

Sede legale in Londra (EC3M 7HA), One Lime Street, Inghilterra – Rappresentanza Generale per l'Italia
Lloyd's, (20121) Milano, Corso Garibaldi, 86.
Tel. +39026378881 - e-mail servizioclienti@lloyds.com - www.lloyds.com.

**L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE PER
MEDICI ESTETICI**

FASCICOLO INFORMATIVO

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario;**
- b) Condizioni di Assicurazione;**
- c) Questionario e modulo di proposta deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto.**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE PER

MEDICI ESTETICI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a. Lloyd's è un ente ("Society") costituito come società da una Legge del Parlamento del Regno Unito di Gran Bretagna del 1871. I membri della Society sono per legge assicuratori e possono assumere rischi assicurativi per proprio conto. Gli Assicuratori di questo contratto sono certi membri del Lloyd's che aderiscono ai Sindacati identificati nella Scheda di Polizza (e ogni altro assicuratore identificato nella Scheda di Polizza)

La responsabilità di ogni Assicuratore è disgiunta e non solidale con quello degli altri Assicuratori. Ogni Assicuratore è responsabile solo per la quota di rischio che ha assunto. Ogni Assicuratore non è responsabile per la quota di responsabilità assunta da qualsiasi altro Assicuratore.

Nel caso di Sindacato, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è un Assicuratore. Ogni membro assume una quota di responsabilità dell'entità complessiva che viene specificata in relazione al Sindacato (essendo l'entità complessiva la somma delle quote di responsabilità assunte da tutti i membri del Sindacato considerati globalmente). La responsabilità di ciascun membro del Sindacato è disgiunta e non solidale. Ogni membro è responsabile solo per la sua quota. Un membro non è responsabile in solido per la quota degli altri membri. Né qualsiasi membro è altrimenti responsabile per qualsiasi obbligazione assunta da ogni altro membro per lo stesso contratto.

La quota di responsabilità assunta da un Assicuratore (o, in caso di un Sindacato, l'ammontare totale delle quote di tutti gli Assicuratori membri del Sindacato considerati globalmente) è specificata nel contratto e, in mancanza, può essere accertata mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's sotto indicata. Parimenti, mediante richiesta scritta inviata alla medesima sede secondaria è possibile accertare i nomi di ciascuno degli Assicuratori del Sindacato e le rispettive quote di responsabilità.

- b. Lloyd's ha la sua sede legale in Londra (EC3M 7HA), One Lime Street, Inghilterra, che è anche il domicilio di ciascun membro del Lloyd's.
- c. In Italia Lloyd's ha sede secondaria in Milano, CAP 20121, Corso Garibaldi, 86.
- d. Lloyd's ha recapito telefonico al n. +39026378881, e-mail all'indirizzo servizioclienti@lloyds.com, ed ha editato il sito internet WWW.lloyds.com. e. I membri del Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia in regime di libero stabilimento (Iscrizione al n°.I.00008 dell'elenco dell'IVASS delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro ammesse a operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito di Gran Bretagna, è soggetta al controllo della Financial Services Authority, con sede in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 61 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2010* il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad EUR 21.134 milioni** ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di EUR 16.070 milioni, dai Bilanci dei membri di EUR 3.383 milioni e da riserve centrali di EUR 1.681 milioni.

Il mercato di Lloyd's ha un indice di solvibilità complessivo, non suddiviso per ramo vita e ramo danni. L'indice di solvibilità complessivo del mercato di Lloyd's al 31.12.2010 era il 2.476%. Tale percentuale è il risultato del rapporto tra il totale degli attivi centrali, ammontanti ad EUR 3.539 milioni e la somma dei deficit di solvibilità dei singoli membri. Quest'ultimo importo è stato determinato tenendo conto del margine minimo di solvibilità, ammontante a EUR 143 milioni, calcolato in base alla vigente normativa inglese. Gli importi della solvibilità (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 76 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2010*.

*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2010: <http://www.lloyds.com/Lloyds/Investor-Relations/Financial-performance/Annual-Reports/2010-Annual-Report>

** Tasso di cambio al 31.12.2010: EUR 1 = GBP 0,86075 (fonte: www.bancaditalia.it)

L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's è consultabile al seguente link: <http://www.lloyds.com/Lloyds/Offices/Europe/L-Italia-in-Italiano/Fascicolo-informativo> (Art. 37, Regolamento IVASS n. 35/2010).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione – denominato “**L'Assicurazione della responsabilità civile professionale per Medici Estetici**” - è a copertura di quanto le persone assicurate elencate in polizza siano tenute a pagare per capitale, interessi e spese a terzi, compresi i clienti, quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento, per perdite patrimoniali, e per perdita dei documenti derivanti da inadempienza ai doveri professionali, negligenza, imprudenza o imperizia imputabili a colpa professionale nell'esercizio dell'attività di:

- Medico Estetico

così come disciplinata dalle vigenti leggi in materia e comprensiva dei trattamenti come di seguito elencati:

- Filler o riempitivi (B)
- Tossina botulinica - Botox - Botulino (B)
- Peeling (A)
- Mesoterapia (B)
- Microdermoabrasione (B)
- Trattamenti laser (B)
- Medicina estetica vascolare (B)
- Radiofrequenza (A)
- Carbossiterapia (A)
- Linfodrenaggio (A)
- Pressoterapia (A)
- Trattamenti dietologici (A)
- Trapianto di capelli e rimozione con uso di laser (B)
- Liposuzione non chirurgica (B)

Per un'elencazione esemplificativa delle garanzie coperte si rimanda all'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

La copertura riguarda richieste di risarcimento originate da comportamenti colposi, posti in essere nel territorio dell'Unione Europea, Città del Vaticano, San Marino e Svizzera, o come altrimenti stabilito tra le parti e riportato nella Scheda di Polizza.

