

Assicurazione:	Contratto di assicurazione a copertura della responsabilità civile degli esponenti di Ordini Professionali con garanzie a favore dell'Ordine Professionale medesimo
Documento informativo relativo al prodotto assicurativo	
Documento predisposto a cura di DUAL Italia S.p.A.¹ nella sua qualità di "manufacturer de facto" per conto della Compagnia	
Compagnia:	Arch Insurance (EU) DAC
Prodotto:	DUAL Corporate Protection Ordini Professionali
Data di realizzazione del DIP Danni:	Maggio 2021, ultima versione disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

DUAL Corporate Protection Ordini Professionali è una polizza di Responsabilità Civile che tutela i consiglieri, i componenti dei consigli e delle commissioni e i responsabili della privacy e della sicurezza nell'ambito delle loro funzioni presso l'ordine professionale contraente, nonché l'ordine professionale medesimo per alcune limitate fattispecie di copertura.

La polizza è in forma "claims made" e copre pertanto le richieste di risarcimento da parte di terzi nei confronti degli assicurati avanzate per la prima volta durante il periodo di assicurazione e regolarmente denunciate agli assicuratori durante lo stesso periodo, o durante il periodo di osservazione.



Che cosa è assicurato?

La polizza assicura:

- le richieste di risarcimento relative a fatti illeciti dei soggetti assicurati nell'ambito della carica ricoperta presso l'ordine professionale
- le richieste di risarcimento verso l'ordine professionale stesso esclusivamente in ambito extracontrattuale o per controversie in materia di diritto del lavoro
- le azioni di responsabilità svolte ai sensi di quanto previsto dal Codice Civile, conseguenti ad azioni colpose dei soggetti assicurati che abbiano causato una perdita patrimoniale dell'ordine professionale
- le richieste di risarcimento riconducibili a fatti illeciti degli assicurati commessi in qualsiasi momento antecedente la decorrenza di polizza, purché non noti al momento della stipula del contratto (cosiddetta retroattività illimitata)
- le circostanze ovvero la notifica da parte degli assicurati di atti, fatti e/o contestazioni che potrebbero dar luogo a richieste di risarcimento future. Le circostanze denunciate agli assicuratori durante il periodo di copertura garantiscono agli assicurati di poter trasmettere la successiva richiesta di risarcimento derivante da tale circostanza anche dopo la scadenza del periodo di assicurazione e pertanto anche nel caso in cui il contratto non fosse più in vigore
- le circostanze e le richieste di risarcimento da parte di terzi nei confronti degli



Che cosa non è assicurato?

La polizza non assicura:

- circostanze e/o richieste di risarcimento esistenti prima od alla data di decorrenza della polizza
- circostanze e/o richieste di risarcimento notificate in base a precedenti polizze o ad altri assicuratori
- frode, atto o omissione dolosa
- obbligazioni di natura fiscale, contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo all'ordine professionale o ai soggetti assicurati e/o le conseguenze del loro mancato pagamento
- emolumenti o compensi di qualsiasi natura
- l'attività dell'ordine professionale e/o la prestazione o mancata prestazione di servizi di natura professionale
- infortunio, lesione personale, malattia, morte, infermità di persone o danno, distruzione, perdita o deterioramento di cose
- fuoriuscita, dispersione, emissione o fuga di sostanze inquinanti; disposizioni o richieste di verifica, monitoraggio, bonifica, rimozione, contenimento, trattamento o neutralizzazione di sostanze inquinanti
- radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva che trae origine da radioattività derivante da qualsiasi combustibile nucleare o da scorie nucleari generate da combustibile nucleare; sostanze radioattive, tossiche, esplosive od altre proprietà pericolose, montaggio di esplosivi nucleari o relativi componenti nucleari
- guerra, atti terroristici

assicurati avanzate per la prima volta e regolarmente denunciate agli assicuratori durante il periodo successivo alla scadenza del periodo di assicurazione e riferite a fatti illeciti commessi durante il periodo di assicurazione o di retroattività (cosiddetto periodo di osservazione).

- omissioni nella stipulazione, modifica o rinnovo di contratti assicurativi, riassicurativi o fidejussioni e/o cauzioni o ritardi nel pagamento dei relativi premi
- qualsiasi socio che abbia approvato o ratificato il fatto colposo oggetto della richiesta di risarcimento o abbia concorso a cagionarlo
- perdite cagionate alla pubblica amministrazione e/o all'erario e comunque responsabilità amministrativa e/o amministrativo contabile
- l'operato dell'organismo di composizione della crisi da sovraindebitamento.



Ci sono limiti di copertura?

