

CAPITOLATO DI POLIZZA
LOTTO 2
RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEGLI
ORGANISMI DI MEDIAZIONE E DEGLI ENTI DI
FORMAZIONE IN MATERIA DI MEDIAZIONE

CAMERA DI COMMERCIO, INDUSTRIA, ARTIGIANATO, AGRICOLTURA DI COSENZA
Via Calabria, 33
87100 COSENZA
C.F. 8001370784 P.IVA 01089970782

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	31.12.2022
Alle ore 24.00 del:	31.12.2025

L'assicurazione prestata con la presente polizza è nella forma "claims made", ossia a coprire i Reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione a comportamenti colposi posteriori alla data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.

Si conviene inoltre che le informazioni contenute nel Questionario costituiscano la base di quest'Assicurazione e che il Questionario stesso sia parte integrante della polizza.

L'assicurazione è soggetta alle modalità, esclusioni, limitazioni e precisazioni contenute nelle condizioni di questa polizza, nonché nella Scheda di Copertura che ne fa parte integrante.

SCHEDA DI COPERTURA

ASSICURATO: Sportello di Conciliazione della CCIAA di Cosenza

ATTIVITA' PROFESSIONALE: Organismo di Mediazione

MASSIMALE: Euro 1.000.000,00

FRANCHIGIA: Euro 1.000,00 per Sinistro

DATA DI RETROATTIVITA': 30/04/2014

DEFINIZIONI

Def. A Contraente

Il soggetto identificato nel Modulo e nel Questionario allegato, che stipula questa assicurazione per conto proprio e per conto dell'Assicurato di seguito definito. Si applica il disposto dell'Art. 1891 C.C..

Def. B Assicurato

L'organismo di mediazione o ente di formazione Contraente.

Def. C Assicuratori - Società

L'impresa assicuratrice nonché le eventuali coassicuratrici.

Def. D Sono annessi a questa polizza per farne parte integrante

D.1 il **Modulo**, che contiene l'identificazione del Contraente e altri estremi generali del contratto;

D.2 la **Scheda di Copertura**, che contiene i dati relativi a questa assicurazione.

D.3 il **Questionario** compilato dal Contraente.

Def. E Attività Professionale

L'attività di organismo di mediazione o ente di formazione che l'Assicurato sia legittimato ad esercitare in base alle norme vigenti in materia.

Def. F Terzi

Tutti i soggetti diversi dall'Assicurato sopra definito, con esclusione:

- del coniuge o convivente e dei figli dell'Assicurato, dei familiari che con lui convivono, dei suoi Dipendenti di ogni ordine e grado;
- delle ditte e aziende di cui l'Assicurato sia titolare o contitolare o rappresentante di fronte alla legge o di cui sia - direttamente o indirettamente - azionista/socio di maggioranza o controllante o in cui ricopra cariche direttive;
- dei soggetti, degli enti, delle ditte e aziende, che siano titolari o contitolari, azionisti/soci di maggioranza o di controllo della ditta o azienda dell'Assicurato.

Fermo quanto sopra, nel termine Terzo o Terzi sono espressamente compresi i clienti e i committenti dell'Assicurato, in relazione all'esercizio dell'Attività Professionale.

Def. G Dipendenti

Tutte le persone non rientranti nella definizione di Assicurato in quanto non qualificate all'esercizio dell'Attività Professionale sopra definita ma che, nell'ordinario svolgimento della stessa, operano o hanno operato alle dirette dipendenze dell'Assicurato con rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato, anche se a tempo determinato, o con rapporto di collaborazione o di apprendistato o praticantato, anche durante periodi di prova, di addestramento, di formazione o di "stage".

Def. H Collaboratori

Tutte le persone, compresi i mediatori ed i formatori iscritti all'apposito elenco del Ministero della Giustizia, che operano, hanno operato od opereranno per conto dell'Assicurato in qualità di prestatore d'opera o lavoratore autonomo, praticante, apprendista, studente, corrispondente italiano od estero o parimenti qualificato, anche a tempo pieno o part-time, in periodo di formazione, per incarichi sostitutivi, per incarichi temporanei, per collaborazioni coordinate e continuative e contratti atipici in genere, nello svolgimento dell'Attività Professionale sopra definita e di cui l'Assicurato debba rispondere.

Def. I Reclamo

Quella che per prima, tra le seguenti evenienze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- comunicazione con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile di danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di risarcimento di tali danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

Def. J Reclami Tardivi

I Reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato in data posteriore a quella della cessazione dell'assicurazione per fatti colposi, errori od omissioni commessi in data anteriore a quella di tale cessazione ma comunque non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.

Def. K Durata del Contratto

Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nel Modulo.

