.g. in case of queries from you or the Insured); retention in case of claims (e.g. for the period in which the Insured might legally bring claims against us); and retention in accordance with legal and regulatory requirements (e.g. after the Policy has come to an end).

Identity verification and Fraud Prevention Checks: Your Personal Data will be shared with fraud prevention agencies who will use it to prevent fraud and money-laundering and to verify your identity. If fraud is detected, you could be refused certain services, finance or employment in future. It will be used to enable law enforcement agencies to access and use your Personal Data to detect, investigate and prevent crime. Fraud prevention agencies can hold your Personal Data for different periods of time, depending on how that data is being used. You can contact them for more information. If you are considered to pose a fraud or money laundering risk, they will keep it for up to six years.

Data Anonymisation: Your Personal Data may be converted into statistical or aggregated data which cannot be used to identify you, then used to produce statistical research and reports. This aggregated data may be shared and used in all the ways described above.

Direct Marketing: We will use your contact details to keep the Insured informed by post, telephone or e-mail of our additional products or services and developments in the insurance sector generally,

including after the Policy has lapsed. You can change your preferences or unsubscribe at any time – details will be in the message – alternatively email or write to us (see above).

Your rights under applicable data protection law: Your rights may include the following (noting that these rights do not apply in all circumstances and that data portability is only relevant from May 2018): the right to be informed about our processing of your Personal Data; the right to have your Personal Data corrected if it is inaccurate and to have incomplete personal data completed; the right to object to processing of your Personal Data; the right to restrict processing of your Personal Data; the right to have your Personal Data erased (the “*right to be forgotten*”); the right to request access to your Personal Data and information about how we process it; the right to move, copy or transfer your Personal Data (“*data portability*”); and rights in relation to automated decision making including profiling. You have the right to complain to the supervisory authority in your country who enforces data protection laws. In the UK see: <https://ico.org.uk/> For supervisory authorities in other countries see www.cnahardy.com/privacy.

Insurance market fraud monitoring system (UK only): We may submit your Personal Data into an insurance industry wide fraud monitoring system. This is an industry wide fraud database administered by a third party and used by other members of the insurance industry in the UK. Other members of the industry will see it if any fraud risk is identified. Questions about the

Insurer’s data protection practices should be directed to the Insurer at the details set out at the beginning of the Data Privacy Notice.

Date

Signature

.....

.....



FISCAL AND REGULATORY

TAX PAYABLE BY INSURERS:	NONE
COUNTRY OF ORIGIN:	Italy
OVERSEAS BROKER:	Exe Insurance Brokers SRL
ALLOCATION OF PREMIUM TO CODING:	100% - GM
REGULATORY CLIENT CLASSIFICATION:	Commercial Customer

Policy Number: (UMR) B177325D007885

SECURITY DETAILS

REFERENCES

UMR (Unique Market Reference): B177325D007885

Date contract printed to PDF: 16:45 28 July 2025

SIGNED UNDERWRITERS

CNA Hardy

Slip Leader

CNA / HARDY

100%
Written

1	0	5	8	8	4	6	0							
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

100%
Signed

14:50 28 July 2025
CNA Insurance Company (Europe) S.A., Luxembourg
Catia Meira
Bound