- Le franchigie, gli scoperti di polizza, le richieste di risarcimento/le perdite che eccedono i limiti di indennizzo e/o sottolimiti pattuiti come segue:
 - limite di indennizzo e franchigia indicati nel contratto
 - spese di pubblicità: sottolimito € 100.000
 - spese impreviste: sottolimito € 50.000
 - spese di viaggio: sottolimito € 20.000
 - violazioni della normativa in materia di dati personali: sottolimito € 150.000
 - danni materiali e/o danni corporali di terzi: sottolimito € 150.000
- Sono escluse le richieste di risarcimento avanzate prima del periodo di assicurazione, successivamente alla scadenza e comunque derivanti da fatti colposi commessi prima del periodo di retroattività (ove previsto).
- Fatti colposi connessi fra loro, continuati o ripetuti costituiscono un singolo fatto colposo e pertanto è applicata una sola franchigia e un unico limite di indennizzo per ciascun sinistro; due o più richieste di risarcimento da parte di un soggetto terzo riconducibili a fatti colposi diversi sono considerati sinistri distinti e separati ai quali è applicato per ciascuno la franchigia prevista dal contratto.



Dove vale la copertura?

Sono coperte le richieste di risarcimento originate da fatti colposi posti in essere ovunque nel mondo (con esclusione di Stati Uniti d'America, Canada e territori sottoposti alla loro rispettiva giurisdizione).



Che obblighi ho?

Il contraente è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori. Le informazioni, le dichiarazioni inesatte od incomplete e/o gli aggravamenti o mutamenti di rischio non noti o non accettati dagli assicuratori comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché il recesso dell'assicuratore dal contratto.

In caso di richiesta di risarcimento o circostanze deve inviare comunicazione scritta, entro 30 giorni agli assicuratori tramite l'intermediario.

Il contraente deve comunicare per iscritto agli assicuratori l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi ad oggetto in tutto o in parte lo stesso rischio di cui alla polizza. In caso di richiesta di risarcimento, gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori comunicando a ciascuno il nome degli altri. Qualora esistano altre assicurazioni per lo stesso rischio questo contratto opererà a 2° rischio e, quindi, per l'eccedenza dei limiti di indennizzo rispetto alla copertura delle altre polizze assicurative.



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

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

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

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

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

Assicurazione:	Contratto di assicurazione a copertura della responsabilità civile degli esponenti di Ordini Professionali con garanzie a favore dell'Ordine Professionale medesimo
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)	
Documento predisposto a cura di DUAL Italia S.p.A.¹ nella sua qualità di "manufacturer de facto" per conto della Compagnia	
Compagnia:	Arch Insurance (EU) DAC
Prodotto:	DUAL Corporate Protection Ordini Professionali
Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni:	Maggio 2021, ultima versione disponibile

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

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

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

- Avente la sede legale in 2nd Floor Block 3 The Oval, 160 Shelbourne Road, Ballsbridge Dublin 4 (Irlanda)
- Numero di iscrizione nell'Albo delle Imprese di assicurazione: I.00164
- Codice IVASS impresa: D965R
- Sede secondaria in Italia: via Della Posta, 7, 20123 Milano (Italia);
- tel. 00353-16699700 /0039-02 806181; sito internet www.archcapgroup.com - selezionando Insurance>Regions>EU/EEA
- Regime di operatività in Italia: libertà di stabilimento
- Autorità di vigilanza competente: Central Bank of Ireland (CBI) con sede in New Wapping Street, North Wall Quay, Dublino 1 D01 F7X3, (Irlanda)
- L'ammontare del patrimonio netto di Arch Insurance (EU) DAC è pari a Euro 88.113.000, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a Euro 97.252.000 e la parte relativa alle riserve patrimoniali pari a Euro 9.139.000;
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) Euro 10.408.000;
- Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) Euro 41.630.000;
- Fondi propri ammissibili Euro 88.130.000;
- L'indice di copertura dei requisiti patrimoniali, quale rapporto tra fondi propri ammissibili e Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari al 212%;
- La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) si può consultare collegandosi al link <https://ir.archgroup.com/financial-reports/annual-fcr-reports/default.aspx>

I dati patrimoniali di cui sopra si riferiscono al bilancio d'esercizio chiuso al 31/12/2020.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

La polizza tutela i consiglieri, i componenti dei consigli e delle commissioni e i responsabili della privacy e della sicurezza nell'ambito delle loro funzioni presso l'ordine professionale contraente, nonché l'ordine professionale medesimo per alcune limitate fattispecie di copertura, così come meglio specificato nel DIP danni.

La polizza include anche:

- azione di responsabilità avviate a seguito di:
 - violazioni della normativa in materia di dati personali
 - inquinamento
 - sanzioni, multe e ammende comminate all'ordine professionale
 - mobbing
 - procedimenti aventi ad oggetto danni materiali e/o danni corporali di terzi
 - fatti colposi con impatti nell'ambito del processo produttivo e/o nell'erogazione di servizi aziendali
 - azioni sociali e/ di terzi
- spese per procedimenti speciali: spese relative ad indagini di organi od autorità di vigilanza
- spese di pubblicità: spese inerenti la reputazione dell'ordine professionale a seguito di un sinistro
- spese impreviste
- spese di viaggio: spese inerenti la partecipazione ad un giudizio riconducibile ad un sinistro
- il rimborso di quanto pagato dall'ordine professionale per tenere indenne il management coinvolto in richieste di risarcimento.