Il Questionario di proposta (ed eventuali appendici d'integrazione) è lo strumento fondamentale (seppure non l'unico) tramite il quale l'Assicuratore trae le informazioni basilari per valutare il rischio, formulare la quotazione e decidere se e come accollarsi il rischio nonché i termini, le condizioni e le limitazioni del contratto, contro il pagamento del premio convenuto. Restano fermi gli obblighi, anche informativi, previsti o richiamati dagli artt. 1892 e 1893 del codice civile e dall'art. 2 delle Condizioni Generali e artt. 2 e 3 delle Condizioni Speciali.

Dichiarazioni inesatte, false e/o reticenti all'atto della stipula possono rendere il contratto nullo o annullabile e far decadere in tutto o in parte il diritto all' indennizzo (come da articoli 1892,1893 e 1894 del codice civile).

Il Questionario è parte integrante del contratto.

La Polizza scadrà alla sua naturale scadenza, senza tacito rinnovo, come indicato nel Modulo di Assicurazione, senza l'obbligo delle parti contraenti di darne preventiva notifica o avviso.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE (Art. 5 Condizioni di Assicurazione)

L'oggetto della copertura è primariamente definito nelle Condizioni di Assicurazione dall'art. 5, **con le esclusioni o limitazioni (non esaustive) come per articoli 10 e art 11.**

La Polizza è essenzialmente volta a coprire l'obbligo risarcitorio delle persone elencate in Polizza derivante da richieste di risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato e regolarmente denunciate ai Sottoscrittori, nel corso del Periodo di Assicurazione, a condizione che tali richieste siano conseguenti ad atto illecito dell'Assicurato posto in essere alla data di retroattività o successivamente a tale data e prima del termine del Periodo di Assicurazione, per perdite patrimoniali e per perdita dei documenti derivanti da inadempienza ai doveri professionali, negligenza, imprudenza o imperizia imputabili a colpa professionale nell'esercizio dell'attività di:

- Medico Estetico

così come disciplinata dalle vigenti leggi in materia e comprensiva dei trattamenti come di seguito elencati:

- Filler o riempitivi (B)
- Tossina botulinica - Botox - Botulino (B)
- Peeling (A)
- Mesoterapia (B)
- Microdermoabrasione (B)
- Trattamenti laser (B)
- Medicina estetica vascolare (B)
- Radiofrequenza (A)
- Carbossiterapia (A)
- Linfo drenaggio (A)
- Pressoterapia (A)
- Trattamenti dietologici (A)
- Trapianto di capelli e rimozione con uso di laser (B)
- Liposuzione non chirurgica (B)

La garanzia è operante a condizione che l'Assicurato sia regolarmente iscritto all'Albo professionale del relativo Ordine, e svolga l'attività nel rispetto delle leggi e dei regolamenti che la disciplinano.

FORMA CLAIMS MADE

L'assicurazione è prestata in regime di “Claims Made”, vale a dire esclusivamente in relazione alle richieste di risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato, e regolarmente denunciate ai Sottoscrittori, nel corso del Periodo di Assicurazione a condizione che tali richieste siano

conseguenti ad atto Illecito dell'Assicurato posto in essere alla data di retroattività o successivamente a tale data e prima del termine del Periodo di Assicurazione.

La retroattività e il Periodo di Assicurazione sono indicati nel Modulo di Polizza.

E' condizione di efficacia della presente polizza che le richieste di risarcimento di cui sopra non siano state ancora presentate al Contraente e/o all'Assicurato alla data di stipula della presente polizza. Resta fermo quanto disposto dagli articoli 1892-1893 C.C.

CIRCOSTANZE DI SINISTRO (Art. 1 Condizioni di Assicurazione)

Se l'Assicurato viene a conoscenza di un qualche elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo al risarcimento, per fatto o atto, errore od omissione di negligenza a Lui imputabile, appena ne è venuto a conoscenza, e comunque durante il Periodo di Assicurazione, l'Assicurato ha l'obbligo di inviare tramite il Broker comunicazione scritta ai Sottoscrittori unitamente alle specificazioni indicate all'art. 19 delle Condizioni di Assicurazione. Se l'Assicurato effettua tale comunicazione durante il Periodo di Assicurazione, qualsiasi richiesta di risarcimento successiva sarà considerata dai Sottoscrittori come effettuata nello stesso Periodo di Assicurazione.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la decadenza del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

ESCLUSIONI: AVVERTENZA

L'Art. 10 e 11 includono l'elenco dettagliato di una serie di esclusioni di copertura, in relazione alle quali l'Assicuratore potrebbe non corrispondere alcun Indennizzo.

Inoltre vige la clausola di esclusione per atti di guerra e terrorismo (NMA 2918)

LIMITI DI INDENNIZZO E SOTTOLIMITI – FRANCHIGIA: AVVERTENZA

MASSIMALE – LIMITE DI INDENNIZZO

L'assicurazione è prestata fino a concorrenza del massimale concordato ed indicato nella Scheda di Polizza per ciascun sinistro e nel complesso (aggregato) per il Periodo assicurativo, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato nello stesso Periodo.

Qualunque sia il numero dei terzi danneggiati, il Limite di Indennizzo (o il sotto-limite) resta unico e invalicabile in ogni circostanza e a qualsiasi titolo, anche nel caso di corresponsabilità tra più persone assicurate con la presente polizza.