Def. L Periodo di Assicurazione

Se la Durata del Contratto è inferiore o uguale a 18 (diciotto) mesi, il Periodo di Assicurazione coincide con tale durata. In caso contrario, il Periodo di Assicurazione corrisponde separatamente a ciascuna annualità della Durata del Contratto, distinta dalla precedente e dalla successiva annualità. La data d'inizio del primo Periodo di Assicurazione corrisponde a quella in cui ha inizio la Durata del Contratto.

Def. M Periodo di Efficacia

Il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta e la data di scadenza della Durata del Contratto.

Def. N Indennizzo

La somma dovuta dagli Assicuratori in caso di Reclamo.

Def. O Massimale

L'ammontare precisato nella Scheda di Copertura che rappresenta la massima esposizione degli Assicuratori per ogni Reclamo e per ogni Periodo di Assicurazione.

Def. P Sottolimito

L'ammontare che rappresenta la massima esposizione degli Assicuratori in relazione ad uno specifico rischio: tale ammontare non si somma a quello del Massimale, ma è una parte dello stesso.

Def. Q Franchigia o Scoperto

L'ammontare precisato nella Scheda di Copertura che, per ogni Reclamo, resta a carico dell'Assicurato. Gli Assicuratori rispondono per la parte dell'Indennizzo che supera l'ammontare della Franchigia o dello Scoperto.

Def. R Broker

L'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura a cui il Contraente ha affidato la gestione di questo contratto.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Richiamo alle definizioni

Le parti convengono che le definizioni che precedono fanno parte integrante di questa polizza e vengono tutte richiamate per l'interpretazione di queste condizioni e di ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Art. 2 Dichiarazioni del Contraente - Questionario

Le dichiarazioni e le informazioni rese per iscritto dal Contraente per conto proprio e dell'Assicurato prima della stipulazione di questo contratto formano la base di questa assicurazione e della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori. Il Questionario e le risposte e informazioni ivi fornite fanno parte integrante di questa polizza. Si applicano gli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Art. 3 Altre assicurazioni - D.I.L., D.I.C., D.I.E.

Ove esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità, si applicano i seguenti disposti:

- 3.1** se le altre assicurazioni rispondono dei danni, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè per quella parte dell'ammontare dei danni e delle spese che eccederà l'ammontare pagabile da tali altre assicurazioni. (Copertura in D.I.L.: Differenza di Limiti).
- 3.2** qualora, per effetto di esclusioni contrattuali o di franchigie, i danni o parte di essi non siano coperti dalle altre assicurazioni, la presente assicurazione risponderà dei danni e delle relative spese o della parte non coperta, purché il Reclamo sia risarcibile ai sensi di questa polizza. (Copertura in D.I.C.: Differenza di Condizioni; copertura in D.I.E.: Differenza di Franchigie).
- 3.3** si applica in ogni caso quanto disposto agli Artt. 15 (Massimale) e 16 (Franchigia).
- 3.4** l'Assicurato è esonerato dall'obbligo di comunicare agli Assicuratori l'esistenza o la successiva stipulazione di eventuali altre assicurazioni, ma in caso di Reclamo è tenuto a farne denuncia a tutti gli Assicuratori interessati.

Art. 4 Calcolo e pagamento dei premi

Il premio annuale è calcolato sull'ammontare degli introiti lordi, al netto di IVA, fatturati nell'esercizio finanziario immediatamente anteriore alla data d'inizio del Periodo di Assicurazione. Tali introiti lordi sono dichiarati dal Contraente nel Questionario. A questo riguardo gli Assicuratori hanno il diritto di effettuare verifiche e controlli e il Contraente è tenuto a fornire ogni utile informazione e chiarimento e ad esibire tutte le documentazioni necessarie, compreso il registro delle fatture.

L'Assicurazione 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.

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. l'Ente Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro sessanta giorni dalla decorrenza della polizza fermo restando l'effetto della copertura assicurativa.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello delle scadenze annuali o intermedie e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

Il termine di rispetto per il pagamento di premi relativi ad eventuali appendici emesse sulla presente polizza si intende fissato in 60 giorni dalla data di ricezione da parte della Contraente del relativo documento regolarmente emesso dalla Società.

Il pagamento dei premi alla Società verrà effettuato per il tramite del Broker.

Resta convenuto tra le Parti che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio di Tesoreria del Contraente, od altra Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente che metterà a disposizione della Società detto atto a seguito di semplice richiesta da parte della Società stessa.

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto. Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.

La Società si obbliga ad assolvere tutti gli obblighi previsti dal Decreto Legge n. 66/2014, che introduce l'obbligo della fatturazione elettronica.

La ricezione delle fatture elettroniche avverrà secondo le specifiche contenute nel Decreto ministeriale 3 aprile 2013, n. 55 ("Regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 1, commi da 209 a 213, della legge 24 dicembre

2007, n. 244”).