La polizza copre altresì l'ordine professionale da:

- richieste di risarcimento da parte di terzi dovute ad errori che abbiano determinato una responsabilità pre-contrattuale
- richieste di risarcimento dovute ad errori commessi in materia di diritto del lavoro che determinino:
 - illegittimo demansionamento
 - indennità sostitutiva della reintegrazione del posto di lavoro ai sensi delle normative vigenti in ambito di diritto del lavoro (ivi compreso il c.d. Jobs Act)
 - contributi previdenziali e assistenziali dovuti sulle indennità oggetto di condanna o, in caso di reintegrazione, i contributi previdenziali e assistenziali dovuti dal giorno del licenziamento fino a quello del reintegro
 - mensilità indennitarie a seguito di condanna, con il rimborso da 2 a massimo 6 mensilità, a seconda del tipo di contratto subordinato di lavoro in vigore al momento del licenziamento
- perdite di terzi per fatti colposi commessi nell'ambito dello svolgimento di attività istituzionali dell'ente
- perdite finanziarie direttamente riconducibili ad azioni dolose commesse dai dipendenti
- costi sostenuti nell'ambito dell'attività di verifica fiscale svolta dall'Agenzia delle Entrate o dalla Guardia di Finanza
- spese sostenute in relazioni a indagini ufficiali poste in essere da enti, organi od Autorità preposti al controllo e/o alla supervisione
- spese sostenute per rilanciare l'immagine a seguito di un sinistro
- spese logistiche sostenute dall'ordine professionale per conto del management aziendale per partecipare ad un giudizio riconducibile ad un sinistro garantito dalla polizza;
- costi e spese legali nell'ambito di:
 - violazione della normativa vigente in materia di dati personali
 - procedimenti aventi ad oggetto danni materiali e/o corporali di terzi – anche nell'ambito del Decreto Legislativo 81/2008.

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

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

**Estensione
responsabilità
amministrativa e/o
amministrativo-contabile**

L'estensione prevede in garanzia le richieste di risarcimento per responsabilità amministrativa e/o amministrativo-contabile nei confronti dei soggetti assicurati che ne facciano esplicita richiesta.

	L'opzione può essere attivata al momento della stipulazione della polizza facendo sottoscrivere a ciascun soggetto assicurato aderente una dichiarazione di assenza sinistri. Per l'attivazione della garanzia è convenuto un premio pro capite, indicato in polizza, a totale carico dei soggetti assicurati aderenti.
Periodo di osservazione	Ai fini dell'attivazione del periodo di osservazione è richiesta comunicazione scritta agli assicuratori entro 30 giorni prima della scadenza della copertura assicurativa e la sua durata è così disciplinata, in caso di non rinnovo: • 30 giorni automatici • fino a 60 mesi con sovrappremi definiti: 12 mesi: 30% del premio annuo 24 mesi: 50% del premio annuo 36 mesi: 75% del premio annuo 48 mesi: 100% del premio annuo 60 mesi: 125% del premio annuo
Periodo di osservazione per i soggetti assicurati cessati	In caso di non rinnovo del contratto e se non viene acquistato un periodo di osservazione per tutti gli assicurati, per i soggetti assicurati cessati per motivi di pensionamento, decesso o naturale scadenza del mandato è incluso un periodo di osservazione gratuito della durata di 5 anni a far data dalla scadenza del contratto.



Che cosa non è assicurato?

Le esclusioni di carattere generale sono indicate nel DIP.

- Con riferimento all'esclusione dei servizi professionali: la polizza non prende in carico errori relativi alle prestazioni professionali tipiche dell'ordine professionale e che non rientrino nell'ambito della gestione e supervisione. Eventuali errori e/o omissioni professionali sono oggetto delle polizze RC Professionali.

L'attività di esame dei profili deontologici del comportamento degli iscritti (e le relative decisioni) svolta dai soggetti assicurati in nome e per conto dell'ordine professionale non è esclusa e pertanto rientra nella copertura assicurativa.

- Il mobbing non è assicurabile in quanto è un'azione volontaria e rientra nell'esclusione frode, atto o omissione dolosa.