FRANCHIGIA / SCOPERTO

La Polizza è soggetta all'applicazione di una franchigia e/o scoperto come indicato nel Modulo di Polizza che resta a carico dell'Assicurato senza che egli possa farli assicurare da altri Assicuratori, pena la decadenza del diritto al risarcimento.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Le eventuali dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, o dell'Assicurato, sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione assicurativa e sul diritto all'indennizzo.

Resta integralmente ferma e applicabile la disciplina dettata, o richiamata, dagli artt. 1892, 1893 e seguenti del codice civile nonché dai relativi principi di legge.

In relazione alle possibili cause di invalidità, risoluzione, cessazione etc. della copertura (e correlativa cessazione del diritto all'indennizzo), in aggiunta alle norme ed ai principi di legge applicabili, si ricorda quanto previsto dagli Art. 15 (Pagamento del Premio), Art. 19 (Denuncia dei sinistri) ai quali si rimanda.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio (Art. 14 Condizioni di Assicurazione)

L'assicurato e/o la Contraente devono dare comunicazione scritta di ogni aggravamento o diminuzione del rischio, secondo quanto previsto dalla disciplina di cui agli artt. 1896 e 1897 codice civile, e 14 delle Condizioni di Assicurazione, cui si rimanda.

6. Premi (Art. 15 Condizioni di Assicurazione)

Il premio per il periodo di polizza è fissato come indicato dai Sottoscrittori nel Modulo di Polizza. Il premio non è soggetto a regolazione se non espressamente richiesto dai Sottoscrittori e concordato tra le parti.

Il premio dovrà essere corrisposto agli Assicuratori mediante versamento dello stesso, per il tramite del proprio Broker, alla Rappresentanza Generale dei Lloyd's (ufficio di Milano) entro massimo 30 giorni dalla data di effetto di questa polizza (o in relazione a qualsiasi premio addizionale, pagamento rateale, dalla data di effetto dello stesso).

In caso di mancato pagamento del premio i Sottoscrittori si riservano il diritto di poter annullare la presente polizza tramite notifica per iscritto all'Assicurato/Contraente e/o al Broker.

Il pagamento del premio ai Sottoscrittori dopo la data di annullamento non ripristinerà le garanzie di polizza a meno che ciò non sia espressamente accordato per iscritto dai Sottoscrittori. In caso di annullamento, il premio sarà dovuto ai Sottoscrittori su base pro-rata-temporis per il periodo in cui i Sottoscrittori avevano dato copertura al rischio. L'intero premio invece dovrà essere pagato immediatamente ai Sottoscrittori nel caso in cui i Sottoscrittori abbiano ricevuto al momento o prima della data di annullamento notifica di qualsiasi tipo di perdita, sinistro, avvenimento o circostanza che potrebbe dar luogo a sinistro.

7. Rivalse - Avvertenza

In relazione al diritto di rivalsa, si rinvia a quanto disposto dalle norme di legge applicabili (tra cui si veda l'art. 1916 del codice civile).

8. Diritto di recesso: Avvertenza

L'art. 20 delle Condizioni di Assicurazione prevede che dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, gli Assicuratori e il Contraente, o l'Assicurato, possono recedere dall'assicurazione, con preavviso di 60 giorni. In caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi rimborsano la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Restano altresì fermi e impregiudicati i diritti di recesso ed altri rimedi analoghi stabiliti dalla legge applicabile.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 codice civile). Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione (art. 2952 codice civile).

In base al primo comma di detto art. 2952 codice civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

10. Legge applicabile al contratto

La legge applicabile al contratto e alla copertura è la Legge italiana

11. Regime fiscale applicabile al contratto

L'aliquota di imposta a carico dell'aderente è pari al 22.25%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE RELATIVE AI RECLAMI

Art. 19. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

L'art. 19 Condizioni di Assicurazione - alla cui lettura in dettaglio si rimanda - prevede l'obbligo a carico dell'Assicurato di notificare il ricevimento d'informazione di garanzia; la formale richiesta di risarcimento danni o contestazione di responsabilità da parte del terzo danneggiato (Privato, Ente Pubblico, ecc.), nonché qualsiasi circostanza che possa far supporre il sorgere dell'obbligo al risarcimento, per fatto o atto, errore od omissione di negligenza a Lui imputabile.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la decadenza del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

In relazione agli obblighi di denuncia delle circostanze di rischio, e alle decadenze connesse, si rinvia a quanto indicato al punto 3 della presente nota informativa.

Restano fermi gli obblighi e oneri di comunicazione e in materia di gestione dei sinistri previsti dalla legge e dai principi applicabili.

Per la disciplina della gestione delle vertenze di sinistro e spese legali, nonché dell'anticipo di costi e spese, si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

13. Reclami

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione, o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.

Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

- Ufficio Italiano dei Lloyd's

All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"

Corso Garibaldi, 68

20121 Milano

Fax n. 02 63788850

E-mail servizioclienti@lloyds.com

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'IVASS e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000 complaint.info@financial-ombudsman.org.uk.

La procedura di reclamo, fa salvo il diritto di promuovere azioni legali, o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

14. Arbitrato

Si segnala che per il caso di divergenze sulla natura dell'errore professionale, sull'ammissibilità al risarcimento del danno e sull'interpretazione delle norme che regolano il contratto, le Parti si obbligano a ricorrere alla procedura arbitrale.

La suddetta procedura costituisce vincolo per le Parti, le quali rinunciano espressamente ad adire l'Autorità Giudiziaria per la liquidazione del danno.

Si ricorda che il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi a un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il contraente o l'assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale dell'Ufficio Italiano dei Lloyd's Corso Garibaldi, 68, 20121 Milano.

