Assicurazione: Contratto di assicurazione a copertura della responsabilità civile professionale

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Documento predisposto a cura di DUAL Italia S.p.A.[1] nella sua qualità di "manufacturer de facto" per conto della Compagnia

Compagnia: Arch Insurance (EU) DAC

Prodotto: DUAL Professioni SuperEcoSisma Bonus

Data di realizzazione del DIP Danni: Ottobre 2020, ultima versione disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti. Ulteriori coperture ed esclusioni possono essere previste in appendici/estensioni concordate di volta in volta tra Assicurato ed Assicuratore

Che tipo di assicurazione è?

DUAL Professioni SuperEcoSisma Bonus è una polizza di Responsabilità Civile professionale che tutela il professionista nell'ambito dell'esercizio di attività di attestazione e asseverazione ai sensi dell'Art. 119 del D.L. 34/2020.
La polizza è in forma "claims made" e copre pertanto le richieste di risarcimento da parte di terzi nei confronti dell'assicurato avanzate per la prima volta durante il periodo di assicurazione e regolarmente denunciate agli assicuratori durante lo stesso periodo, o durante il periodo di postuma.

Che cosa è assicurato?

La polizza assicura:

- le richieste di risarcimento da parte di terzi relative ad errori dell'assicurato commessi nell'esercizio dell'attività di attestazione / asseverazione ai sensi dell'Art. 119 del D.L. 34/2020.
- le circostanze ovvero la notifica da parte dell'assicurato di atti, fatti e/o contestazioni che potrebbero dar luogo a richieste di risarcimento future. Le circostanze denunciate agli assicuratori durante il periodo di copertura garantiscono all'assicurato di poter trasmettere la successiva richiesta di risarcimento derivante da tale circostanza anche dopo la scadenza del periodo di assicurazione e pertanto anche nel caso in cui il contratto non fosse più in vigore
- le circostanze e le richieste di risarcimento da parte di terzi nei confronti dell'assicurato avanzate per la prima volta e regolarmente denunciate agli assicuratori durante il periodo successivo alla scadenza del periodo di assicurazione e riferite ad errori commessi durante il periodo di assicurazione o di retroattività (cosiddetta postuma).

In caso di decesso, cessazione definitiva dell'attività o cessazione degli effetti del decreto è inclusa la postuma automatica di 10 anni.

Che cosa non è assicurato?

La polizza non assicura richieste di risarcimento inerenti:

- attività diverse da quelle indicate nella scheda di polizza o non retribuite
- attività svolta in assenza di iscrizione ad un albo professionale
- circostanze e/o richieste di risarcimento esistenti prima od alla data di decorrenza della polizza
- circostanze e/o richieste di risarcimento notificate in base a precedenti polizze o ad altri assicuratori
- attività svolta con partita Iva differente da quella del contraente
- frode, atto o omissione dolosa
- obbligazioni di natura fiscale, contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo a carico dell'assicurato
- danni corporali o danni materiali
- responsabilità contrattuali volontariamente assunte
- inquinamento o contaminazione di qualsiasi tipo
- amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente l'amianto
- campi elettromagnetici (EMF)
- radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sostanze radioattive, tossiche, esplosive od altre proprietà pericolose, montaggio di esplosivi nucleari o relativi componenti nucleari
- guerra, atti terroristici
- omissioni nella stipulazione, modifica o rinnovo di contratti assicurativi, riassicurativi o fideiussioni e/o cauzioni o ritardi nel pagamento dei relativi premi

- insolvenza o fallimento dell'assicurato
- attività svolta in assenza di polizza di rc professionale ove obbligatoriamente prevista dalla legge
- danni corporali sofferti da persone impiegate presso l'assicurato
- rc prodotti
- contratti nei quali l'assicurato agisce come appaltatore
- possesso o proprietà di beni
- attività svolta in relazione a impianti/ strumentazioni in campo clinico/sanitario.

Ci sono limiti di copertura?

- Le franchigie, gli scoperti, le richieste di risarcimento/le perdite che eccedono i limiti di indennizzo e/o sottolimiti pattuiti come segue:
  - limite di indennizzo e franchigia indicati nel contratto
  - con riferimento alla clausola Terzietà, scoperto del 20%, min € 2.500 e max € 50.000
  - il limite di indennizzo non può essere inferiore ad € 500.000
- Sono escluse le richieste di risarcimento avanzate prima del periodo di assicurazione, successivamente alla scadenza e comunque derivanti da fatti illeciti commessi prima del periodo di retroattività (ove previsto).
- Errori connessi fra loro, continuati o ripetuti costituiscono un singolo errore e pertanto è applicata una sola franchigia e un unico limite di indennizzo per ciascun sinistro; due o più richieste di risarcimento da parte di un soggetto terzo riconducibili ad errori diversi sono considerati sinistri distinti e separati ai quali è applicato per ciascuno la franchigia prevista dal contratto.

Dove vale la copertura?

Sono coperte le richieste di risarcimento originate da errori commessi ovunque nel mondo con esclusione di USA e Canada.

Che obblighi ho?

L'assicurato è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori. Le informazioni, le dichiarazioni inesatte od incomplete e/o gli aggravamenti o mutamenti di rischio non noti o non accettati dagli assicuratori comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché il recesso dell'assicuratore dal contratto.
In caso di richiesta di risarcimento o circostanze deve inviare comunicazione scritta, entro 30 giorni agli assicuratori tramite l'intermediario.
L'assicurato deve comunicare per iscritto agli assicuratori l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi ad oggetto in tutto o in parte lo stesso rischio di cui alla polizza. In caso di richiesta di risarcimento, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori comunicando a ciascuno il nome degli altri. Qualora esistano altre assicurazioni per lo stesso rischio questo contratto opererà a 2° rischio e, quindi, per l'eccedenza dei limiti di indennizzo rispetto alla copertura delle altre polizze assicurative.

Quando e come devo pagare?

Il contratto prevede il pagamento annuale del premio in unica soluzione. Il pagamento del premio dovrà essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DUAL Italia Spa o all'intermediario.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza ha effetto dalle ore 24 del giorno ivi indicato se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. In caso di rinnovo tacito, se il contraente non paga il premio o le rate di premio relative al rinnovo, l'assicurazione di cui alla polizza resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Come posso disdire la polizza?

La disdetta può essere spedita, entro e non oltre 60 giorni prima del termine del periodo di assicurazione, alternativamente:

i. mediante raccomandata A/R, inviata all'intermediario o a DUAL Italia Spa;
ii. direttamente dal contraente a DUAL Italia Spa tramite PEC all'indirizzo disdette@legalmail.it.

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, il contraente può recedere con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno dalla presente polizza con preavviso di 90 giorni.

[1] Arch Insurance (EU) DAC ha conferito a DUAL Italia S.p.A. i poteri, fra gli altri, di sottoscrivere e gestire le polizze di assicurazione, di gestire le richieste di risarcimento degli assicurati nonché, più in generale, i rapporti con gli assicurati e gli altri intermediari coinvolti nella stipulazione del contratto.

Assicurazione: Contratto di assicurazione a copertura della responsabilità civile professionale

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

Documento predisposto a cura di DUAL Italia S.p.A.[1] nella sua qualità di "manufacturer de facto" per conto della Compagnia

Compagnia: Arch Insurance (EU) DAC

Prodotto: DUAL Professioni SuperEcoSisma Bonus

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: Ottobre 2020, ultima versione disponibile

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

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

Arch Insurance (EU) DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia

- Avente la sede legale in 2nd Floor Block 3 The Oval, 160 Shelbourne Road, Ballsbridge Dublin 4 (Irlanda)
- Numero di iscrizione nell'Albo delle Imprese di assicurazione: I.00164
- Codice IVASS impresa: D965R
- Sede secondaria in Italia: via Della Posta, 7, 20123 Milano (Italia);
- tel. 00353-16699700 /0039-02 806181; sito internet www.archcapgroup.com - selezionando Insurance>Regions>EU/EEA
- Regime di operatività in Italia: libertà di stabilimento
- Autorità di vigilanza competente: Central Bank of Ireland (CBI) con sede in New Wapping Street, North Wall Quay, Dublino 1 D01 F7X3, (Irlanda)
- L'ammontare del patrimonio netto di Arch Insurance (EU) DAC è pari a Euro 56.803.000, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a Euro 65.000.000 e la parte relativa alle riserve patrimoniali pari a Euro 2.517.000;
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) Euro 4.213.000;
- Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) Euro 16.851.000;
- Fondi propri ammissibili Euro 56.958.000;
- L'indice di copertura dei requisiti patrimoniali, quale rapporto tra fondi propri ammissibili e Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari al 339%;
- La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) si può consultare collegandosi al link www.archcapgroup.com

I dati patrimoniali di cui sopra si riferiscono al bilancio d'esercizio chiuso al 31/12/2017.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

La polizza assicura il professionista dalle richieste di risarcimento conseguenti ad errori commessi nell'ambito dell'esercizio dell'attività di attestazione / asseverazione ai sensi dell'Art. 119 del D.L. 34/2020 così come meglio specificato nel DIP danni.