La polizza include però l'estensione Azioni di responsabilità per Mobbing, che copre l'azione di responsabilità svolta nei confronti dei soggetti assicurati a seguito di un contenzioso per mobbing tra l'ordine professionale e dipendenti della stessa. L'estensione è operante esclusivamente nel caso in cui non sia stato l'assicurato a mettere in atto l'azione di mobbing, ma che lo stesso si sia reso responsabile per omessa supervisione e/o omesso intervento

Nell'ambito della copertura dell'ordine professionale non sono assicurate le richieste di risarcimento inerenti:

- atti di infedeltà commessi al di fuori del territorio italiano;
- perdite finanziarie dirette note prima del periodo di assicurazione o manifestatesi successivamente alla scadenza del periodo di assicurazione;
- perdite finanziarie dirette riconducibili ad atti di infedeltà posti in essere in collusione con un soggetto assicurato o con qualsiasi socio che detenga direttamente o indirettamente oltre il 5% del capitale sociale dell'ordine professionale;
- qualsiasi perdita indiretta o consequenziale di qualsiasi natura che risulti quale conseguenza di una perdita finanziaria diretta;
- costi e spese sostenuti dall'ordine professionale per la quantificazione della perdita finanziaria diretta e le valutazioni di magazzino;
- perdite finanziarie dirette riconducibili ad atti di estorsione e rapina;
- la mancata ed ingiustificata produzione di documenti e informazioni richiesti dall'amministrazione finanziaria;
- indagini e/o verifiche che non rientrino nell'attività di verifica fiscale;
- indagini e/o verifiche che riguardino beni e patrimoni situati al di fuori del territorio italiano;
- costi successivi alla verifica fiscale;
- costi relativi ad attività di verifica fiscale, che non siano stati concordati preventivamente con gli assicuratori.



Ci sono limiti di copertura?

Le limitazioni di carattere generale sono indicate nel DIP.

Con riferimento alla garanzia Estensione responsabilità amministrativa e/o amministrativo- contabile:

- Le adesioni alla garanzia non si rinnovano tacitamente di anno in anno, ma alla scadenza di ciascuna annualità i soggetti assicurati che intendono rinnovare l'adesione devono compilare e sottoscrivere una nuova dichiarazione assenza sinistri.

Nell'ambito della copertura dell'ordine professionale:

Le franchigie, gli scoperti di polizza, le richieste di risarcimento/le perdite che eccedono i limiti di indennizzo e/o sottolimiti pattuiti come segue:

- Responsabilità Civile pre-contrattuale: limite di indennizzo e franchigia
- cause di lavoro: sottolimito del 20% del limite di indennizzo, fino a un massimo di € 1.000.000
- infedeltà dei dipendenti: sottolimito € 100.000
- attività di verifica fiscale: sottolimito € 100.000
- spese per procedimenti speciali: sottolimito € 100.000
- spese di pubblicità: sottolimito € 100.000
- spese impreviste: sottolimito € 50.000
- spese di viaggio: sottolimito € 20.000
- violazioni in materia di dati personali: sottolimito € 75.000
- danni materiali e/o danni corporali di terzi: sottolimito € 75.000



Che obblighi ho?

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

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio di polizza deve essere versato agli assicuratori per il tramite dell'intermediario entro la decorrenza del contratto. Al rinnovo il premio resta invariato nel caso in cui il totale delle entrate dell'ordine professionale non risulti superiore a € 10 milioni. Il premio indicato in polizza è comprensivo di imposta. L'aliquota applicata è pari al 21,25 incrementata nella misura percentuale di un punto, secondo quanto previsto dal fondo di solidarietà per le vittime delle richieste estorsive e dell'usura.
Rimborso	In caso di recesso dal contratto di una delle parti, gli assicuratori rimborsano all'assicurato il premio imponibile, al netto delle imposte in proporzione al periodo di assicurazione non goduto. L'eventuale rimborso è corrisposto all'assicurato entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	La polizza è emessa per una durata minima di 12 mesi e per una durata massima di 18 mesi. Il contratto prevede il tacito rinnovo e alla scadenza gli assicuratori provvedono a trasmettere la quietanza relativa all'incasso del premio di rinnovo, a meno che la società: - abbia un totale attivo superiore a € 50.000.000; - abbia deliberato l'offerta al pubblico delle sue azioni; - abbia mutato l'oggetto sociale; - presenti perdite (dopo le imposte) dell'ultimo bilancio approvato superiore al 25% del patrimonio netto; - sia coinvolta in operazioni di fusione, scissione e/o liquidazione;

	- sia in stato d'insolvenza e/o ammessa a procedure concorsuali, compresa l'amministrazione controllata, la liquidazione coatta amministrativa e la liquidazione volontaria; - sia in amministrazione straordinaria ai sensi delle disposizioni del T.U.B. ed ogni altra procedura a queste assimilabile Il verificarsi di uno degli eventi sopra indicati deve essere prontamente notificato agli assicuratori.
Sospensione	Se il contraente non paga il premio entro la data di decorrenza del contratto, la copertura assicurativa resta sospesa fino alle ore 24 del giorno del pagamento. Se il contraente non paga il premio o le rate di premio relative al rinnovo, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a consiglieri, componenti di consigli e commissioni, responsabili dei dati personali e della sicurezza di Ordini e Collegi professionali e agli Ordini e Collegi medesimi, relativi a qualsiasi libera professione.



Quali costi devo sostenere?