Le fatture elettroniche indirizzate alla Contraente delle presente polizza devono fare riferimento al seguente Codice Univoco Ufficio così come censiti su www.indicepa.gov.it.

Codice Univoco Ufficio: UF1HGH.

Ai sensi dell’art. 25 del D.L. n. 66/2014, al fine di garantire l’effettiva tracciabilità dei pagamenti da parte delle pubbliche amministrazioni, le fatture elettroniche emesse verso le P.A., per tutti i casi in cui si applica, dovranno riportare necessariamente:

1. Il codice identificativo di gara (CIG), tranne i casi di esclusione dall’obbligo di tracciabilità di cui alla Legge n. 136 del 13 agosto 2010;
2. Il codice unico di progetto (CUP) in caso di fatture riferite a progetti di investimento pubblico.

Per maggiori informazioni circa le specifiche tecniche e la normativa di riferimento sulla fattura elettronica si rimanda al sito www.fatturapa.gov.it.

Art. 5 Variazioni del contratto - Comunicazioni tra le Parti - Oneri fiscali

- 5.1** Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dal Contraente e dagli Assicuratori.
- 5.2** Tutte le comunicazioni tra le Parti devono essere fatte per iscritto.
- 5.3** Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all’assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 6 Aggravamento o diminuzione del rischio

In caso di mutamenti che aggravino il rischio nel corso del Periodo di Assicurazione, il Contraente e/o l’Assicurato devono darne avviso scritto agli Assicuratori entro 30 giorni dalla data del loro verificarsi, e si applicano le disposizioni dell’Art. 1898 C.C.. Se nel corso del Periodo di Assicurazione il Contraente comunica agli Assicuratori mutamenti che producono una diminuzione del rischio, si applicano le disposizioni dell’Art. 1897 C.C. e gli Assicuratori rinunciano al relativo diritto di recesso.

Art. 7 Durata dell’assicurazione – Rinnovo e Proroga del Contratto

Il presente contratto ha validità dalle ore 24.00 del 31.12.2022 alle ore 24.00 del 31.12.2025 (scadenza anniversaria al 31.12 di ogni anno) e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Si conviene che le Parti hanno comunque la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale tramite lettera raccomandata da inviarsi con almeno 120 giorni di anticipo.

Si precisa che alla data del 31.12.2025, è previsto il rinnovo della presente polizza per una pari durata di 3 (tre) anni e quindi dalle ore 24,00 del 31.12.2025 alle ore 24 del 31.12.2028, alle stesse condizioni normative ed economiche in corso.

E’ inoltre facoltà del Contraente, entro la scadenza del contratto e/o entro la scadenza del rinnovo, richiedere alla Società, la proroga, alle stesse condizioni normative ed economiche in corso, della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d’aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni.

La Società s’impegna a rinnovare e/o prorogare l’assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall’inizio della proroga/rinnovo.

Il contratto potrà essere disdetto dalle Parti a mezzo Pec o lettera raccomandata A.R. inviata almeno 120 giorni prima di ogni ricorrenza annuale.

L’assicurazione cesserà automaticamente alla scadenza del periodo di proroga/rinnovo senza obbligo di disdetta.

La Società conviene altresì che è facoltà della Contraente disdetta l’assicurazione, con i tempi e le modalità sopra indicati, qualora intervenga per la Contraente stessa l’opportunità e/o la necessità di aderire ad iniziative che, esperite a livello centralizzato/regionale, prevedano il trasferimento del rischio garantito dalla presente polizza, successivamente alla stipula del presente contratto, qualora dette coperture siano normo-economicamente migliorativi rispetto al contratto, tenuto conto dell’obbligo di pagamento del decimo delle prestazioni non ancora eseguite e qualora l’appaltatore non acconsenta ad una modifica delle condizioni economiche tale da rispettare il limite di cui all’art. 26 comma 3 della legge 23 Dicembre 1999, n. 488 e s.m.i..In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art. 8 Giurisdizione e Domande Giudiziali

Viene concordato che la presente assicurazione sarà disciplinata esclusivamente dalla legge italiana e che, in virtù di ciò, qualsiasi controversia inerente o derivante dalla stessa sarà rimandata alla esclusiva giurisdizione del

tribunale italiano competente.

Art. 9 Foro Competente

Foro competente è esclusivamente quello ove ha sede il Contraente.

Art. 10 Norme di legge

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

Art. 11 Gestione del contratto – Clausola Broker

L'Ente Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Aon S.p.A., qualità di Broker, ai sensi dell'art. 109 del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società da atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

La Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato. Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del Regolamento ISVAP n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. In applicazione del 1° comma del predetto art. 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi del Contraente al Broker.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico.