Si sottolinea che la presente Nota Informativa non sostituisce, né integra i termini e condizioni e le clausole di cui alle Condizioni Generali e Condizioni Speciali. La presente Nota Informativa non integra, né ha la funzione di interpretare o modificare il contenuto di Condizioni Generali e le Condizioni Speciali. Le Condizioni Generali e le Condizioni Speciali contengono e racchiudono l'intero accordo tra le parti e in caso di contrasto o anche semplice non integrale identità tra il contenuto della presente Nota Informativa e le Condizioni Generali e le Condizioni Speciali, varrà esclusivamente quanto previsto da queste ultime.

Si raccomanda pertanto - data anche la natura e la complessità della copertura – un'attenta lettura ed analisi di tali Condizioni Generali e Condizioni Speciali.

**CONDIZIONE DI ASSICURAZIONE
RESPONSABILITA' CIVILE
Medico esercente l'attività di
MEDICO ESTETICO**

**SI AVVERTE CHE QUEST'ASSICURAZIONE E' PRESTATATA
NELLA FORMA
« CLAIMS MADE »**

Si vedano gli articoli 4, 10.1, 19

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma di questo Certificato l'Assicurato dichiara:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale di Medico con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione.

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel modulo di Proposta.

Articolo 3 Definizioni

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questo Certificato e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Assicuratori	alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's di Londra.
Broker/Agente di Assicurazioni	la ditta d'intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.
Corrispondente dei Lloyd's	la ditta d'intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura, debitamente accreditata dai Lloyd's in questa qualità.

Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).
Massimale	la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
Periodo di Assicurazione	Il periodo le cui date d'inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente, il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. A ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.
Richiesta di risarcimento	quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none">i. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.
Sinistro	la richiesta di risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza, per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione.
Loss Adjuster	il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.
Certificato	il presente documento, che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
Modulo e Scheda di Copertura	i documenti, annessi a questo Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

Articolo 4 Forma dell'assicurazione («claims made» - retroattività)

L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10.1 e 19).

Se la Scheda di Copertura non stabilisce diversamente, la data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese d'inizio del primo Periodo di Assicurazione.

Articolo 5 Oggetto dell'assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questo Certificato, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 e stabilito nella Scheda di Copertura, prestano le sotto definite assicurazioni nella forma "claims made" enunciata all'articolo precedente :

5.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel modulo di Proposta e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio. Gli Assicuratori rispondono:

- a) dei Danni, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale predetta;
- b) dei Danni, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi in relazione alla proprietà e/o alla conduzione dello studio o dell'ambulatorio, ossia dei locali adibiti all'attività professionale esercitata in proprio o in regime di *extramoenia* e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti; sono compresi in tali danni quelli derivanti ai terzi da danneggiamenti a cose che provochino l'interruzione o sospensione totale o parziale o il mancato o ritardato avvio di loro attività produttive o loro attività di servizi;

5.2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I DIPENDENTI

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri dipendenti che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio dell'Assicurato. Gli Assicuratori rispondono delle somme che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare:

- a) agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) che agiscano contro l'Assicurato a titolo di regresso;
- b) all'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno, nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124.

L'assicurazione prevista in questo paragrafo è efficace a condizione che, al momento del fatto dannoso, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono in ogni caso escluse le malattie professionali.

Articolo 6 Spese legali e gestione delle vertenze

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

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

Se il sinistro comporta imputazioni penali per fatto doloso, sono a carico degli Assicuratori le spese sostenute per la difesa dell'Assicurato, purché questi venga prosciolto o assolto in fase istruttoria, o con sentenza passata in giudicato per non aver commesso il fatto o perché il fatto non sussiste o non costituisce reato, escludendo quindi i casi di assoluzione con altre formule e i casi di estinzione, per qualunque causa, del reato.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Articolo 7 Nozione di “terzo” o “terzi”

Il termine “terzo” o “terzi” indica ogni persona, diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi i collaboratori, consulenti e professionisti che non siano soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono esclusi da questa nozione:

- a. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. i prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

Articolo 8 Limiti territoriali

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi, posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori, pertanto, non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 9 Precisazioni sui rischi coperti

L'assicurazione, quale delimitata in questo Certificato, e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta e di seguito elencate, le quali possono comprendere la voce 9.1 che segue, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

Trattamenti assicurabili:

- Filler o riempitivi (B)
- Tossina botulinica - Botox - Botulino (B)
- Peeling (A)
- Mesoterapia (B)
- Microdermoabrasione (B)
- Trattamenti laser (B)
- Medicina estetica vascolare (B)
- Radiofrequenza (A)
- Carbossiterapia (A)
- Linfodrenaggio (A)
- Pressoterapia (A)

Trattamenti dietologici (A)

Trapianto di capelli e rimozione con uso di laser (B)

Liposuzione non chirurgica (B)

- 9.1** L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.
- 9.2** L'assicurazione comprende in ogni caso:
- I) la responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale, fermo il disposto dell'articolo 21;
 - II) i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
 - III) le perdite patrimoniali conseguenti a errato trattamento - raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione - dei dati personali di terzi (D.L. N° 196 del 30 giugno 2003). La copertura di tali perdite è prestata per un massimale di € 100.000 (euro centomila) per ogni sinistro, fermo il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione;
 - IV) la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere;

Articolo 10 Esclusioni

- 10.1 -** Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "**claims made**", quale temporalmente delimitata nel presente Certificato, sono esclusi:
- a. i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'Art. 19 che segue;
 - b. le richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
 - c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.
- 10.2 -** Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:
- a) attribuibili a azioni, o omissioni, commesse dall'Assicurato con dolo;
 - b) riconducibili a attività abusive, o non consentite, o non riconosciute, dalle leggi, e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
 - c) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
 - d) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'Art. 8;

- e) per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;
- f) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- i) derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);
- j) relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k) relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- l) relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m) riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- n) conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- o) che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo quanto previsto alla voce h) dell'articolo 9.1;
- p) che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q) derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- r) che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico.