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

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

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

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

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

**Altri sistemi
alternativi di
risoluzione delle
controversie**

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

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

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

SOMMARIO

DUAL DO	2
DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPrensIONE DEL TESTO	2
SEZIONE A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	9
1. ALCUNE PREVISIONI CHE È IMPORTANTE CONOSCERE	9
SEZIONE B - COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO	12
2. COPERTURA DEI SOGGETTI ASSICURATI - PERSONE FISICHE	12
3. COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI	13
3.1 CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI NELL'AMBITO DELLA COPERTURA DELLE PERSONE FISICHE	13
4. COPERTURA DELL'ORDINE PROFESSIONALE	15
4.1 LA RESPONSABILITÀ CIVILE EXTRA CONTRATTUALE DELL'ORDINE PROFESSIONALE	15
4.2 CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI NELL'AMBITO DELLA COPERTURA DELL'ORDINE PROFESSIONALE	16
5. CONDIZIONI AGGIUNTIVE OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA	19
5.1 ESTENSIONE RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA e/o AMMINISTRATIVO - CONTABILE	19
6. CHE COSA NON ASSICURIAMO: LE "ESCLUSIONI"	19
7. QUANDO LA POLIZZA CESSA DI OPERARE E QUANDO SI RINNOVA	21
8. PERIODO DI OSSERVAZIONE	22
9. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA	24
SEZIONE C - LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO	25
10. COSA FARE IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO O IN CASO DI CIRCOSTANZA	25
11. GESTIONE DELLE SOMME RISARCIBILI DA PARTE DEGLI ASSICURATORI	26
12. COSA FARE IN CASO DI PERDITA FINANZIARIA DIRETTA - se la copertura dell'ORDINE PROFESSIONALE è operante e richiamata nella SCHEDA DI POLIZZA	27

DUAL D&O

Corporate Protection Ordini Professionali

AVVERTENZA

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

DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPrensIONE DEL TESTO

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

LE PARTI

CONTRAENTE:	l'ORDINE PROFESSIONALE indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, con sede legale in Italia, che stipula l'assicurazione per conto proprio e per conto dei SOGGETTI ASSICURATI.
ASSICURATO:	i SOGGETTI ASSICURATI e l'ORDINE PROFESSIONALE, ma esclusivamente rispetto alle garanzie dell'articolo COPERTURA DELLA'ORDINE PROFESSIONALE, se operante e specificatamente riportato nella SCHEDA DI POLIZZA.
ORDINE PROFESSIONALE:	l'ente costituito ai sensi delle disposizioni di legge applicabili e di regolamenti in forma di ordine professionale o collegio professionale, indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, inclusi gli ORGANISMI COLLEGIALI istituiti nell'ambito dell'ordine e/o collegio medesimo.
SOGGETTI ASSICURATI:	ogni persona fisica che nell'ORDINE PROFESSIONALE ha rivestito la carica o attualmente riveste la carica di i. presidente e/o vice presidente; ii. consigliere; iii. segretario; iv. componente di ORGANISMI COLLEGIALI responsabile del trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento europeo generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 (il "GDPR") e sue successive modifiche; v. responsabile della sicurezza ai sensi del D. Lgs. 81/2008. Si intendono compresi anche gli eredi del SOGGETTO ASSICURATO (in caso di decesso di quest'ultimo) chiamati a rispondere di FATTI COLPOSI commessi dal SOGGETTO ASSICURATO stesso.
ASSICURATORI:	i soggetti che prestano la copertura assicurativa indicati nella SCHEDA DI POLIZZA.