La polizza include altresì:

- altre attività connesse alla medesima opera purchè consentite dalla legge e dall'Albo di riferimento
- perdita di documenti e valori
- trattamento di dati personali o errata consulenza in materia di privacy (GDPR)
- sanzioni fiscali e/o amministrative comminate a clienti
- dolo di soggetti di cui l'assicurato debba rispondere
- responsabilità amministrativa e amministrativo-contabile

L'impegno massimo degli assicuratori relativamente alle richieste di risarcimento da parte di terzi nei confronti dell'assicurato non può eccedere il limite di indennizzo indicato in polizza e concordato con il contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Estensione attività personale dei professionisti	Se il contraente è uno studio associato/società, l'opzione consente di assicurare l'attività esercitata con propria Partita Iva dai singoli professionisti associati/soci del contraente che alla stipula della polizza siano parte dello studio associato/società. L'opzione può essere attivata al momento della stipulazione della polizza indicandolo nel modulo di raccolta dati o direttamente all'intermediario e specificando oltre al fatturato dello studio associato/società il fatturato derivante dall'attività personale dei professionisti associati/soci. L'eventuale premio aggiuntivo relativo all'attivazione dell'opzione è determinato dall'entità del fatturato aggiuntivo dei professionisti associati/soci.

Che cosa non è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Che obblighi ho?

Cosa fare in caso di sinistro?	**In aggiunta agli obblighi indicati nel DIP si richiamano i seguenti** **Denuncia di sinistro**: In caso di richiesta di risarcimento o circostanza l'assicurato deve inviare comunicazione scritta entro 30 giorni, tramite l'intermediario, a DUAL Italia S.p.A., che gestisce i sinistri in nome e per conto degli assicuratori presso i seguenti recapiti: Via Edmondo De Amicis, 51 - 20123 Milano, fax 02-72080592, PEC dualitalia@legalmail.it o email a notificasinistri@dualitalia.com Al contrario, la notifica degli atti giudiziari deve essere fatta direttamente presso l'indirizzo degli assicuratori, pertanto presso Arch Insurance (EU) DAC in Via Della Posta, 7 - 20123 Milano
	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, pertanto a far data dalla notifica della richiesta di risarcimento all'assicurato. Nell'assicurazione della responsabilità civile il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha chiesto il risarcimento all'assicurato o contro cui ha promosso l'azione. La prescrizione non si applica in caso di circostanza.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze da parte dell'assicurato relative a situazioni tali che gli assicuratori non avrebbero dato il loro consenso alla stipula del contratto, o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, prevedono la totale o parziale perdita del diritto all'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	Gli assicuratori provvedono al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di liquidazione consensuale tra le parti debitamente firmato.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio di polizza deve essere versato agli assicuratori per il tramite dell'intermediario entro la decorrenza del contratto. Al rinnovo il premio resta invariato nel caso in cui il fatturato dell'assicurato non superi la fascia indicata nel contratto. In caso di incremento del fatturato oltre tale soglia, gli assicuratori applicano al rinnovo il premio relativo alla nuova fascia di fatturato, adeguando anche il limite di indennizzo. Il premio indicato in polizza è comprensivo di imposta. L'aliquota applicata è pari al 21,25 incrementata nella misura percentuale di un punto, secondo quanto previsto dal fondo di solidarietà per le vittime delle richieste estorsive e dell'usura.
Rimborso	In caso di recesso dal contratto di una delle parti, gli assicuratori rimborsano all'assicurato il premio imponibile, al netto delle imposte in proporzione al periodo di assicurazione non goduto. L'eventuale rimborso è corrisposto all'assicurato entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza è emessa per una durata minima di 12 mesi e per una durata massima di 18 mesi. Il contratto prevede il tacito rinnovo e alla scadenza gli assicuratori provvedono a trasmettere la quietanza relativa all'incasso del premio di rinnovo.
Sospensione	Se il contraente non paga il premio entro la data di decorrenza del contratto, la copertura assicurativa resta sospesa fino alle ore 24 del giorno del pagamento. Se il contraente non paga il premio o le rate di premio relative al rinnovo, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non applicabile al contratto.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a liberi professionisti, studi associati e società che svolgono l'attività di attestazione e asseverazione ai sensi dell'Art. 119 del D.L. 34/2020 (c.d. "Decreto Rilancio").

Quali costi devo sostenere?

Il premio lordo a carico del contraente comprende costi di intermediazione così composti:

- una quota pari al 14% circa del premio lordo costituisce le provvigioni dell'intermediario per il tramite del quale il contratto di assicurazione è stipulato
- una quota variabile fra 0% e 11% del premio lordo costituisce gli accessori, ovvero i costi inerenti (tra l'altro) alla gestione della polizza delegata dalla Compagnia al "manufacturer de facto"
- una quota pari a circa il 9% del premio lordo costituisce il compenso del "manufacturer de facto"

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Agli assicuratori possono essere indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o della gestione dei sinistri. I reclami possono essere inoltrati - utilizzando il modulo disponibile sul sito di Ivass (www.ivass.it) - per iscritto a: - Arch Insurance (EU) DAC, Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Della Posta n. 7, 20123, Milano all'attenzione del Rappresentante Generale - fax n. 00353-1 664 3749 (oppure fax n. 0039-02 80618201) - Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): archinsuranceeudac@legalmail.it Oppure a - Arch Insurance (EU) DAC, 2nd Floor Block 3 The Oval, 160 Shelbourne Road, Ballsbridge Dublin 4, Irlanda all'attenzione del Complaints Manager - fax n. 00353-1 664 3749

	I reclami devono contenere i seguenti dati: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico, denominazione degli assicuratori, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze. Gli assicuratori, ricevuto il reclamo devono fornire riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante. I reclami possono essere trasmessi anche agli intermediari assicurativi e agli intermediari iscritti nell'elenco annesso aventi ad oggetto il loro comportamento, incluso quello dei loro dipendenti e/o collaboratori. Gli indirizzi di tali soggetti sono reperibili sul sito dell'IVASS (https://servizi.ivass.it/RuirPubblica/ e https://servizi.ivass.it/RuirPubblica/SearchEA.faces). Gli intermediari iscritti nelle sezioni B, D del RUI e nell'elenco annesso, ricevuto il reclamo devono fornire riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante. Gli intermediari iscritti nella sezione A del RUI ricevuto il reclamo devono trasmetterlo senza ritardo agli assicuratori che dovranno fornire riscontro al reclamante entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante. Tale termine è sospeso per un massimo di 15 (quindici) giorni per le integrazioni istruttorie necessarie per reperire ogni informazione ritenuta utile e pertinente per la gestione del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS - utilizzando il modulo disponibile sul sito di IVASS (www.ivass.it) - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. I reclami che possono essere indirizzati all'IVASS possono essere indirizzati all'autorità di vigilanza dello stato di origine degli assicuratori e degli intermediari iscritti nell'elenco annesso, secondo le modalità previste da detta autorità. L'autorità di vigilanza dello stato di origine degli assicuratori è: - Central Bank of Ireland (CBI) con sede in New Wapping Street, North Wall Quay, Dublino 1 D01 F7X3, (Irlanda) - Tel: 00353 (0)1 224 6000 - Fax: 00353 (0)1 671 5550 - Email: enquiries@centralbank.ie - Sito internet: https://www.centralbank.ie/

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria (tra gli altri casi) per le controversie in materia di contratti assicurativi e finanziari.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato agli assicuratori.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile

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

[1] Arch Insurance (EU) DAC ha conferito a DUAL Italia S.p.A. i poteri, fra gli altri, di sottoscrivere e gestire le polizze di assicurazione, di gestire le richieste di risarcimento degli assicurati nonché, più in generale, i rapporti con gli assicurati e gli altri intermediari coinvolti nella stipulazione del contratto.