Articolo 11 Ulteriori Esclusioni

Alla presente polizza si applicano le seguenti **ulteriori ESCLUSIONI**.

La copertura di cui alla presente polizza, non si applica ai danni o alle spese, inerenti reclami **relativi a**:

1. Gravidanza e allattamento:

derivanti da somministrazione o mancata somministrazione di qualsiasi tipo di iniezione, sostanze ingeribili o iniettabili a donne in stato di gravidanza o allattamento, o derivanti da uso di laser o IPL;

2. Anestesia:

- a) causati dall'uso di prescrizioni di anestetici ad eccezione di quelli per uso topico, almeno che si tratti delle seguenti terapie, se approvate nel presente documento: filler dermici, Botox, iperidrosi, sclero-terapia, laser/IPL, lipolisi e/o liposuzione;
- b) causati da uso di EMLA ("Eutectic Mixture of Local Anesthetics" - Lidocaine e Prilocaine) applicati con laser e/o IPL e/o laser lipolisi;
- c) causati da somministrazione, uso, o applicazione di anestetici non approvati dal Consiglio Superiore della Sanità;
- d) causati dall'uso di prodotti, o soluzioni, non acquistati presso una farmacia dotata di licenza per la preparazione di composti, o presso il produttore non dotato di licenza;
- e) causati dall'uso di anestetici da parte di coloro che non possono legalmente utilizzare, e/o acquistare l'anestetico usato, e/o ai quali è richiesto il possesso di una licenza medica;
- f) causati dall'uso di anestetici che non vengono utilizzati secondo le specifiche del costruttore.

3. Modulo di "Consenso Informato":

causati da richieste in cui l'Assicurato non è in grado di fornire agli Assicuratori il modulo firmato di "consenso informato" per quella particolare procedura.

4. Botox / Dysport / Xeomin:

- a) causati da impiego, somministrazione, uso, o applicazione di qualsiasi prodotto Botox, prodotto botulinico, o qualsiasi altra soluzione diversa da "Botox Cosmetic", da "Allergan Dysport" della "Medicis", o "Xeomin" della "Merz";
- b) causati dall'uso, somministrazione, o applicazione di trattamenti di Botox, Dysport, Xeomin su persone di età inferiore a 18 anni;
- c) causati da trattamenti con prodotti Botox, Dysport, Xeomin senza etichetta, eccetto i trattamenti della glabella, della fronte, sopracciglia, sulla zona bocca/labbra, sul mento, delle linee di coniglio, zampe di gallina, e nel trattamento delle emicranie;
- d) causati dalla somministrazione, uso, o applicazione di Botox, Dysport, Xeomin su persone con malattie neuromuscolari;
- e) causati da uso, somministrazione, o applicazione di Botox, Dysport, Xeomin in contrasto con le indicazioni prescrittive del produttore;
- f) causati da trattamento di "iperidrosi ascellare", o del muscolo "Massetere", salvo che la copertura non sia specificamente prevista.

5. Fillers:

- a) causati da impiego, somministrazione, uso, o applicazione di acido ialuronico in una soluzione non approvata dal Consiglio Superiore di Sanità;
- b) causati da "Zyplast", qualora il reclamante non avesse inizialmente eseguito un test di allergia;
- c) causati dalla somministrazione, uso, o applicazione di filler dermico in aeree al di fuori del viso, o dotti lacrimali, a meno che non sia previsto nella presente polizza;
- d) causati dalla somministrazione, uso, o applicazione di filler dermico che non riporti un timbro "approvato" dell'istituto Superiore di Sanità.

6. Latisse:

causati da prescrizione di "Latisse", a meno che:

- a) il modulo per il consenso informato sia stato firmato ed acquisito;
- b) sia specificamente previsto nella presente polizza.

7. Stimolazione dei capelli:

- a) causati dall'impiego, somministrazione, uso, o dall'applicazione di procedure di stimolazione per la crescita dei capelli che non siano approvate dal produttore del dispositivo;
- b) causati da garanzie, sia scritte sia orali, di procedure di stimolazione di capelli riguardanti prestazioni per la crescita dei capelli.

8. Trattamento Facciale:

causati da prodotti, e trattamenti facciali che:

- a) non possano essere legalmente usati da un Estetista; e/o
 - b) se il produttore richiede una licenza medica per l'uso e/o acquisto; e/o
 - c) l'Istituto Superiore di Sanità non consenta l'uso con una licenza di Estetista, o di tirocinante, a meno che la garanzia per "peeling medico" non sia prevista nella presente polizza.
9. Levulan:
- a) causati da somministrazione, o applicazione di "Levulan"; e
 - b) causati da somministrazione o applicazione di "Levulan" su tipi di pelle V e VI, a meno che il Tecnico non abbia più di un anno di esperienza; salvo che l'uso di "Levulan" sia previsto in polizza, e utilizzato solo a fini cosmetici. Nessuna copertura è prestata per l'uso di "Levulan" nel trattamento di lesioni pre-cancerose della pelle.
10. Scleroterapia:
causati dalla somministrazione, uso, o applicazione di prodotti non usati in modo esclusivo per il trattamento di varici o vene varicose di 1.5 mm. o inferiore;
11. Laser, IPL, e/o Radio Frequenza:
causati da:
- a) uso, somministrazione, o applicazione di fonte di luce, e/o di apparecchiatura di radio frequenza nella regione interna dell'area ossea circostante l'orbita dell'occhio, salvo che non sia utilizzata un'appropriata visiera.
 - b) trattamento di:
 - i. tessuti sollevati, con irrorazione di sangue proprio, salvo per le vene e/o angiomi senili di 1,5 mm o meno;
 - ii. pelle ulcerata, rotta, non intatta, con vesciche o con ferite aperte;
 - c) rimozione laser di capelli su persone di età inferiore a 14 anni, se la rimozione laser di capelli è prevista nella presente polizza;
 - d) causati da trattamenti su minori di anni 18 a meno che un genitore, o un tutore, non abbia firmato il modulo di consenso informato;
 - e) causati da lavori con laser o IPL, svolti da soggetti che non hanno ancora praticato l'uso per almeno 30 ore, o acquisito almeno sei mesi di esperienza in laser/IPL.
12. Fonte attrezzatura leggera
- a) causati dall'uso di apparecchiatura fonte di luce di classe III o classe IV, a meno che siano indossati gli occhiali di protezione da tutti i soggetti presenti nella stanza per l'intera durata del trattamento laser, e non ci siano superfici riflettenti nella stanza;
 - b) causati dall'uso di apparecchiature di classe IV, a meno che la/e porta/e della camera sia/siano chiusa/e a chiave in ogni momento, o vi sia un sistema di chiusura porta compatibile con gli standard ANSI, quando il laser è in funzione, o esista un sistema che avvisi le persone quando il laser è in uso, del tipo "**LASER IN USO, NON ENTRARE**".
13. LED / micro corrente
Causati da uso, somministrazione, applicazione di LED e/o dispositivi di micro corrente, a meno che tali dispositivi siano classificati come classe I o II, e che tutti i dispositivi LED utilizzati applichino fonti di luce di 25 joule o meno.
14. I tipi di pelle V e VI:
causati da:
- a) da trattamenti laser o con luce pulsata (IPL) su tipi di pelle V e VI, a meno che il tecnico non abbia almeno 6 mesi di esperienza nell'uso del laser/IPL, o il rischio sia previsto nella presente polizza;
 - b) da altra sorgente luminosa usata che non è approvata dall'Istituto Superiore di Sanità su questi tipi di pelle.
15. Insegnamento:
causati da:

- a) insegnamento, apprendistato o programmi di scuola, a meno che non siano previsti in questa polizza ed un modulo di consenso è stato utilizzato e firmato per qualsiasi servizio o attività eseguita da uno studente;
- b) richieste di risarcimento nei confronti dell'Assicurato da qualsiasi altro Assicurato. Comunque, l'esclusione di cui sopra non si applica alle lesioni personali subite da uno studente o da un tirocinante dell'assicurato come destinatario di servizi professionali prestati, o per la errata erogazione da altro studente o tirocinante dell'assicurato durante la sua formazione, apprendistato o programma scolastico.
16. Laser e / o lipolisi ultrasuoni e/o Liposuzione
Causati da:
- a) impiego, somministrazione, uso, o applicazione di lipolisi o liposuzione, ovunque, tranne che sul tronco del corpo, gambe, braccia, e/o collo fino alla linea della mascella e il mento;
- b) procedure di liposuzione che non includano l'uso di un dispositivo laser, o a ultrasuoni, a meno che non sia previsto in polizza;
- c) uso di anestesia ad eccezione dell'anestesia locale, o tumescente.
17. Trasferimento grasso:
causati da:
- a) impiego di iniezioni in una zona al di fuori del viso o delle mani;
- b) cellule di grasso iniettate come filler dermici in un'altra persona diversa da quella da cui sono state estratte.
18. Trattamenti non approvati:
causati da trattamento, o procedura, eseguita, o dispositivo utilizzato, non approvati o considerati a rischio dall'Istituto Superiore di Sanità.
19. Dottore Impiegato
lesioni provocate da atti o omissioni di un dottore impiegato permanentemente (impiegato per un periodo superiore a quattordici (14) giorni consecutivi), a meno che la comunicazione scritta della nuova occupazione di tale Dottore sia data agli Assicuratori dopo che l'impiego sia iniziato, e gli Assicuratori abbiano aderito alla richiesta di assicurazione di tale medico impiegato.
20. Ricerca a tema
reclami presentati da persone che siano state sottoposti a programmi di ricerca da parte dell'Assicurato, o che siano state sollecitato a essere oggetto di ricerca da parte dell'Assicurato.
21. Limitazioni nella colorazione di ciglia o sopracciglio:
causati da uso, somministrazione o applicazione di coloranti, o colore, alle ciglia e sopracciglia, a meno che tale colorante, o colore, sia stato prodotto appositamente per tale uso
22. Idroterapia al Colon:
causati da:
- a) uso, somministrazione o applicazione di un trattamento di idroterapia del colon su persone di età inferiore a 18 anni, o superiore a 65 anni;
- b) nei casi in cui l'ugello, o qualsiasi altra apparecchiatura invasiva, non sia gettata dopo l'uso, o sterilizzata secondo gli standard medici;
- c) uso, somministrazione o applicazione del trattamento di idroterapia al colon su persone con diverticolite, colite ulcerosa, morbo di Crohn, emorroidi gravi o interne, o tumori del retto o del colon, o immediatamente dopo interventi di chirurgia intestinale (se non diretto da un fornitore di assistenza sanitaria).
23. Abbronzatura
Causati da:
- a) uso del lettino abbronzante, o cabine con più del 10% di radiazioni UVB;
- b) saloni di abbronzatura in cui il tempo di esposizione sia superiore a 30 minuti;

- c) saloni di abbronzatura dove gli occhiali di protezione non sono indossati dai Clienti;
- d) saloni di abbronzatura dove gli esoneri di responsabilità firmati e gli orari e i tempi di esposizione di ciascun Cliente non sono conservati in archivio;
- e) saloni dove il timer del lettino abbronzante è controllato dall'utente.