ALTRE DEFINIZIONI UTILI

AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA:	l'Agenzia delle Entrate e la Guardia di Finanza, quali organi dell'amministrazione finanziaria a cui sono attribuiti i poteri di indagine, di accesso, di ispezione e verifica.
ATTACCO CYBER:	qualsiasi attacco informatico, azione, errore, omissione, negligenza e/o violazione colposa di doveri, che abbia determinato una violazione del sistema informatico dell'ORDINE PROFESSIONALE.
ATTI DI INFEDELTA':	i seguenti atti di natura intenzionale, dolosa o fraudolenta: i. appropriazione indebita e sottrazione illecita di VALUTA, VALORI e/o TITOLI DI CREDITO; ii. contraffazione, falsificazione e/o utilizzo non autorizzato di VALUTA, VALORI, TITOLI DI CREDITO e/o STRUMENTI DI PAGAMENTO; iii. TRASFERIMENTO NON AUTORIZZATO DI FONDI commessi da un DIPENDENTE (che agisca da solo o in collusione con soggetti terzi, purché tra tali terzi non vi siano SOGGETTI ASSICURATI) e che abbia provocato una PERDITA FINANZIARIA DIRETTA all'ORDINE PROFESSIONALE.
ATTI TERRORISTICI:	atti di forza e/o violenza: i. verificatisi per ragioni politiche, religiose oppure altre ragioni; e/o ii. diretti a rovesciare o influenzare un governo; e/o iii. messi in atto a scopo di incutere paura alla popolazione o a parte di essa tramite persone che agiscono da sole o in nome e per conto o in collegamento a qualsiasi organizzazione.
ATTIVITA' DI VERIFICA FISCALE:	qualsiasi attività istruttoria, di indagine, di accesso, ispezione e verifica svolta dall'AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA nei confronti dell'ORDINE PROFESSIONALE, che precede l'eventuale notifica di un PVC (Processo Verbale di Constatazione), un avviso di accertamento, un atto impositivo e/o una contestazione formale di una violazione.
CIRCOSTANZA:	i. qualsiasi rilievo o contestazione diretti, scritti, espressi, riguardanti la condotta di un SOGGETTO ASSICURATO o l'operato dell'ORDINE PROFESSIONALE, da cui possa trarre origine una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei confronti di tali soggetti; ii. qualsiasi atto o fatto di cui un ASSICURATO sia a conoscenza e che potrebbe dare luogo ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei suoi confronti.
COSTI E SPESE:	tutti i costi e le spese necessarie, sostenute da o in nome e per conto degli ASSICURATI derivanti dall'investigazione, dalla difesa, dalla gestione e/o dalla transazione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO con il consenso scritto degli ASSICURATORI. COSTI e SPESE non comprendono emolumenti o salari, provvigioni, spese o altri vantaggi ed indennità degli ASSICURATI e/o dei DIPENDENTI.
COSTI RELATIVI AD ATTIVITA' DI VERIFICA FISCALE:	le spese per l'assistenza in materia fiscale e tributaria sostenute dall'ORDINE PROFESSIONALE - con il consenso scritto degli ASSICURATORI - per la gestione di un'ATTIVITA' DI VERIFICA FISCALE.
COSTI SUCCESSIVI ALLA VERIFICA FISCALE	le spese per l'assistenza e la difesa dell'ORDINE PROFESSIONALE in materia fiscale e tributaria sostenute dall'ORDINE PROFESSIONALE stessa successivamente alla chiusura dell'ATTIVITA' DI VERIFICA FISCALE, all'eventuale notifica di un PVC (Processo Verbale di Constatazione), ad un avviso di accertamento, ad un atto impositivo e/o ad una contestazione formale di una violazione, compresa l'eventuale assistenza nella fase deflativa del contenzioso (a titolo esemplificativo e non esaustivo accertamento con adesione, conciliazione giudiziale di primo o secondo grado, acquiescenza, definizione agevolata delle sanzioni, ricorso ecc.).

DIPENDENTE:	ogni persona fisica che sia attualmente o che sia stata in passato o sarà in futuro alle dipendenze dell'ORDINE PROFESSIONALE, senza riguardo alla natura del relativo contratto. Dalla definizione di DIPENDENTE restano esclusi: i. i SOGGETTI ASSICURATI ; ii. i consulenti ; iii. i dipendenti e/o collaboratori di consulenti dell'ORDINE PROFESSIONALE .
DANNI CORPORALI:	qualsiasi infortunio, lesione personale, malattia, morte, infermità di persone.
DANNI MATERIALI:	il pregiudizio economico conseguente a distruzione, perdita o deterioramento di cose (sia oggetti materiali, sia animali).
DUAL ITALIA SPA:	l'Intermediario assicurativo iscritto nella sezione A del registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi di cui all'articolo 109 del D.Lgs. 209/2005 al n. A000167405 incaricato dagli ASSICURATORI della ricezione e trasmissione delle comunicazioni relative alla POLIZZA, di curare la gestione e la liquidazione delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO, di gestire e intrattenere i rapporti con i CONTRAENTI e gli ASSICURATI nonché con gli INTERMEDIARI che hanno contribuito all'intermediazione della POLIZZA. In caso di chiamata in garanzia, i relativi atti devono essere notificati agli ASSICURATORI al domicilio eletto indicato nella POLIZZA.
FATTO COLPOSO:	qualsiasi atto colposo, azione od omissione, da cui derivi una PERDITA, posta in essere con negligenza, imperizia e imprudenza: i. dai SOGGETTI ASSICURATI, esclusivamente con riferimento al loro specifico incarico presso l'ORDINE PROFESSIONALE ; ii. dall'ORDINE PROFESSIONALE, esclusivamente rispetto alle garanzie di cui all'articolo COPERTURA DELL'ORDINE PROFESSIONALE, se operante e specificatamente riportato nella SCHEDA DI POLIZZA .
INDENNIZZO:	la somma dovuta dagli ASSICURATORI ai sensi della presente POLIZZA.
INTERMEDIARIO:	il soggetto indicato nella SCHEDA DI POLIZZA autorizzato ad esercitare l'attività di intermediazione assicurativa in base alle leggi ed ai regolamenti applicabili.
LIMITE DI INDENNIZZO:	l'importo che rappresenta l'obbligazione massima degli ASSICURATORI per ciascuna PERDITA ed in aggregato per ciascun PERIODO DI ASSICURAZIONE compreso l'eventuale PERIODO DI OSSERVAZIONE . Tale importo è specificatamente indicato nella SCHEDA DI POLIZZA.
MOBBING:	comportamenti di carattere persecutorio, con intento vessatorio, posti in essere sul luogo di lavoro in modo sistematico e protratto nel tempo nei confronti dei DIPENDENTI e che determinano un evento lesivo della loro salute, personalità e dignità.
NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI:	qualsiasi disposizione di legge e/o di regolamento in materia di dati personali (Regolamento europeo generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 - il "Regolamento Privacy" - e successive modifiche).
ORGANISMO COLLEGIALE:	qualsiasi consiglio, commissione, comitato e/o collegio istituiti nell'ambito dell'ORDINE PROFESSIONALE ai sensi delle applicabili disposizioni di legge e di regolamento, inclusi a titolo esemplificativo e non esaustivo il consiglio dell'ordine, il consiglio di disciplina, il collegio dei revisori ed ogni altro comitato, commissione.
PERDITA:	i. l'obbligo di risarcimento dei danni derivante da sentenze di condanna passate in giudicato, lodi arbitrali e/o transazioni autorizzate dagli ASSICURATORI, fermo restando che gli ASSICURATORI si impegnano a