SOMMARIO

DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPRENSIONE DEL TESTO 2

SEZIONE A 7

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE: ALCUNE PREVISIONI CHE È IMPORTANTE CONOSCERE 7

SEZIONE B 9

2. COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO 9

3. COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI 10

3.1 CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI 10

3.2 CONDIZIONI OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA 12

4. CHE COSA NON ASSICURIAMO: LE "ESCLUSIONI" 12

ESCLUSIONI GENERALI 12

5. QUANDO LA POLIZZA CESSA DI OPERARE E QUANDO SI RINNOVA 15

6. LA POSTUMA 15

7. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA 16

SEZIONE C 17

8. COSA FARE IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO O IN CASO DI CIRCOSTANZA 17

DUAL *Professioni*
SuperEcoSisma Bonus

AVVERTENZA

Ai sensi dell'Articolo 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 9/2005) e dalle Linee Guida del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" del 6 febbraio 2018, decadenze, nullità, limitazioni di garanzie, oneri, rischi, obblighi a carico del CONTRAENTE e/o dell'ASSICURATO e periodi di sospensione della garanzia contenute nella presente POLIZZA sono evidenziate in "grassetto".

DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPRENSIONE DEL TESTO

I termini riportati in lettere maiuscole nella POLIZZA o nella SCHEDA DI POLIZZA allegata hanno il significato a loro attribuito di seguito:

LE PARTI

CONTRAENTE: la persona fisica, l'associazione professionale, lo studio associato o la società indicata nella SCHEDA DI POLIZZA, residente o con sede legale in Italia, che stipula l'assicurazione per conto proprio e/o per conto dell'ASSICURATO.

ASSICURATO: il CONTRAENTE indicato nella SCHEDA DI POLIZZA ed i suoi COLLABORATORI. In caso di associazione professionale o di studio associato o di società, per ASSICURATI si intendono anche i partner, i professionisti associati e tutti i soci, passati, presenti e futuri, **esclusivamente per l'attività svolta per conto e nel nome dell'associazione professionale o dello studio associato o della società.**

ASSICURATORI: i soggetti che prestano la copertura assicurativa indicati nella SCHEDA DI POLIZZA.

ALTRE DEFINIZIONI UTILI

ATTI TERRORISTICI: atti di forza e/o violenza:

i. verificatisi per ragioni politiche, religiose oppure altre ragioni; e/o
ii. diretti a rovesciare o influenzare un governo; e/o
iii. messi in atto a scopo di incutere paura alla popolazione o a parte di essa tramite persone che agiscono da sole o in nome e per conto o in collegamento a qualsiasi organizzazione.

CIRCOSTANZA:

i. **qualsiasi rilievo o contestazione diretti, scritti, espressi, riguardanti la condotta dell'ASSICURATO**, da cui possa trarre origine una RICHIESTA DI RISARCIMENTO;
ii. **qualsiasi atto o fatto di cui l'ASSICURATO sia a conoscenza** e che potrebbe dare luogo ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei suoi confronti.

COLLABORATORE: **qualsiasi persona fisica** che opera, ha operato od opererà per conto dell'ASSICURATO, ivi incluso il dipendente, praticante, apprendista, stagista, tirocinante nello svolgimento dell'attività professionale indicata nella SCHEDA DI POLIZZA e di cui l'ASSICURATO stesso debba rispondere.

COSTI E SPESE:	tutti i costi e le spese necessarie, **sostenute** da o in nome e per conto dell'ASSICURATO derivanti dall'investigazione, dalla difesa, dalla gestione e/o dalla transazione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO **con il consenso scritto degli ASSICURATORI.** **COSTI e SPESE non comprendono emolumenti o salari, provvigioni, spese o altri vantaggi ed indennità** dell'ASSICURATO e/o dei suoi COLLABORATORI.
DANNI CORPORALI:	qualsiasi lesione personale, morte, infermità di persone.
DANNI MATERIALI:	il pregiudizio economico conseguente a distruzione, perdita o deterioramento di cose (sia oggetti materiali, sia animali).
DECRETO	D.L. 34/2020 c.d. *Decreto Rilancio* e successive modifiche e integrazioni.
DOCUMENTI:	qualsiasi atto, testamento, contratto, planimetria, mappa, evidenza contabile, libro contabile, lettera, certificato, supporto dati per elaboratori elettronici, modulo e documento e quant'altro di simile scritto a mano o stampato o riprodotto in qualsivoglia forma la cui custodia sia stata affidata all'ASSICURATO.
DUAL ITALIA SPA:	l'Intermediario assicurativo iscritto nella sezione A del registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi di cui all'articolo 109 del D.Lgs. 209/2005 al n. A000167405 incaricato dagli ASSICURATORI della ricezione e trasmissione delle comunicazioni relative alla POLIZZA, di curare la gestione e la liquidazione delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO, di gestire e intrattenere i rapporti con i CONTRAENTI e gli ASSICURATI nonché con gli INTERMEDIARI che hanno contribuito all'intermediazione della POLIZZA. In caso di chiamata in garanzia i relativi atti dovranno essere notificati agli ASSICURATORI, al domicilio eletto indicato nella POLIZZA.
ERRORE:	qualsiasi atto colposo, azione od omissione posta in essere con negligenza, imperizia e imprudenza dall'ASSICURATO e inerente all'attività professionale indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.
FATTURATO:	il volume d'affari rilevabile dall'ultimo Modello Unico o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA, presentati presso i competenti uffici dell'Agenzia delle Entrate, relativo alla sola attività di attestazione/asseverazione di cui all'Art. 119 del D.L. 34/2020 ("Decreto Rilancio"). Per le società con esercizio fiscale diverso dall'anno solare il dato è rilevabile dall'ultima Dichiarazione IVA o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA. Per tutti i soggetti che non siano tenuti alla presentazione della Dichiarazione IVA, sia in forma unificata (quadro IVA nel Modello UNICO) che separata (Dichiarazione IVA), per FATTURATO si intende il totale dei compensi o il totale dei ricavi desumibili dalla dichiarazione dei redditi. Il FATTURATO si intende al netto di IVA.
INDENNIZZO:	la somma dovuta dagli ASSICURATORI ai sensi della presente POLIZZA.
INTERMEDIARIO:	il soggetto indicato nella SCHEDA DI POLIZZA autorizzato ad esercitare l'attività di intermediazione assicurativa in base alle leggi ed ai regolamenti applicabili.
LIMITE DI INDENNIZZO:	l'importo che rappresenta **l'obbligazione massima degli ASSICURATORI per ciascuna PERDITA ed in aggregato per ciascun PERIODO DI ASSICURAZIONE compresa l'eventuale POSTUMA**. Tale importo è specificatamente indicato nella SCHEDA DI POLIZZA.

PERDITA:

i. **l'obbligo di risarcimento dei danni** derivante da sentenze di condanna passate in giudicato, lodi arbitrati e/o transazioni autorizzate dagli ASSICURATORI, fermo restando che gli ASSICURATORI si impegnano a svolgere, finché ne hanno interesse, tutte le necessarie e opportune attività e valutazioni per determinare ed eventualmente liquidare la PERDITA prima della conclusione definitiva dei giudizi o dei procedimenti arbitrali promossi nei confronti degli ASSICURATI;
ii. **i costi e le spese sostenuti da un TERZO** che l'ASSICURATO sia tenuto a rimborsare per effetto di un provvedimento giudiziale, di un lodo arbitrale e/o di una transazione;
iii. **i COSTI E SPESE**

PERIODO DI ASSICURAZIONE: il periodo di efficacia della POLIZZA indicato nella SCHEDA DI POLIZZA.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione.

POSTUMA: il periodo di tempo immediatamente successivo alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE entro il quale l'ASSICURATO può notificare agli ASSICURATORI RICHIESTE DI RISARCIMENTO e/o CIRCOSTANZE manifestatesi per la prima volta dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE e riferite ad un ERRORE commesso o che si presuma sia stato commesso durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE e nel periodo di RETROATTIVITÀ.

PREMIO: la somma dovuta dal CONTRAENTE agli ASSICURATORI ai fini della garanzia assicurativa.

RETROATTIVITÀ: **il periodo di tempo compreso tra la data indicata nella SCHEDA DI POLIZZA alla voce RETROATTIVITÀ e la data di decorrenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.**

Rientrano nell'ambito di applicazione della POLIZZA le sole RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative a fatti o CIRCOSTANZE denunciati per la prima volta dall'ASSICURATO durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o la POSTUMA (se concessa) in conseguenza di ERRORI commessi o che si presuma siano stati commessi entro detto periodo di RETROATTIVITÀ.

I LIMITI DI INDENNIZZO in aggregato indicati nella SCHEDA DI POLIZZA non s'intendono in alcun modo incrementati per effetto della RETROATTIVITA'.