24. LED per lo sbiancamento dei denti

Causati da:

- a) attrezzature LED, usate per lo sbiancamento dentale, che non sono approvate dall'Istituto Superiore di Sanità;
- b) trattamenti su donne in stato di gravidanza, senza autorizzazione scritta del medico;
- c) uso di kit "casalinghi" di sbiancamento in cui non sono previste istruzioni scritte per ogni cliente.

25. Sauna, bagno turco, doccia o immersione in piscina

Causati da:

- a) mancata posa in opera di materiali antiscivolo, su tutte le superfici bagnate;
- b) mancata osservanza di leggi, o di regolamenti locali, regionali, o statali in materia di salute e sicurezza, in materia di Saune, bagni turchi, docce o piscine per immersione.

26. Perdita di peso, Dietista, analisi Wellness, Ormoni, Vitamine, e trattamenti a base di erbe

Causati da:

- a) fornitura di farmaci, iniezioni, prescrizioni o altro, salvo che non siano previsti in polizza;
- b) prodotti noti per essere pericolosi, salvo che non siano previsti in polizza;
- c) trattamenti che utilizzino sostanze vietate dall'Istituto Superiore di Sanità;
- d) garanzie o rappresentazioni, sia in forma scritta sia orale, di qualsiasi metodologia o pratica.
- e) uso, prescrizione o iniezione di Androstenedione, acido Aristolochic, Ephedra, Fenfluramine, GHB, GHV, GVL, GB, Butanediol, Germander, Jin bu huankava and related derivatives, Lobelia, Pennyroyal oil, Stephani o prodotti botanici con impurità, Yohimbe;

27. Rimozione di escrescenze di pelle/Nei e verruche

Causati da:

- a) Rimozione attraverso ogni tipo di procedura di escrescenze di pelle, nei, verruche almeno che previste dalla presente polizza;
- b) Dall'uso di Bleomicin;
- c) Rimozione di verruche dall'area genitale;

28. Trattamento attraverso Piastrine

Causati da:

- a) Qualunque procedura di innesto
- b) Uso di macchinari di centrifuga non approvati dall'Istituto Superiore di Sanità
- c) Fini diversi dall'estetica;

29. Agopuntura

Causati dall'esecuzione, o fallimento nell'eseguire, l'agopuntura nel:

- a) Trattamento o riduzione di ogni frattura;
- b) Ostetricia e ginecologia, con inclusione di parto di bambini o cura di neonati o infanti fino all'età di 14 anni;
- c) Il trattamento di cancro, epilessia, o sindrome da immuno-deficienza acquisita, a meno che il trattamento 1) è unicamente effettuato per alleviare le pene, o gli effetti collaterali delle cure mediche, e 2) durante l'intero periodo del trattamento, il paziente è sotto la cura di un dottore in possesso di licenza per la specifica condizione, o malattia del paziente;
- d) Interferenza da parte dell'assicurato con il corso del trattamento raccomandato
- e) L'uso dell'ago puntura come anestetico;
- f) terapia con pietre
- g) l'uso di raggi x, microonde e radio;
- h) l'uso di aghi riutilizzabili non sterilizzati in accordo con gli standard medici italiani, laddove ci sia stata negligenza o meno nella sterilizzazione;

- i) l'uso di macchinari Toftness;
- j) l'uso di manipolazione chiropratica e o di correzione;
- k) l'uso di terapia della febbre;
- l) disidratazione di emorroidi;

30. Ultrasuoni

Causati da:

- a) Ogni lavoro fatto su occhi e/o collo;
- b) Ogni lavoro fatto per scopi diversi da quello estetico;

31. Aghi

Causati dal riutilizzo, o fallimento della sterilizzazione di aghi;

32. Location Limitation

Causati da procedure coperte dalla presente polizza, almeno che non siano effettuate nelle sedi indicate nel questionario.

Tutti gli altri termini e condizioni rimangono invariati.

Articolo 12 Responsabilità solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Articolo 13 Estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale - Protezione di eredi e tutori

In caso di cessazione dell'Attività Professionale da parte del Contraente, o in caso di morte o invalidità del l'assicurato durante la durata del Contratto, su richiesta scritta e formale del Contraente, da inoltrarsi agli Assicuratori nei 30 giorni antecedenti la data di scadenza dell'Assicurazione, l'Assicurato avrà il diritto all'estensione gratuita della copertura dei Sinistri denunciati agli Assicuratori nei 5 (cinque) anni successivi alla scadenza dell'Assicurazione, purché afferenti a comportamenti colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia. In questo caso, gli Assicuratori rilasceranno una polizza analoga (o un'Appendice alla presente Polizza) della durata di 5 anni. Il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura è l'obbligazione massima alla quale gli Assicuratori saranno tenuti, cumulativamente per tutti i Sinistri pertinenti all'intera durata della garanzia postuma. Qualora risulti che un sinistro rientrante nella garanzia postuma sia risarcibile da altra polizza o polizze stipulata direttamente dall'Assicurato o da altri per suo conto, la garanzia postuma non sarà applicabile a tale sinistro.