L'opera del Broker è remunerata, in conformità alla prassi di mercato, dall'Assicuratore aggiudicatario nella misura del 10% del premio imponibile.

Si prende altresì atto che qualora venga a scadere nel corso della validità della presente polizza il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il sopra citato Broker, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario dell'infranominato servizio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

Art. 12 Oggetto dell'assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto, gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che egli sia tenuto a pagare per danni a Terzi, quale civilmente responsabile a qualunque titolo (e quindi - a titolo esemplificativo e non limitativo - anche per fatto colposo o doloso commesso da dipendenti, consulenti o Collaboratori del Contraente, mediatori e formatori, fermi i diritti di rivalsa nei loro confronti di cui all'Art. 23) relativamente allo svolgimento dell'Attività Professionale di organismo di mediazione o di ente di formazione, così come disciplinate dal D.Lgs. 28/2010, dal D.M. 180/2010, dal D.M. 145/2011, dalla L. 98/2013 e s.m.i..

L'assicurazione è soggetta alle modalità, esclusioni, limitazioni e precisazioni contenute nelle condizioni di questa polizza, nonché nel Modulo e nella Scheda di Copertura che ne fanno parte integrante, ed è operante a condizione che l'Assicurato sia regolarmente iscritto presso il Ministero della Giustizia al registro degli organismi di mediazione o all'elenco degli enti di formazione.

Art. 13 Inizio e termine della garanzia - Forma "claims made"

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" dato che è operante per fatti colposi, errori od omissioni, commessi anche prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione, ma non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura, e a condizione che il conseguente Reclamo sia per la prima volta presentato all'Assicurato, e da questi regolarmente denunciato agli Assicuratori, durante il Periodo di Assicurazione. Trascorso tale periodo, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Reclamo potrà esser loro denunciato.

In caso di cessazione dell'Attività Professionale (esclusi i casi di radiazione dal registro degli organismi di mediazione o dall'elenco degli enti di formazione) durante la Durata del Contratto, su richiesta scritta e formale del Contraente, l'Assicurazione può essere estesa alla copertura dei Reclami 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, a fronte del pagamento di un Premio "una tantum" equivalente al 100% dell'ultimo premio annuo pagato.

In caso di cessazione dell'assicurazione contratto per altri motivi, su richiesta scritta e formale del Contraente da inoltrarsi agli Assicuratori nei 30 giorni antecedenti la data di scadenza dell'Assicurazione, e purché gli Assicuratori abbiano dato il loro assenso (il quale assenso non potrà essere irragionevolmente negato) l'Assicurazione può essere estesa alla copertura dei Reclami denunciati agli Assicuratori nei 5 (cinque) anni successivi alla scadenza della Durata del Contratto, 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 (cinque) anni, a fronte del pagamento di un Premio "una tantum" che verrà quantificato in sede di richiesta.

Per i Reclami denunciati agli Assicuratori dopo la scadenza della Durata del Contratto, il Massimale per tutto il periodo di copertura postuma, non potrà superare l'ammontare indicato in polizza, indipendentemente dal numero dei Reclami stessi.

Qualora risulti che un Reclamo 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 Reclamo.

La suindicata garanzia postuma cesserà automaticamente nel momento in cui l'Assicurato stipulerà altra polizza assicurativa a garanzia dei suoi rischi professionali.

Art. 14 Limiti territoriali

L'Assicurazione vale per i Sinistri derivanti da comportamenti colposi posti in essere nel territorio dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo.

Art. 15 Massimale

Il Massimale indicato nella Scheda di Copertura rappresenta l'esborso cumulativo massimo fino a concorrenza del quale gli Assicuratori sono tenuti a rispondere per ciascun Reclamo e per l'insieme di tutti i Reclami pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione. Qualunque sia il numero dei Reclami, dei reclamanti e degli Assicurati coinvolti, e senza riguardo al momento in cui i danni si sostanzino o gli Assicuratori effettuino gli eventuali pagamenti, l'obbligazione degli Assicuratori non potrà mai, in qualsiasi circostanza e a qualunque titolo, essere maggiore di tale Massimale. Ogni importo pagato dagli Assicuratori per ciascun Reclamo andrà pertanto a ridurre il Massimale pertinente alla relativa garanzia ed al relativo Periodo di Assicurazione. Il

“Massimale applicabile” è quello che risulta dopo tale riduzione.

Il Massimale di un Periodo di Assicurazione non si cumula in nessun caso con quello di un periodo precedente o successivo, né in conseguenza di proroghe, rinnovi o sostituzioni del contratto, né per il cumularsi dei premi pagati o da pagare.