Come funziona la retroattività?

- In caso di retroattività illimitata, l'assicuratore tiene indenne l'assicurato dalle conseguenze di errori professionali commessi in qualsiasi momento anche prima della decorrenza del contratto, purché non noti a tale data.
- In caso di retroattività limitata, ad esempio 2 anni, l'assicuratore tiene indenne l'assicurato dalle conseguenze di errori professionali commessi fino a 2 anni prima la decorrenza del contratto. Errori professionali commessi in data antecedente, ad esempio 3 anni prima la decorrenza del contratto, non rientrano in copertura.
- In caso di retroattività pari alla data di decorrenza del contratto, l'assicuratore tiene indenne l'assicurato esclusivamente dalle conseguenze di errori professionali commessi durante il periodo di assicurazione; pertanto le conseguenze di qualsiasi errore professionale commesso prima della data di decorrenza contrattuale non rientrano in copertura.

RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

i. qualsiasi citazione in giudizio od altre domande giudiziarie dirette o riconvenzionali da parte di TERZI nei confronti dell'ASSICURATO volta ad accertare i danni subiti a causa di un ERRORE dell'ASSICURATO;
ii. qualsiasi contestazione scritta di terzi inviata all'ASSICURATO che presupponga un ERRORE.

Più RICHIESTE DI RISARCIMENTO riferite o riconducibili al medesimo ERRORE, anche se costituissero PERDITE a più soggetti reclamanti, **sono considerate un'unica RICHIESTA DI RISARCIMENTO** soggetta ad:

i. un unico LIMITE DI INDENNIZZO;
ii. un'unica SCOPERTO O FRANCHIGIA.

SCHEDA DI POLIZZA: il documento che riporta i dati e le informazioni relative all'attività professionale dell'ASSICURATO, il PERIODO DI ASSICURAZIONE, il LIMITE DI INDENNIZZO, il PREMIO ed eventuali dettagli delle garanzie prestate dalla POLIZZA.
La SCHEDA DI POLIZZA forma parte integrante della POLIZZA.
In caso di contrasto, le informazioni contenute nella SCHEDA DI POLIZZA prevalgono su quelle contenute nelle condizioni di assicurazione.

SCOPERTO O FRANCHIGIA: **l'importo percentuale o fisso per ciascuna PERDITA,** indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, e/o nelle condizioni di POLIZZA, **che rimane a carico dell'ASSICURATO e che non può essere a sua volta assicurato da altri.**
Pertanto per ogni PERDITA indennizzabile dalla POLIZZA gli ASSICURATORI pagano soltanto le somme eccedenti tale importo.

Come si applicano gli scoperti e le franchigie in caso di indennizzo?

Garanzia soggetta a franchigia:
- limite di indennizzo: € 500.000
- ammontare della perdita: € 150.000
- franchigia: € 2.500
- indennizzo: € 147.500

Garanzia soggetta a scoperto:
- limite di indennizzo: € 500.000
- ammontare della perdita: € 150.000
- scoperto: 10% con minimo € 500, massimo € 5.000
- il 10% della perdita: € 15.000, applicazione dello scoperto massimo
- indennizzo: € 145.000

Franchigia o scoperto in caso di perdita superiore al limite di indennizzo:
- limite di indennizzo: € 500.000
- ammontare della perdita: € 600.000
- franchigia: € 2.500 o in alternativa scoperto: 10% con minimo € 500, massimo € 5.000
- indennizzo: € 500.000

SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO: l'importo che rappresenta **l'obbligazione massima degli ASSICURATORI per ciascuna PERDITA ed in aggregato per ciascun PERIODO DI ASSICURAZIONE, relativo a garanzie specifiche incluse in POLIZZA**. **Il SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO non è da intendersi in aggiunta al LIMITE DI INDENNIZZO ma è una parte di esso e resta inteso che gli ASSICURATORI, in nessun caso sono obbligati a risarcire PERDITE dopo l'esaurimento del LIMITE DI INDENNIZZO.**

Come si applica il sottolimite di indennizzo?

Garanzia soggetta a sottolimite inferiore al limite di indennizzo:

- limite di indennizzo: € 500.000
- sottolimite di indennizzo: € 150.000
- ammontare della perdita: € 170.000
- indennizzo: € 150.000

Garanzia soggetta a sottolimite superiore al limite di indennizzo:

- limite di indennizzo: € 250.000
- sottolimite di indennizzo: € 500.000
- ammontare della perdita: € 300.000
- indennizzo: € 250.000

TERZO: qualsiasi soggetto, persona fisica e/o giuridica diversa dall'ASSICURATO o dai suoi COLLABORATORI.

Il termine TERZO esclude:

i. **il coniuge (che non sia legalmente separato), il convivente, i genitori, i figli dell'ASSICURATO e/o dei COLLABORATORI e qualsiasi altro familiare che risieda con l'ASSICURATO e/o con i COLLABORATORI;**
ii. **le imprese di cui l'ASSICURATO sia direttamente o indirettamente titolare, contitolare o socio di maggioranza**;
iii. qualunque soggetto che detenga una partecipazione diretto o indiretta nel capitale del CONTRAENTE e/o dell'ASSICURATO nei casi in cui questi siano persone giuridiche.

VALORI: qualsiasi somma di denaro, titolo e/o bene la cui custodia sia stata affidata all'ASSICURATO dai clienti di quest'ultimo.

SEZIONE A

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE: ALCUNE PREVISIONI CHE È IMPORTANTE CONOSCERE

1.1	ALLA STIPULA DELLA POLIZZA E' NECESSARIO FORNIRE INFORMAZIONI COMPLETE ED ESAURIENTI: "LE DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO"	Gli ASSICURATORI hanno determinato il PREMIO in base alle dichiarazioni dell'ASSICURATO, il quale è **obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli ASSICURATORI.** **Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze da parte dell'ASSICURATO relative a circostanze tali che gli ASSICURATORI non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile i quali prevedono la totale o parziale perdita del diritto all'INDENNIZZO.** **Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente POLIZZA.**
1.2	COSA FARE E COME OPERA LA POLIZZA IN PRESENZA DI ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE	**Qualora esistano altre assicurazioni per lo stesso rischio, la POLIZZA opera a 2° rischio e, quindi, per l'eccedenza dei limiti di indennizzo delle altre polizze assicurative.** **Il CONTRAENTE deve comunicare per iscritto agli ASSICURATORI l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi ad oggetto in tutto o in parte le stesse coperture della POLIZZA.** In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, il CONTRAENTE deve darne avviso a tutti gli assicuratori comunicando a ciascuno il nome degli altri (articolo 1910 del Codice Civile) ed è tenuto a richiedere a ciascuna di esse l'INDENNIZZO dovuto in relazione al rispettivo contratto considerato indipendentemente dagli altri. **Nel caso in cui la somma di tali richieste superasse l'ammontare della RICHIESTA DI RISARCIMENTO, ciascuna Assicuratore è tenuto a pagare esclusivamente la quota dovuta in base al proprio contratto, escludendo ogni obbligazione ulteriore e in solido con altri Assicuratori.** **Se il CONTRAENTE omette dolosamente di dare l'avviso di cui sopra, gli ASSICURATORI non sono tenuti a corrispondere l'INDENNIZZO**.
1.3	SE IL PREMIO NON E' PAGATO LA GARANZIA ASSICURATIVA NON OPERA: IL "PAGAMENTO DEL PREMIO"	La POLIZZA ha effetto dalle **ore 24 del giorno indicato in POLIZZA se il PREMIO o la prima rata di PREMIO sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento (articolo 1901 Codice Civile)** In caso di rinnovo tacito, se il CONTRAENTE non paga il PREMIO o le rate di PREMIO relative al rinnovo, **la POLIZZA resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, ferme le successive scadenze.
1.4	ONERI FISCALI	Gli oneri fiscali relativi alla POLIZZA sono a carico del CONTRAENTE.
1.5	COME SI MODIFICANO I CONTENUTI DELLA POLIZZA: "MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE"	Eventuali modifiche alla POLIZZA o cessioni di diritti ad essa relativi sono **valide ed efficaci solo se accettate per iscritto dagli ASSICURATORI** ed a fronte della emissione di una appendice alla POLIZZA.