Il periodo di efficacia ultrattiva cesserà immediatamente nel caso l'Assicurato stipulasse durante tale periodo analoga copertura assicurativa a garanzia degli stessi rischi.

Articolo 14 Variazioni legali del rischio

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto agli Assicuratori.

Articolo 15 Pagamento del premio

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio, o la prima rata di premio, è stato pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

A 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 del quindicesimo giorno dopo quello di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 16 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Articolo 17 Rinnovo della Polizza

L'assicurazione ha la durata di anni uno con decorrenza e scadenza come indicati nel modulo di Proposta e non sarà soggetta ad alcun rinnovo tacito o automatico.

Resta fermo, e confermato in tutti i casi, il disposto dell'Art. 20 (facoltà di recesso in caso di sinistro).

Articolo 18 Coesistenza di altre assicurazioni

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, quest'assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili.

L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la co-esistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 19 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta al Loss Adjuster indicato nella Scheda di Copertura anche tramite il Corrispondente dei Lloyd's.

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Ferma e invariata la definizione di sinistro figurante all'articolo 3, l'omessa denuncia di un sinistro entro i 10 giorni successivi alla data di cessazione del Periodo di Assicurazione rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto. *(Si vedano l'articolo 4 e la voce a. dell'articolo 10.1).*

Negli stessi termini e con le stesse modalità, l'Assicurato è tenuto a denunciare al Loss Adjuster 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.

Si richiama il secondo comma dell'articolo 18, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 20 Facoltà di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 21 Surrogazione

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate, o da pagare, a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 22 Forma delle comunicazioni – Variazioni del contratto

Le comunicazioni relative a questo contratto, devono essere fatte per iscritto.

Qualunque variazione di questo contratto, deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dal Rappresentante Generale dei Lloyd's per l'Italia

Articolo 23 Clausola Broker/Agente

Con la sottoscrizione del presente Certificato l'Assicurato conferisce al Broker o Agente di Assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

Gli Assicuratori hanno conferito al Corrispondente dei Lloyd's indicato nella Scheda di Copertura l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza. E' convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione fatta dal Corrispondente dei Lloyd's al Broker o Agente di Assicurazioni sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione fatta dal Broker o Agente di Assicurazioni al Corrispondente dei Lloyd's sarà considerata come fatta dall'Assicurato;
- c. Ogni comunicazione fatta dal Corrispondente dei Lloyd's sarà considerata come fatta dagli Assicuratori;
- d. Ogni comunicazione fatta al Corrispondente dei Lloyd's sarà considerata come fatta agli Assicuratori.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'articolo 19 che resta invariato e confermato.

Gli Assicuratori accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Corrispondente dei Lloyd's.

Articolo 24 Norme di legge

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o a esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI

Ferme tutte le condizioni che precedono, sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "interventi invasivi", intendendosi per tali:

1. la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche;
2. la sutura di ferite traumatiche maggiori;
3. l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;

Emessa in tre esemplari alla data del frontespizio

IL CONTRAENTE

IL CORRISPONDENTE DEI LLOYD'S

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Certificato e, agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, dichiara :

- 1 **di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «CLAIMS MADE», a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;**
- 2 **di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questo Certificato:**

- Articolo 1 Dichiarazioni dell'Assicurato**
 - Articolo 4 Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)**
 - Articolo 10 Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione *claims made* - 10.1)**
 - Articolo 11 Ulteriori Esclusioni**
 - Articolo 17 Modalità della proroga automatica**
 - Articolo 18 Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)**
 - Articolo 19 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**
 - Articolo 20 Facoltà di recesso in caso di sinistro**
 - Articolo 23 Clausola Broker/Agente**
- Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI**

IL CONTRAENTE

**APPENDICE DI AGGIORNAMENTO
AI FASCICOLI INFORMATIVI LLOYD'S**

La presente Appendice, che forma parte integrante del Fascicolo Informativo, aggiorna, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 35/2010, quanto segue:

NOTA INFORMATIVA

Il paragrafo 2. **“Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's”** deve intendersi integralmente sostituito con il seguente:

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 59 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2014* il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad EUR 28.997 milioni** ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di EUR 20.162 milioni, dai Bilanci dei membri di EUR 6.662 milioni e da riserve centrali di EUR 2.174 milioni.

Il mercato di Lloyd's ha un indice di solvibilità complessivo, non suddiviso per ramo vita e ramo danni. L'indice di solvibilità complessivo del mercato di Lloyd's al 31.12.2014 era il 17079%. Tale percentuale è il risultato del rapporto tra il totale degli attivi centrali, ammontanti ad EUR 4.166 milioni e la somma dei deficit di solvibilità dei singoli membri. Quest'ultimo importo è stato determinato tenendo conto del margine minimo di solvibilità, ammontante ad EUR 24 milioni, calcolato in base alla vigente normativa inglese. Gli importi della solvibilità (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 76 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2014*.

*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2014:

<http://www.lloyds.com/AnnualReport2014/pdfs/Lloyds%20Annual%20Report%202014.pdf>

** Tasso di cambio al 31.12.2014: EUR 1,00 = GBP 0,7789 (fonte: Banca d'Italia).

L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's è consultabile al seguente link:

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italia/piazzare-i-rischi-ai-lloyds>

(Art. 37, Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 35/2010).

La presente Integrazione al Fascicolo informativo, deve essere consegnata, insieme al Fascicolo Informativo, al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, ove previsto, del modulo di proposta.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Fascicolo Informativo e la presente appendice di aggiornamento.

Gli assuntori di rischi assicurativi di Lloyd's sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Appendice.

Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's
Vittorio Scala

31/05/15
LSW1699D-12