Se per una voce di rischio è previsto un Sottolimito, questo non è in aggiunta al Massimale ma è una parte dello stesso e rappresenta l’obbligazione massima degli Assicuratori per quella voce di rischio.

Art. 16 Franchigia o Scoperto

L’assicurazione è soggetta alla Franchigia o allo Scoperto stabiliti nella Scheda di Copertura che, per ogni Reclamo, restano a carico dell’Assicurato. Agli effetti dell’applicazione della Franchigia o dello Scoperto, tutti i Reclami che risalgono a uno stesso fatto colposo, a uno stesso errore o una stessa omissione, o a più fatti, errori od omissioni attribuibili a una medesima causa, saranno considerati un Reclamo unico.

Qualora gli Assicuratori abbiano anticipato, in tutto o in parte, l’ammontare della Franchigia o dello Scoperto, il Contraente si obbliga a rimborsare il relativo importo agli Assicuratori stessi dietro dimostrazione dell’avvenuta anticipazione.

La Franchigia o lo Scoperto non si applicano alle spese legali e peritali di cui all’Art. 22 che segue.

Art. 17 Precisazioni ed estensioni della copertura assicurativa

Nei termini e alle condizioni tutte di questo contratto, ivi comprese le esclusioni stabilite all’Art. 18, e fermi sia il Massimale che la Franchigia o Scoperto (Artt. 15 e 16), gli Assicuratori rispondono anche nei seguenti casi:

17.1 Fatto dei Dipendenti e Collaboratori

L’assicurazione è estesa a comprendere anche i Reclami che dovessero essere fatti per la prima volta contro l’Assicurato durante il Periodo di Assicurazione, per danni a Terzi determinati da azione od omissione colposa o dolosa commessa, nell’ambito e nello svolgimento dell’Attività Professionale esercitata, da persone del cui operato l’Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere, ivi comprese le persone che, al momento del fatto, erano suoi Dipendenti o Collaboratori, fermi i diritti di rivalsa previsti dall’Art. 23.

17.2 Responsabilità solidale

L’assicurazione vale anche per i danni di cui ogni Assicurato debba rispondere solidalmente con altri soggetti; in questo caso, gli Assicuratori rispondono di quanto dovuto dall’Assicurato, fermo il diritto di regresso nei confronti dei Terzi corresponsabili.

17.3 Tutela dei dati personali

L’assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all’Assicurato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679 per i danni cagionati a Terzi in conseguenza dell’errato trattamento (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) dei dati personali di Terzi, purché conseguenti a fatti involontari e non derivanti da comportamento illecito continuativo.

17.4 Diffamazione e danni all’immagine

L’assicurazione è estesa ai Reclami che dovessero essere fatti per la prima volta contro l’Assicurato durante il Periodo di Assicurazione per diffamazione, lesione della reputazione imprenditoriale o danni all’immagine di Terzi, a seguito di un fatto commesso, nell’ambito e nello svolgimento dell’Attività Professionale esercitata, da taluna delle persone del cui operato l’Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere, ivi comprese le persone che, al momento del fatto, erano suoi Dipendenti o Collaboratori, fermi i diritti di rivalsa previsti dall’Art. 23.

17.5 Perdita di documenti

L’assicurazione è estesa ai Reclami che dovessero essere fatti per la prima volta contro l’Assicurato durante il Periodo di Assicurazione per la responsabilità derivante all’Assicurato ai sensi di legge a seguito di qualunque evento che provochi la perdita, il danneggiamento, lo smarrimento o la distruzione di documenti quali di seguito definiti, e che si verifichi entro i limiti territoriali convenuti e durante il Periodo di Assicurazione, nell’ordinario svolgimento dell’Attività Professionale esercitata. Questa estensione è valida qualunque sia la causa dell’evento, ma salve le esclusioni che seguono, purché il fatto dannoso si verifichi durante il trasporto di tali documenti oppure quando gli stessi siano in possesso dell’Assicurato o di un suo incaricato.

Inoltre, fino a concorrenza di un Sottolimito annuo di Euro 100.000,00 e con l’applicazione di una Franchigia di Euro 2.500,00 per Reclamo, gli Assicuratori rispondono dei costi sostenuti dall’Assicurato e preventivamente approvati dagli Assicuratori per il ripristino o la sostituzione dei documenti andati

perduti, danneggiati, smarriti o distrutti.

Ai fini di questa estensione, il termine "Documenti" sta a significare ogni genere di documento pertinente all'Attività Professionale esercitata, cartaceo o computerizzato, sia esso di proprietà dell'Assicurato stesso o a lui affidato in deposito o in custodia, escluso però ogni genere di valori, quali ad esempio titoli al portatore, banconote, titoli di credito, titoli ed effetti negoziabili, carte valori, valori bollati, biglietti di lotterie e concorsi, carte di credito e simili.