1.6	AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	Il CONTRAENTE deve dare comunicazione scritta agli ASSICURATORI di ogni mutamento che comporti un aggravamento del rischio. In tal caso, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile "Aggravamento del Rischio" gli ASSICURATORI hanno il diritto di recedere dalla POLIZZA, oppure di proporre una nuova POLIZZA con differenti condizioni di assunzione del rischio. **Gli aggravamenti o mutamenti di rischio non noti o non accettati dagli ASSICURATORI possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO nonché il recesso degli ASSICURATORI dal contratto**.
1.7	DIMINUZIONE DEL RISCHIO	**Il CONTRAENTE ha interesse a comunicare agli ASSICURATORI ogni eventuale mutamento che produca una diminuzione del rischio assicurato.** Infatti, nel caso di diminuzione del rischio, gli ASSICURATORI sono tenuti a ridurre il PREMIO, a decorrere dalla scadenza della rata di PREMIO o dal PREMIO successivi alla comunicazione del CONTRAENTE ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile "Diminuzione del Rischio". Inoltre, gli ASSICURATORI rinunciano al proprio diritto di recesso previsto dal suddetto articolo.
1.8	DOVE NOTIFICARE GLI ATTI GIUDIZIARI AGLI ASSICURATORI: "ELEZIONE DI DOMICILIO"	**Gli atti giudiziari devono essere notificati agli ASSICURATORI a mezzo PEC: archinsuranceeudac@legalmail.it** o, in alternativa, al domicilio eletto presso: DLA Piper, Studio Legale Tributario Associato Via della Posta, 7 20123 Milano
1.9	COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA POLIZZA	Qualora la POLIZZA sia stipulata per il tramite di un INTERMEDIARIO iscritto nella Sezione B del R.U.I. (broker) - nel seguito "Il Broker" - con la sottoscrizione della presente POLIZZA, l'ASSICURATO prende atto e accetta quanto segue: i. ogni comunicazione da DUAL ITALIA SPA al Broker si considera effettuata all'ASSICURATO; ii. ogni comunicazione a DUAL ITALIA SPA dal Broker si considera effettuata dall'ASSICURATO; iii. ogni comunicazione da DUAL ITALIA SPA al Broker e/o all'ASSICURATO si considera effettuata dagli ASSICURATORI; iv. ogni comunicazione a DUAL ITALIA SPA dal Broker e/o dall'ASSICURATO si considera effettuata agli ASSICURATORI.
1.10	FORO COMPETENTE	**Per ogni controversia avente ad oggetto il pagamento di premi insoluti** è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria del Comune presso cui ha sede legale DUAL ITALIA S.P.A.
1.11	LEGGE APPLICABILE	Per tutto quanto non è diversamente regolato nella presente POLIZZA si applica la legge italiana.
1.12	MISURE RESTRITTIVE (SANCTION LIMITATION EXCLUSION CLAUSE)	**Gli ASSICURATORI sono esonerati dall'obbligo di prestare la copertura assicurativa e di indennizzare qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO e comunque ad eseguire qualsiasi prestazione in forza della presente POLIZZA se e nella misura in cui tale copertura, pagamento di INDENNIZZO od esecuzione di tale prestazione esponga gli ASSICURATORI o i loro riassicuratori a sanzioni, divieti o restrizioni in base a risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni di natura commerciale od economica in base a leggi o regolamenti di qualunque paese dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.**

SEZIONE B

2. COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO

2.1	OGGETTO DELLA POLIZZA	A fronte del pagamento del PREMIO convenuto, gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO di ogni PERDITA conseguente ad un ERRORE involontariamente commesso **esclusivamente nello svolgimento dell'attività di attestazione / asseverazione di cui all'Art. 119 del DECRETO**.
2.2	CLAUSOLA *CLAIMS MADE*: COPERTURA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO	La POLIZZA è prestata nella forma *Claims Made*, essa pertanto **copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO da parte di TERZI conseguenti ad ERRORI commessi durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di RETROATTIVITÀ, avanzate per la prima volta nei confronti dell'ASSICURATO nel PERIODO DI ASSICURAZIONE e da questi regolarmente denunciate agli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, o durante la POSTUMA (se concessa).**
2.3	LE CIRCOSTANZE	La POLIZZA copre altresì le **RICHIESTE DI RISARCIMENTO da parte di TERZI conseguenti a CIRCOSTANZE di cui l'ASSICURATO venga a conoscenza per la prima volta nel PERIODO DI ASSICURAZIONE, purché debitamente denunciate agli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, o durante la POSTUMA (se concessa) e relative ad ERRORI commessi durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o durante la RETROATTIVITÀ.** **In particolare, per effetto della comunicazione di una CIRCOSTANZA agli ASSICURATORI nei termini previsti dalla POLIZZA, l'eventuale successiva RICHIESTA DI RISARCIMENTO derivante da o attribuibile a tale CIRCOSTANZA ricade nell'ambito di operatività della POLIZZA anche dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE e/o della POSTUMA (se concessa).**
2.4	LIMITE DI INDENNIZZO	In ottemperanza a quanto stabilito dall'Art.119 del DECRETO il LIMITE DI INDENNIZZO **indicato nella SCHEDA DI POLIZZA costituisce il massimo esborso per gli ASSICURATORI in relazione a RICHIESTE DI RISARCIMENTO che dovessero pervenire nei confronti dell'ASSICURATO durante la POLIZZA.** **L'ASSICURATO dichiara, e gli ASSICURATORI ne prendono atto, che il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA è adeguato:** i. al numero delle attestazioni / asseverazioni rilasciate; ii. agli importi degli interventi oggetto delle attestazioni / asseverazioni di cui al precedente punto *i*. Qualora una RICHIESTA DI RISARCIMENTO sia coperta dalla POLIZZA e da altre polizze stipulate dall'ASSICURATO con gli assicuratori, per il tramite di DUAL Italia S.p.A, la massima somma indennizzabile è da intendersi pari al LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA. E' escluso il cumulo dei LIMITI DI INDENNIZZO.

Quando si attiva la polizza e come funziona la clausola claims made?

La polizza si attiva al momento della comunicazione dell'assicurato all'assicuratore della richiesta di risarcimento da parte del terzo danneggiato, pertanto le relative garanzie assicurative opereranno anche diverso tempo dopo che il professionista abbia commesso l'errore, purché:

- l'errore non fosse noto al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo
- il contratto abbia retroattività illimitata o comunque più estesa del periodo di polizza.

Come funziona la copertura delle circostanze?

Se l'assicurato si accorge di aver commesso un errore prima ancora di aver ricevuto una richiesta danni da parte del terzo danneggiato, ha la facoltà di comunicarlo in via precauzionale agli assicuratori.
In tale caso, la successiva richiesta di risarcimento, derivante dall'errore rientrerebbe in garanzia anche qualora:

- la polizza sia scaduta
- l'assicurato non sia più coperto da analogo contratto assicurativo.

- ATTENZIONE: le circostanze note all'assicurato prima della stipula del contratto, e le successive richieste di risarcimento, rimangono escluse dalla copertura assicurativa.

3. COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI

3.1 CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI

Ferme le condizioni, esclusioni e limitazioni tutte della POLIZZA, quest'ultima include altresì le seguenti garanzie:

3.1.1	TERZIETA'	Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative all'attività indicata nella SCHEDA DI POLIZZA anche nel caso in cui l'ASSICURATO abbia svolto altre attività in connessione alla medesima opera, purché consentite dall'Albo professionale di riferimento e dalla normativa nazionale e locale vigente. **La copertura, nel caso sopra descritto, opera con l'applicazione di uno SCOPERTO del 20%, min € 2.500 e max € 50.000.**
3.1.2	PERDITA DOCUMENTI E VALORI	Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative a danneggiamento, perdita o distruzione di DOCUMENTI e/o VALORI la cui custodia sia stata affidata all'ASSICURATO. La garanzia include costi e spese sostenuti dall'ASSICURATO per sostituire o ripristinare tali DOCUMENTI e/o VALORI, **a condizione che egli fornisca le fatture o le ricevute di costi e spese.** Con riferimento ai VALORI, la presente garanzia è soggetta ad un **SOTTOLIMITE di INDENNIZZO pari a € 2.500,00 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO ed in aggregato annuo** e senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA.
3.1.3	CODICE PRIVACY (Regolamento europeo generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 – il "Regolamento Privacy")	Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative ad errato trattamento di dati personali (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, protezione, utilizzo, comunicazione, diffusione e cancellazione) o comunque errata consulenza in materia di privacy. La garanzia è prestata nell'ambito del LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA e include le conseguenze degli ERRORI commessi dall'ASSICURATO nell'ambito dello svolgimento di incarichi di Data Protection Officer per conto dei propri clienti. La presente garanzia **opera a secondo rischio e quindi ad integrazione e dopo esaurimento dei massimali di eventuali altre coperture (se esistenti), aventi ad oggetto garanzie in tutto o in parte previste dalla POLIZZA**, compresi i contratti assicurativi Cyber, a copertura dagli attacchi informatici.
3.1.4	SANZIONI DI TERZI	Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative a sanzioni fiscali e/o amministrative comminate a clienti dell'ASSICURATO per un ERRORE commesso dall'ASSICURATO stesso.
3.1.5	DOLO DI SOGGETTI DI CUI l'ASSICURATO DEBBA RISPONDERE	Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative ad atti dolosi commessi nello svolgimento dell'attività professionale dei soggetti del cui operato l'ASSICURATO sia legalmente tenuto a rispondere, fatti salvi ed impregiudicati i diritti di surrogazione. **La garanzia opera a parziale deroga dell'esclusione FATTI DOLOSI E FRAUDOLENTI che segue.**
3.1.6	SPESE DI SALVATAGGIO	Gli ASSICURATORI coprono le spese e i costi sostenuti dall'ASSICURATO al fine di prevenire o mitigare una RICHIESTA DI RISARCIMENTO conseguente ad un ERRORE dell'ASSICURATO, purché: **i. l'ASSICURATO comunichi preventivamente agli ASSICURATORI l'ERRORE e l'ammontare delle spese e dei costi necessari per prevenire o mitigare il danno;** **ii. la comunicazione venga fatta durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o durante la POSTUMA (se concessa);** **iii. spese e costi siano debitamente documentati da fatture o altri analoghi documenti.** La garanzia è operante **esclusivamente** nel caso in cui gli ASSICURATORI

ritengano che le spese e i costi sostenuti annullino o limitino l'ammontare della RICHIESTA DI RISARCIMENTO.

Resta inteso che per spese e costi non si intendono i costi fissi dell'ASSICURATO, quali i salari e gli stipendi per lavoro ordinario o straordinario, i premi di produzione, le gratifiche o analoghi compensi, e le retribuzioni a professionisti per loro prestazioni ordinariamente fornite all'ASSICURATO.

3.1.7 RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO - CONTABILE

Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti a PERDITE cagionate alla Pubblica Amministrazione e/o all'Erario con responsabilità amministrativa e amministrativo - contabile (cosiddetta colpa grave) in conseguenza di ERRORI commessi dall'ASSICURATO nell'esercizio delle proprie funzioni e quale responsabile ai sensi di legge per effetto di decisioni della Corte dei Conti.

Che cos'è la responsabilità amministrativa e amministrativo-contabile?

Nel caso in cui il professionista svolga la propria attività per conto di enti pubblici e arrechi un danno patrimoniale all'ente medesimo o ad un alto ente pubblico, può incorrere nella responsabilità amministrativa e/o amministrativo-contabile sulla quale ha giurisdizione la Corte dei Conti. Al fine di potersi tutelare rispetto alla responsabilità amministrativa, il professionista ha la facoltà di attivare la copertura della responsabilità amministrativa e/o amministrativo-contabile.

3.2 CONDIZIONI OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA

Ferme le condizioni, esclusioni e limitazioni tutte della POLIZZA, quest'ultima può offrire le seguenti ulteriori garanzie:

3.2.1 ESTENSIONE ATTIVITA' PERSONALE DEI PROFESSIONISTI

Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti allo svolgimento dell'attività esercitata con propria Partita Iva dai singoli professionisti associati/soci che all'atto della stipulazione della POLIZZA siano parte dello studio associato/società CONTRAENTE.
La garanzia opera (i) qualora **il FATTURATO dichiarato dal CONTRAENTE e indicato nella SCHEDA DI POLIZZA comprenda anche il FATTURATO derivante dall'attività esercitata individualmente dai singoli professionisti associati/soci;** (ii) anche nei confronti di nuovi professionisti associati/soci che entrano a far parte dello studio associato/società e di professionisti associati/soci che subentrano alle persone precedentemente assicurate nello studio associato/società durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, **purché ne sia data tempestiva comunicazione agli ASSICURATORI.**

La presente estensione opera a parziale deroga dell'esclusione ATTIVITA' SVOLTA CON PARTITA IVA DIFFERENTE che segue.

4. CHE COSA NON ASSICURIAMO: LE "ESCLUSIONI"

La POLIZZA non copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO che si basino su, che traggano origine da, che risultino direttamente o indirettamente quale conseguenza di, o che comunque riguardino:

ESCLUSIONI GENERALI

4.1 **ATTIVITÀ DIVERSE O NON RETRIBUITE**

i. attività diversa da quella/e indicata/e nella SCHEDA DI POLIZZA, o attività svolte a titolo gratuito;
ii. attività svolta in assenza dei requisiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti che disciplinano l'attività assicurata.

4.2 **ASSICURATO NON ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE**

attività svolta dall'ASSICURATO che non sia iscritto all'albo professionale od autorizzato dalle autorità competenti (ove previsto) ad esercitare l'attività indicata nella SCHEDA DI POLIZZA o la cui attività o autorizzazione sia stata

negata, sospesa cancellata o revocata dalle autorità competenti. In questi casi la copertura assicurativa viene automaticamente sospesa in relazione agli ERRORI commessi successivamente alla data in cui tale decisione è stata deliberata, senza tener conto della data di ricevimento della relativa comunicazione da parte dell'ASSICURATO.
La POLIZZA mantiene la sua efficacia rispetto a RICHIESTE DI RISARCIMENTO riferite ad ERRORI commessi prima della data di delibera, purché l'ASSICURATO abbia dato avviso entro 7 giorni dalla data di efficacia della delibera stessa agli ASSICURATORI consegnando copia della relativa documentazione.

La POLIZZA è automaticamente riattivata alla revoca della delibera da parte delle autorità competenti oppure allo scadere del termine di sospensione dall'esercizio della professione, sebbene gli ASSICURATORI abbiano facoltà di:

i. recedere dalla POLIZZA dando 90 giorni di preavviso;
ii. mantenere in vigore la POLIZZA fino alla sua scadenza originaria in relazione alla sola notifica delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO per ERRORI commessi prima della delibera delle autorità competenti.

4.3	**FATTI NOTI**	CIRCOSTANZE e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO esistenti prima od alla data di decorrenza della POLIZZA che l'ASSICURATO conosceva o delle quali poteva avere conoscenza, atte a generare una successiva RICHIESTA DI RISARCIMENTO.
4.4	**CIRCOSTANZE E/ O RICHIESTE DI RISARCIMENTO GIÀ NOTIFICATE**	CIRCOSTANZE e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO già notificate dall'ASSICURATO agli ASSICURATORI in base a precedenti polizze o ad altri assicuratori.
4.5	**ATTIVITA' SVOLTA CON PARTITA IVA DIFFERENTE**	attività svolta con Partita Iva diversa da quella del CONTRAENTE e/o svolta presso una società, un'associazione professionale od uno studio associato diversi dal CONTRAENTE.
4.6	**FATTI DOLOSI E FRAUDOLENTI**	frode, atto doloso od omissione disonesta posti in essere dall'ASSICURATO.
4.7	**MULTE, AMMENDE E/ O SANZIONI DIRETTE**	obbligazioni di natura fiscale, contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo, penalità, sovrattasse, sanzioni inflitte direttamente all'ASSICURATO o per le conseguenze del loro mancato pagamento.
4.8	**DANNI CORPORALI O DANNI MATERIALI**	DANNI CORPORALI o DANNI MATERIALI, determinati da fatti non direttamente imputabili ad un obbligo di natura professionale dell'ASSICURATO.
4.9	**RESPONSABILITA' NON PROFESSIONALI**	responsabilità volontariamente assunte dall'ASSICURATO a seguito di impegni, accordi e/o garanzie espressi, salvo che tali responsabilità derivino comunque da disposizioni di legge e/o di regolamento relativi alla professione anche in assenza di tali impegni, accordi e/o garanzie.
4.10	**INQUINAMENTO**	inquinamento o contaminazione di qualsiasi tipo.
4.11	**AMIANTO**	amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto.
4.12	**CAMPI ELETTROMAGNETICI**	campi elettromagnetici (EMF).