svolgere, finché ne hanno interesse, tutte le necessarie e opportune attività e valutazioni per determinare ed eventualmente liquidare la PERDITA prima della conclusione definitiva dei giudizi o dei procedimenti arbitrali promossi nei confronti degli ASSICURATI;

- ii. **i costi e le spese sostenuti da un terzo** che gli ASSICURATI siano tenuti a rimborsare per effetto di un provvedimento giudiziale, di un lodo arbitrale e/o di una transazione;
- iii. **i COSTI E SPESE.**

Resta inteso che la presente definizione non comprende retribuzioni e/o somme contrattualmente dovute a qualsiasi titolo dall'ORDINE PROFESSIONALE ai SOGGETTI ASSICURATI e/o ai DIPENDENTI.

PERDITA FINANZIARIA DIRETTA:

il pregiudizio di natura economica direttamente subito dall'ORDINE PROFESSIONALE **esclusivamente** a causa di un ATTO DI INFEDELTA'.

Non costituisce PERDITA FINANZIARIA DIRETTA il pregiudizio economico subito dall'ORDINE PROFESSIONALE in relazione a **somme di denaro corrisposte e dovute ai SOGGETTI ASSICURATI e ai DIPENDENTI dell'ORDINE PROFESSIONALE** a titolo di emolumenti, retribuzioni, compensi, benefit, indennità contrattuali ed extracontrattuali, trattamenti di fine rapporto e/o trattamenti di fine mandato e di qualsiasi altra remunerazione, e/o obbligazione e contribuzione di natura fiscale e previdenziale, derivante da rapporti di lavoro subordinato, rapporti di collaborazione autonoma.

Più PERDITE FINANZIARIE DIRETTE riferite o riconducibili a più **ATTI DI INFEDELTA'** commessi da uno stesso **DIPENDENTE** sono considerate un'unica **PERDITA FINANZIARIA DIRETTA** soggetta ad:

- i. un unico **SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO**;
- ii. un unico **SCOPERTO O FRANCHIGIA.**

PERIODO DI ASSICURAZIONE:

il periodo di efficacia della POLIZZA indicato nella SCHEDA DI POLIZZA.

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione.

PERIODO DI OSSERVAZIONE:

il periodo di tempo immediatamente successivo alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE entro il quale gli ASSICURATI possono notificare agli ASSICURATORI **RICHIESTE DI RISARCIMENTO** e/o **CIRCOSTANZE** manifestatesi per la prima volta dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE e riferite ad un **FATTO COLPOSO** commesso o che si presuma sia stato commesso durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE e nel periodo di **RETROATTIVITÀ**.

PROCEDIMENTI SPECIALI:

qualsiasi indagine, esame od altra procedura avviata da enti, organi od autorità preposti al controllo e/o alla supervisione degli ASSICURATI.

PREMIO:

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

RETROATTIVITÀ:

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

Rientrano nell'ambito di applicazione della **POLIZZA** le sole **RICHIESTE DI RISARCIMENTO** relative a fatti o **CIRCOSTANZE** denunciati per la prima volta dagli **ASSICURATI** durante il **PERIODO DI ASSICURAZIONE** o il **PERIODO DI OSSERVAZIONE** (se concesso) in conseguenza di **FATTI COLPOSI** commessi o che si presuma siano stati commessi entro tale periodo di **RETROATTIVITÀ**.