Art. 18 Esclusioni

L'assicurazione non è intesa a tenere indenne l'Assicurato:

- 18.1** per Reclami già presentati all'Assicurato prima della data di effetto del Periodo di Assicurazione, indipendentemente dal fatto che siano stati denunciati o meno a precedenti Assicuratori;
 - 18.2** per situazioni e circostanze oggettivamente suscettibili di causare o di aver causato danni a Terzi, che erano già note all'Assicurato prima della data di effetto del Periodo di Assicurazione in corso, indipendentemente dal fatto che siano state denunciate o meno ad altri Assicuratori;
 - 18.3** in relazione ad attività diverse da quella di organismo di mediazione o di ente di formazione;
 - 18.4** per atti o fatti commessi prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura;
 - 18.5** per Reclami fatti valere in Paesi che siano al di fuori dei limiti territoriali convenuti;
 - 18.6** per fatti dovuti a insolvenza o fallimento dell'Assicurato;
 - 18.7** in relazione ad attività svolte dopo il verificarsi di un caso di cessazione dell'assicurazione indicato all'Art. 19 che segue;
 - 18.8** per tutte le obbligazioni di natura fiscale o contributiva, per multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni, che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, nonché per indennità che abbiano natura punitiva (danni punitivi, esemplari, multipli, o comunque denominati), ferma la validità dell'assicurazione quando tali multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni siano imposte a Terzi come conseguenza della negligenza professionale dell'Assicurato
 - 18.9** per responsabilità assunte dall'Assicurato con patti contrattuali, obbligazioni o garanzie, salvo che tali responsabilità sussistano per legge anche in assenza di tali patti contrattuali, obbligazioni o garanzie;
 - 18.10** per danni o responsabilità derivanti da omissione, errore o ritardo nella stipulazione, nell'aggiornamento o nel rinnovo di adeguate coperture assicurative, cauzioni, fidejussioni o altre garanzie finanziarie, o nel pagamento dei relativi premi o altri corrispettivi; oppure derivanti dalla erronea, tardiva o impropria esecuzione o utilizzazione di tali contratti e strumenti;
 - 18.11** per danni a Terzi dovuti a morte, lesioni personali, malattie o malori, e per danneggiamenti o distruzione di cose o di animali, salvo quanto previsto agli Artt. 17.5 e 17.6;
 - 18.12** per infortuni sul lavoro o malattie professionali di ogni tipo, subiti dai Dipendenti o dai Collaboratori; ogni genere di danno sofferto dagli stessi a seguito di discriminazione, abusi o altro tipo di maltrattamento, o di inadempienza contrattuale nei loro confronti;
 - 18.13** per danni derivanti direttamente o indirettamente dalla proprietà, dal possesso o dall'uso di terreni, fabbricati (fatto salvo quanto previsto all'Art. 17.5), animali, aeromobili, imbarcazioni, natanti, autoveicoli, motoveicoli, o qualunque altro mezzo di locomozione o trasporto;
 - 18.14** per danni causati dalla propagazione di virus nei computer e/o loro sistemi, programmi o applicazioni, oppure dalla incapacità di tali sistemi, programmi o applicazioni, di leggere correttamente le date di calendario;
 - 18.15** per danni che si verifichino o insorgano, direttamente o indirettamente, da inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
 - 18.16** per danni derivanti direttamente o indirettamente dalla presenza di muffe tossiche non alimentari oppure dalla presenza o dall'uso di amianto;
- Sono inoltre esclusi i danni e le responsabilità:
- 18.17** che si verifichino o insorgano in occasione di guerra, invasione, azione di nemici esterni, ostilità, operazioni belliche (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, tumulti civili che costituiscano o assumano le proporzioni di una sollevazione, potere militare, usurpazione di potere, qualsiasi atto di terrorismo;
 - 18.18** 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.

Art. 19 Casi di cessazione dell'assicurazione

Indipendentemente dal momento in cui gli Assicuratori ne siano informati, nei confronti dell'Assicurato a cui venga sospesa, negata o ritirata l'abilitazione all'esercizio dell'Attività Professionale di organismo di mediazione o ente di formazione l'assicurazione cessa automaticamente dalla data in cui una tale circostanza si è verificata.

PROCEDURE IN CASO DI RECLAMO

Art. 20 Denuncia dei Reclami

Entro i 30 giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza, l'Assicurato deve fare agli Assicuratori denuncia scritta di ogni Reclamo ricevuto per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso. 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.

Nei termini predetti e con le stesse modalità, l'Assicurato deve far denuncia agli Assicuratori di qualsiasi situazione o circostanza di cui venga a conoscenza e che sia oggettivamente suscettibile di causare un Reclamo quale definito in questa polizza. Tale denuncia, accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune, ed indipendentemente dalla data di denuncia dell'eventuale conseguente Reclamo, sarà trattata come Reclamo presentato e regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione con applicazione degli Artt. 21, 22, 23 e 24 che seguono.