4.13	**RADIAZIONI, CONTAMINAZIONI E/ O SCORIE NUCLEARI**	i. radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva che traggano origine da radioattività derivante da qualsiasi combustibile nucleare o da scorie nucleari generate da combustibile nucleare; ii. sostanze radioattive, tossiche, esplosive od altre proprietà pericolose, montaggio di esplosivi nucleari o relativi componenti nucleari.
4.14	**GUERRA, ATTI TERRORISTICI**	guerra, invasione, atti di nemici esteri, ostilità e operazioni belliche (in caso di guerra dichiarata o non), guerra civile, ribellione, insurrezione, sommosse popolari di portata pari a, o costituenti rivolta o colpo di stato politico o militare), o ATTI TERRORISTICI. Sono inoltre escluse dalla POLIZZA PERDITE, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o connessi ad azioni finalizzate al controllo, alla prevenzione o alla soppressione di quanto sopra indicato e comunque a ciò relativo. Nel caso in cui gli ASSICURATORI affermino che, in base alla presente esclusione, qualsiasi PERDITA, danno, costo o esborso non sia coperto dalla presente assicurazione, l'onere di fornire prova contraria grava sull'ASSICURATO. L'eventuale nullità o inapplicabilità parziale della presente esclusione non comporta la nullità totale della clausola stessa, che rimane valida ed efficace per la parte restante.
4.15	**FATTI RELATIVI ALLA GESTIONE DI ASSICURAZIONI**	PERDITE conseguenti a omissioni nella stipulazione o modifica di assicurazioni o ritardi nel pagamento dei relativi premi.
4.16	**INSOLVENZA O FALLIMENTO**	insolvenza o fallimento dell'ASSICURATO.
4.17	**ASSENZA DI COPERTURA RC PROFESSIONALE**	attività svolta dall'ASSICURATO che, in contrasto con gli obblighi di legge, non abbia stipulato e non abbia in corso una polizza di responsabilità civile per i rischi derivanti dall'esercizio della professione.

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER L'ATTIVITÀ PROFESSIONALE ASSICURATA

4.18	**DANNI CORPORALI SOFFERTI DA PERSONE IMPIEGATE PRESSO L'ASSICURATO**	DANNI CORPORALI sofferti da qualsiasi persona a seguito o nel corso del suo impiego presso l'ASSICURATO con qualsiasi contratto o incarico.
4.19	**RC PRODOTTI**	beni o prodotti venduti, forniti, riparati, modificati, installati o rispetto ai quali è prestata assistenza, da parte dell'ASSICURATO o da parte di sub-appaltatori dell'ASSICURATO.
4.20	**CONTRATTI DI APPALTO**	contratti di appalto nei quali l'ASSICURATO agisce come appaltatore, fatti salvi i contratti di appalto che abbiano ad oggetto esclusivamente attività professionali garantite dalla POLIZZA.

QUALI SONO I CONTRATTI DI APPALTO ESCLUSI?

I contratti di appalto esclusi sono quelli che hanno ad oggetto appalti integrati con consegna dell'opera chiavi in mano, che l'assicurato sottoscrive in qualità di appaltatore e che a sua volta subappalta ad altri soggetti.

Pertanto nel caso in cui il contratto di appalto includa attività diverse da quelle coperte dalla polizza, ad esempio attività di costruzione o produzione, la polizza non opera, neanche nel caso in cui il danno al cliente sia provocato da errori di progettazioni imputabili all'assicurato.

Viceversa, nel caso in cui il contratto di appalto includa esclusivamente attività di progettazione o comunque attività coperte dalla polizza, alcune delle quali subappaltate ad altri professionisti, l'esclusione non si applica e in caso di sinistro la polizza si attiva.

4.21	**POSSESSO O PROPRIETÀ DI BENI**	Il possesso, la proprietà o l'utilizzo da parte di o per conto dell'ASSICURATO di terreni, fabbricati, aeromobili, barche, navi o veicoli a propulsione meccanica.
4.22	**ATTIVITA' IN AMBITO CLINICO/SANITARIO**	attività svolta in relazione a impianti/strumentazioni in campo clinico/sanitario.

5. QUANDO LA POLIZZA CESSA DI OPERARE E QUANDO SI RINNOVA

5.1 CESSAZIONE

Salvo l'applicabilità della POSTUMA**, questa POLIZZA cessa con effetto immediato** in caso di:

i. scioglimento della società, dello studio associato o dell'associazione professionale CONTRAENTE;
ii. cessazione dell'attività del CONTRAENTE;
iii. morte del CONTRAENTE;
iv. fusione od incorporazione della società, dello studio associato o dell'associazione professionale;
v. liquidazione del CONTRAENTE;
vi. cessione del ramo di azienda del CONTRAENTE a terzi.

In tutti i casi sopra elencati la POLIZZA copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO e le CIRCOSTANZE notificate agli ASSICURATORI che possono dare origine ad una PERDITA dopo la data di cessazione e fino alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, **ma esclusivamente in relazione ad ERRORI commessi prima della data di cessazione.**

5.2 DIRITTO DI RECESSO

Dopo ogni notifica di RICHIESTA DI RISARCIMENTO e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'INDENNIZZO, gli ASSICURATORI o il CONTRAENTE possono recedere con lettera raccomandata A/R o PEC dalla POLIZZA con preavviso di 90 giorni.

Solo in caso di esercizio del recesso da parte degli ASSICURATORI, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, è previsto il rimborso al CONTRAENTE della parte di PREMIO relativa al PERIODO DI ASSICURAZIONE pagato e non goduto, al netto dell'imposta.

5.3 RICHIESTE DI RISARCIMENTO FRAUDOLENTE - CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

Qualora gli ASSICURATI presentino o provochino dolosamente una RICHIESTA DI RISARCIMENTO falsa o fraudolenta riguardo ad una PERDITA, rappresentino dolosamente una falsa ed eccessiva quantificazione del danno e/o dichiarino fatti non rispondenti al vero, producano documenti falsi, occultino prove, ovvero agevolino illecitamente gli intenti fraudolenti di terzi, **perdono il diritto ad ogni INDENNIZZO ed il presente contratto è automaticamente risolto senza alcuna restituzione di PREMIO, fermo restando il diritto degli ASSICURATORI alla rivalsa contro gli ASSICURATI per INDENNIZZI già pagati e comunque per il risarcimento di ogni danno subito.**

5.4 PROCEDURE DI RINNOVO

Il presente contratto si intende senza tacito rinnovo e scadrà automaticamente allo spirare del PERIODO DI ASSICURAZIONE, fatto salvo il caso in cui sia stato concesso un periodo di POSTUMA, nel qual caso il contratto stesso terminerà alla scadenza di detto periodo.

Le condizioni di rinnovo saranno valutate dagli ASSICURATORI al ricevimento di una nuova una nuova richiesta di quotazione.

REGOLAZIONE PREMIO

Se il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA è inferiore o pari ad € 1.500.000 non è prevista alcuna regolazione premio.

Se il LIMITE DI INDENNIZZO è superiore ad € 1.500.000, è prevista la regolazione premio qualora, alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, il FATTURATO è aumentato e ricada nella fascia successiva a quella indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.

Le fasce di FATTURATO sono da intendersi le seguenti:

i. fino a € 50.000;
ii. da € 50.001 ad € 100.000;
iii. da € 100.001 ad € 150.000;
iv. da € 150.001 ad € 200.000;
v. oltre € 200.000.

Il premio di regolazione è pari alla differenza tra l'ultimo PREMIO versato e quello previsto per la nuova fascia di FATTURATO in base alle tabelle che seguono:

CONTRAENTE assicurato per la responsabilità civile professionale per il tramite di DUAL ITALIA SPA

LIMITE DI INDENNIZZO	€ 50.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000
€ 2.000.000	€ 550	€ 630	€ 720	€ 830
€ 2.500.000	€ 610	€ 690	€ 800	€ 920
€ 3.000.000	€ 660	€ 760	€ 870	€ 1.000

CONTRAENTE non assicurato per la responsabilità civile professionale per il tramite di DUAL ITALIA SPA

LIMITE DI INDENNIZZO	€ 50.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000
€ 2.000.000	€ 660	€ 750	€ 860	€ 990
€ 2.500.000	€ 730	€ 830	€ 960	€ 1.100
€ 3.000.000	€ 790	€ 910	€ 1.050	€ 1.200

In caso di FATTURATO superiore a € 200.000 la determinazione del PREMIO di regolazione è a cura della direzione di DUAL ITALIA SPA.

Il CONTRAENTE ha l'obbligo di comunicare il FATTURATO aggiornato entro 30 giorni successivi alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE. In assenza di tale comunicazione, **in caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'INDENNIZZO è ridotto nella proporzione esistente tra l'importo pagato e il PREMIO effettivamente dovuto**.