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata in questa polizza, gli Assicuratori respingeranno qualunque denuncia fatta dopo la data di cessazione del Periodo di Assicurazione, salvo che i 30 giorni di tempo per fare la denuncia cadano, in tutto o in parte, dopo tale data di cessazione.

Se esistono altre assicurazioni a coprire le stesse responsabilità o gli stessi danni (Art. 3), l'Assicurato è tenuto a fare denuncia del Reclamo, con le modalità e nei termini previsti dalle rispettive polizze, anche agli altri assicuratori interessati, indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910, terzo comma, C.C.).

Art. 21 Diritti e obblighi delle parti in caso di danno

Fatta la denuncia di un Reclamo, l'Assicurato è tenuto a fornire agli Assicuratori l'assistenza necessaria e tutte le informazioni e documentazioni utili per la gestione del caso.

Pena la perdita del diritto all'Indennizzo, l'Assicurato non deve, senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In caso di dissenso sull'opportunità di resistere alle pretese del Terzo, le Parti si rimetteranno al parere di un legale qualificato da nominarsi di comune accordo dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Senza il previo consenso dell'Assicurato, gli Assicuratori non possono pagare risarcimenti a Terzi. Qualora però l'Assicurato opponesse un rifiuto a una transazione raccomandata dagli Assicuratori preferendo resistere alle pretese del Terzo o proseguire l'eventuale azione legale, gli Assicuratori non saranno tenuti a pagare più dell'ammontare per il quale avevano la possibilità di transare, oltre alle spese legali sostenute fino alla data in cui l'Assicurato ha opposto detto rifiuto, fermo in ogni caso il Massimale applicabile in quel momento e ferma la Franchigia o lo Scoperto a carico dell'Assicurato.

Art. 22 Vertenze e spese legali e peritali

22.1 In qualsiasi momento e fino a quando ne hanno interesse, gli Assicuratori hanno la facoltà di assumere, a nome dell'Assicurato, la gestione delle vertenze di natura civile, in sede sia giudiziale che extragiudiziale, e delle vertenze di natura amministrativa, e possono nominare legali o periti se necessario. Le spese peritali per svolgere le indagini e gli accertamenti del caso e le spese legali per gestire le vertenze in sede civile o amministrativa sono a carico degli Assicuratori, in aggiunta al Massimale e per un ammontare non superiore a un quarto di tale Massimale.

22.2 In caso di procedimento penale, gli Assicuratori sosterranno le relative spese legali e peritali e assumeranno la difesa dell'Assicurato fino ad esaurimento del grado di giudizio in corso all'atto della tacitazione dei danneggiati, sempre che ricorrano le seguenti condizioni:

22.2.1 che il procedimento sia relativo a fatti e circostanze che possano produrre un Reclamo ai sensi di questa polizza;

22.2.2 che la difesa nel procedimento sia funzionale ai fini della resistenza a tale Reclamo, eventualmente anche nella concomitante o conseguente azione civile.

Gli Assicuratori rispondono delle spese di difesa penale fino a concorrenza di un Sottolimito pari ad Euro 200.000,00 per l'insieme di tutti i procedimenti che abbiano inizio nel corso di un Periodo di Assicurazione e senza riguardo al momento in cui tali spese diverranno liquide ed esigibili.

22.3 Alle spese legali, peritali e di difesa non si applica la Franchigia o Scoperto. Gli Assicuratori non rispondono di tali spese se riferite a legali o tecnici che non siano stati da essi designati.

Art. 23 Diritto di surrogazione

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

Nei confronti dei Dipendenti e Collaboratori dell'Assicurato e di ogni altra persona fisica o giuridica che operi congiuntamente con l'Assicurato, tali diritti di rivalsa saranno fatti valere soltanto in caso di azione od omissione dolosa dagli stessi commessa.

Art. 24 Facoltà di recesso in caso di Reclamo

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

ESCLUSIONE DEI RISCHI DI CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA E DEI DANNI CAGIONATI DA IMPIANTI NUCLEARI ESPLOSIVI

Esclusione di contaminazioni radioattive e assemblaggio di esplosivi nucleari Questa polizza non copre:

- a) Perdita o distruzione o danno di qualsiasi proprietà o perdita o spesa che risulti o derivi da quanto sopra o qualsiasi perdita che ne consegua;
- b) Qualsiasi responsabilità legale di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causata da o che abbia contribuito o derivi da:
 - i) Radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva da carburante nucleare o da rifiuti nucleari derivanti dalla combustione di carburante nucleare
 - ii) Le proprietà radioattive, tossiche, esplosive o altre caratteristiche pericolose di qualsiasi assemblaggio di esplosivi nucleari o delle sue componenti nucleari

NMA1622 04/04/1968

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DELLE SANZIONI ECONOMICHE

In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possano esporre i medesimi a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o Sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, Giappone, Regno Unito o degli Stati Uniti d'America

15/09/10 LMA3100

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE RISCHI GUERRA E TERRORISMO

A rettifica di qualunque norma in senso contrario contenuta nel testo di Polizza o clausole aggiuntive, viene convenuto che il contratto di Assicurazione esclude la copertura di qualunque perdita, Danno, costo o spesa di qualsivoglia natura causati direttamente o indirettamente, oppure risultanti da od in connessione ad uno dei seguenti eventi, indipendentemente da qualunque altra causa o evento che contribuiscano o concorrano agli altri aspetti del Sinistro: 1. guerra, invasione, atti ostili di nemici stranieri, ostilità od atti di guerra (dichiarata o meno), guerra civile, rivolta, insurrezione, agitazione popolare avente dimensione o conseguenze di sommossa, colpo di stato militare o meno; oppure: 2. qualunque atto di terrorismo. Ai fini della presente clausola si intende per atto di terrorismo qualunque atto, inclusi anche e non solo quelli che presuppongano ricorso alla forza o violenza e/o alla minaccia, compiuto da qualunque persona o gruppo di persone, agenti in proprio o per conto o in connessione con qualunque organizzazione o governo ed ispirati da finalità politiche, religiose, ideologiche o simili compreso lo scopo di influenzare le scelte di governo e/o, ancora, di porre in soggezione o timore il popolo o parte di esso. La presente clausola esclude inoltre la copertura di Danni, costi o spese di qualsiasi natura causati direttamente o meno, o risultanti da o in connessione a qualsiasi azione intrapresa al fine di controllare, prevenire, sopprimere o comunque relativamente a quanto elencato ai punti 1. e 2. Nel caso in cui gli Assicuratori eccepiscano l'accadimento dei fatti o atti di cui sopra e neghino il risarcimento dei Danni, costi o spese, l'onere di provare l'insussistenza di quanto deciso dagli Assicuratori graverà sull'Assicurato. Qualora parte

del contenuto della presente clausola venisse dichiarato nullo o inefficace da parte degli organi giudiziari o amministrativi competenti, tale nullità o inefficacia non pregiudicherà la validità del resto della clausola

08.10.01 - NMA 2918

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DEL RISCHIO CYBER

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

1) Il presente contratto esclude qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo, spesa, multa, sanzione, costo di mitigazione o qualsiasi altro importo direttamente causato, derivante o risultante da:

- a) Un Attacco Cyber;
- b) Indisponibilità parziale o totale o guasto di qualsiasi Sistema Informatico;

a condizione che il Sistema Informatico sia di proprietà o controllato dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato; o

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

d) qualsiasi guasto o interruzione del servizio fornito:

i. all'Assicurato o qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato da un fornitore di servizi Internet, un fornitore di telecomunicazioni o un fornitore di servizi cloud, ad eccezione dell'hosting di hardware e software di proprietà dell'assicurato;

ii. da qualsiasi fornitore di servizi, limitatamente al caso in cui tale mancanza di interruzione del servizio abbia un impatto su un Sistema Informatico posseduto o controllato dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato.

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

Ai fini della presente appendice si applicano le seguenti definizioni:

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

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

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

DICHIARAZIONI

Agli effetti dell'Art. 1341 C.C., il sottoscritto Contraente dichiara, per conto proprio e per conto dell'Assicurato:

1. di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma "claims made", a coprire i Reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo;
2. di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli delle condizioni:
 - Art. 2 Dichiarazioni del Contraente - Questionario
 - Art. 3 Altre assicurazioni - D.I.L, D.I.C., D.I.E
 - Art. 4 Calcolo del premio - Pagamento dei premi
 - Art. 7 Durata dell'assicurazione
 - Art. 11 Gestione del contratto
 - Art. 13 Inizio e termine della garanzia - Forma "claims made"
 - Art. 18 Esclusioni
 - Art. 19 Casi di cessazione dell'assicurazione
 - Art. 20 Denuncia dei Reclami
 - Art. 21 Diritti e obblighi delle Parti in caso di danno
 - Art. 24 Facoltà di recesso in caso di Reclamo
 - Esclusione dei rischi di contaminazione radioattiva e dei danni cagionati da impianti nucleari esplosivi;
 - Clausola di esclusione delle sanzioni economiche;
 - Clausola di esclusione rischi guerra e terrorismo;
 - Clausola di esclusione del rischio cyber.

Data

Il Contraente