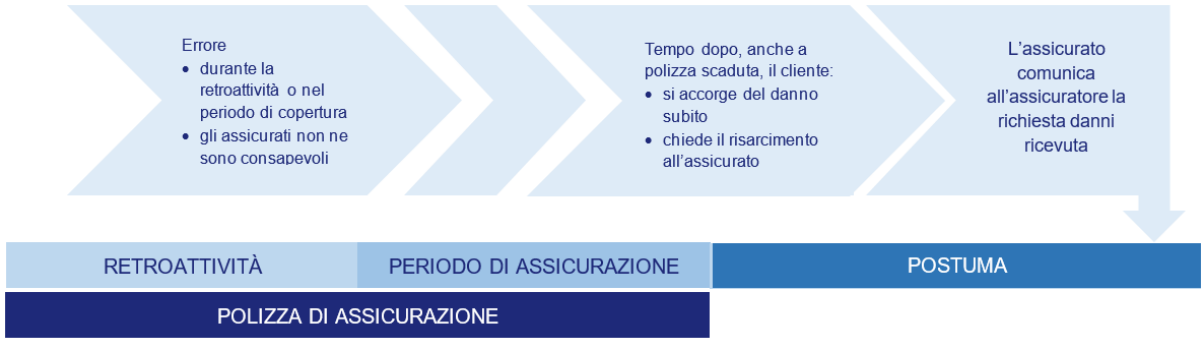
Non è prevista alcuna regolazione premio in caso di riduzione del FATTURATO.

6. LA POSTUMA

6.1	IN CASO DI DECESSO, CESSAZIONE DELL'ATTIVITA', CESSAZIONE DEL DECRETO	In caso di: i. decesso del CONTRAENTE; ii. cessazione naturale o volontaria dell'attività oggetto della POLIZZA; iii. cessazione dell'efficacia dei provvedimenti stabiliti dal DECRETO si attiva **automaticamente una POSTUMA gratuita della durata di 10 anni**, a far data dalla data di scadenza della POLIZZA.
6.2	LIMITI DI APPLICAZIONE DELLA POSTUMA	**Il LIMITE DI INDENNIZZO, indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nella POSTUMA, non può superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA**.

Come funziona la postuma?

L'assicurato ha la facoltà di acquistare un periodo di copertura successivo alla scadenza del contratto e fino a 10 anni di durata, che lo tuteli da richieste di risarcimento pervenute durante tale periodo e relative ad errori commessi durante la decorrenza della polizza o durante il periodo di retroattività.



Pertanto l'assicurato, corrispondendo una tantum e ove previsto un importo per l'acquisto della postuma, mantiene attiva la sua copertura assicurativa anche a polizza scaduta.

7. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA

Fermi i termini, limiti, condizioni ed esclusioni la POLIZZA copre le **RICHIESTE DI RISARCIMENTO originate da ERRORI commessi ovunque nel mondo, fatta eccezione per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO avanzate e/ o gli ERRORI commessi negli USA o in Canada e loro rispettivi territori.**

Qual è il vantaggio di una applicazione territoriale estesa al mondo intero?

Un'applicazione territoriale estesa al mondo intero garantisce all'assicurato, con residenza in Italia, di essere tutelato dal contratto assicurativo anche in caso di errori professionali commessi nell'ambito di servizi resi a favore di soggetti esteri.
Difatti la polizza opera indipendentemente dal luogo in cui è stato commesso l'errore o in cui è stata avanzata la richiesta di risarcimento, fatta eccezione per Stati Uniti e Canda e loro territori.

SEZIONE C

8. COSA FARE IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO O IN CASO DI CIRCOSTANZA

8.1 COSA, QUANDO E COME COMUNICARE AGLI ASSICURATORI

L'ASSICURATO - **a pena di decadenza del diritto all'INDENNIZZO** - deve dare agli ASSICURATORI, tramite l'INTERMEDIARIO, **comunicazione scritta entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza di**:

i. **qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO** a lui presentata durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di POSTUMA se concessa;
ii. **qualsiasi CIRCOSTANZA** di cui l'ASSICURATO venga a conoscenza durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di POSTUMA se concessa, che possa dare adito ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO.

Relativamente al punto (ii) se tale comunicazione viene effettuata dall'ASSICURATO agli ASSICURATORI nel PERIODO DI ASSICURAZIONE, qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO conseguente è considerata dagli ASSICURATORI come effettuata nel PERIODO DI ASSICURAZIONE.
La denuncia di CIRCOSTANZA e/o di RICHIESTE DI RISARCIMENTO deve contenere dettagliate informazioni sugli eventi, il nome della controparte, la natura dell' ERRORE commesso dall'ASSICURATO ed una quantificazione indicativa della PERDITA.

8.2 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'ASSICURATO non deve ammettere responsabilità in relazione a RICHIESTE DI RISARCIMENTO **o concordarne l'entità oppure sostenerne COSTI E SPESE senza il consenso scritto degli ASSICURATORI.**
I legali e i periti scelti dall'ASSICURATO per la gestione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO **devono essere preventivamente approvati dagli ASSICURATORI**.
L'ASSICURATO deve fornire agli ASSICURATORI tutte le informazioni e deve cooperare così come gli ASSICURATORI possono ragionevolmente richiedere.
In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, **l'ASSICURATO si impegna a non pregiudicare la posizione degli ASSICURATORI od i diritti di rivalsa/ surrogazione dei medesimi**.

Gli ASSICURATORI possono assumere la gestione o la difesa della lite se e fino a quando ne hanno interesse.

8.3 GESTIONE DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO

Gli ASSICURATORI non possono definire transattivamente alcuna RICHIESTA DI RISARCIMENTO senza il consenso scritto dell'ASSICURATO.

Qualora l'ASSICURATO rifiuti di acconsentire ad una transazione suggerita dagli ASSICURATORI e scelga di impugnare o continuare i procedimenti legali in relazione ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'obbligo risarcitorio degli ASSICURATORI per tale RICHIESTA DI RISARCIMENTO non può eccedere l'importo con cui la RICHIESTA DI RISARCIMENTO avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi COSTI E SPESE maturati con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, e comunque **non oltre il LIMITE DI INDENNIZZO o il SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO ove previsto**.

Nel caso in cui una RICHIESTA DI RISARCIMENTO risulti solo parzialmente assicurata dal presente contratto, gli ASSICURATORI e l'ASSICURATO si impegnano a cercare un accordo amichevole su quanto sia coperto o meno dalla presente POLIZZA. Sulla base di questo accordo, gli ASSICURATORI

indennizzano la parte della PERDITA assicurata.

COSTI e SPESE per professionisti ai sensi della presente POLIZZA **non possono eccedere le somme risultanti dai parametri minimi previsti dalle disposizioni di legge e di regolamento in vigore applicabili**, parametrati sulla RICHIESTA DI RISARCIMENTO e, se superiore, sul LIMITE DI INDENNIZZO, salvo diverso accordo con gli ASSICURATORI.

I COSTI e le SPESE, come previsto all'articolo 1917 del Codice Civile, **sono dovuti nei limiti del 25% del LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA e sono corrisposti in aggiunta allo stesso**. Detti COSTI e SPESE non sono soggetti all'applicazione di alcuna SCOPERTO O FRANCHIGIA.
Non sono considerate COSTI e SPESE le attività di investigazione, monitoraggio e perizia sostenute dagli ASSICURATORI.

Valutata la PERDITA, verificata l'operatività della POLIZZA e ricevuta la necessaria documentazione, **gli ASSICURATORI provvedono al pagamento di quanto loro compete entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di liquidazione consensuale** tra le **parti debitamente firmato.**

8.4 COSA SUCCEDE QUANDO GLI ASSICURATORI PAGANO L'INDENNIZZO IN BASE ALLA POLIZZA: LA SURROGAZIONE E LA RESPONSABILITÀ SOLIDALE

Per ogni pagamento effettuato a termini della presente POLIZZA gli ASSICURATORI si surrogano nei diritti dell'ASSICURATO verso i terzi responsabili fino alla concorrenza delle somme pagate. In tal caso, l'ASSICURATO deve firmare tutti i necessari documenti e deve fare tutto quanto è necessario per non pregiudicare tali diritti, ivi inclusa la sottoscrizione degli atti che consentano agli ASSICURATORI di agire legalmente in luogo dell'ASSICURATO.

In caso di responsabilità solidale dell'ASSICURATO con altri soggetti, gli ASSICURATORI rispondono di tutto quanto dovuto dall'ASSICURATO, **fermo il diritto di regresso/surrogazione nei confronti degli altri obbligati in via solidale.**

Il presente documento è aggiornato al mese di Ottobre 2020