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

**Come funziona la retroattività?**

- In caso di **retroattività illimitata**, l'assicuratore tiene indenne gli assicurati dalle conseguenze di azioni e/o omissioni colpose commesse in qualsiasi momento anche prima della decorrenza del contratto, purché non noti a tale data.
- In caso di **retroattività limitata**, ad esempio 2 anni, l'assicuratore tiene indenne gli assicurati dalle conseguenze di azioni e/o omissioni colpose commesse fino a 2 anni prima la decorrenza del contratto. Azioni e/o omissioni colpose commesse in data antecedente, ad esempio 3 anni prima la decorrenza del contratto, non rientrano in copertura.
- In caso di **retroattività pari alla data di decorrenza del contratto**, l'assicuratore tiene indenne gli assicurati esclusivamente dalle conseguenze di azioni e/o omissioni colpose commesse durante il periodo di assicurazione, pertanto le conseguenze di qualsiasi azione e/o omissione colposa commessa prima della data di decorrenza del contratto non rientrano in copertura.

RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

- qualsiasi citazione in giudizio od altre domande giudiziali dirette o riconvenzionali da parte di terzi nei confronti degli **ASSICURATI**;
- qualsiasi contestazione scritta di terzi inviata agli **ASSICURATI** che presupponga un **FATTO COLPOSO**.

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

- un unico **LIMITE DI INDENNIZZO**;
- un unico **SCOPERTO O FRANCHIGIA**.

SCHEDA DI POLIZZA:

il documento che riporta i dati e le informazioni relative al **CONTRAENTE**, il **PERIODO DI ASSICURAZIONE**, il **LIMITE DI INDENNIZZO**, il **PREMIO** ed eventuali dettagli delle garanzie prestate dalla **POLIZZA**.

La **SCHEDA DI POLIZZA** forma parte integrante della **POLIZZA**.

In caso di contrasto, le informazioni contenute nella SCHEDA DI POLIZZA prevalgono su quelle contenute nelle condizioni di assicurazione.

SCOPERTO O FRANCHIGIA:

l'importo percentuale o fisso per ciascuna **PERDITA**, indicato nella **SCHEDA DI POLIZZA**, e/o nelle condizioni di **POLIZZA**, che rimane a carico degli **ASSICURATI** e che non può essere a sua volta assicurato da altri.

Pertanto per ogni PERDITA indennizzabile dalla POLIZZA gli ASSICURATORI pagano soltanto le somme eccedenti tale importo.

**Come si applicano gli scoperti e le franchigie in caso di indennizzo?****Garanzia soggetta a franchigia:**

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

Garanzia soggetta a scoperto:

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

Franchigia o scoperto in caso di perdita superiore al limite di indennizzo:

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

**SOTTOLIMITE DI
INDENNIZZO:**

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



Come si applica il sottolimito di indennizzo?

Garanzia soggetta a sottolimito inferiore al limite di indennizzo:

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

Garanzia soggetta a sottolimito superiore al limite di indennizzo:

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

SPESE DI PUBBLICITA':

spese sostenute per la realizzazione di una campagna pubblicitaria finalizzata a prevenire o ridurre le conseguenze di una **RICHIESTA DI RISARCIMENTO** garantita dalla **POLIZZA**.

SPESE DI VIAGGIO:

spese logistiche sostenute dall'**ORDINE PROFESSIONALE** per conto dei **SOGGETTI ASSICURATI** o direttamente dai **SOGGETTI ASSICURATI** stessi, per partecipare, **su espressa richiesta dell'autorità giudiziaria**, ad un giudizio riconducibile ad una **RICHIESTA DI RISARCIMENTO** garantita dalla **POLIZZA**.

SPESE IMPREVISTE:

COSTI E SPESE sostenuti senza la preventiva autorizzazione degli **ASSICURATORI** in relazione ad una **RICHIESTA DI RISARCIMENTO** garantita dalla presente **POLIZZA**, qualora, a causa di imprevisti ed emergenze, non sia ragionevolmente possibile per i **SOGGETTI ASSICURATI** ottenere il preventivo consenso scritto degli **ASSICURATORI**.

SPESE PER PROCEDIMENTI SPECIALI:

le spese sostenute in relazione a **PROCEDIMENTI SPECIALI**.

STATUTO DEI LAVORATORI:

Legge 300 del 1970.

STRUMENTI DI PAGAMENTO:	esclusivamente carte di credito, carte pre-pagate, carte "bancomat".
TITOLI DI CREDITO:	esclusivamente assegni bancari, assegni circolari, assegni postali, vaglia postali e cambiali.
TOTALE ATTIVO:	la voce denominata <i>Totale Attivo</i> rilevabile nello Stato Patrimoniale dell'ultimo bilancio approvato dell'ORDINE PROFESSIONALE. Nel caso l'ORDINE PROFESSIONALE non disponga di un bilancio, per TOTALE ATTIVO si intende il totale delle entrate rilevabile dal rendiconto economico o dichiarazione Irap relativo/a all'esercizio chiuso.
TRASFERIMENTO NON AUTORIZZATO DI FONDI:	esclusivamente il trasferimento, il pagamento o la consegna, per mezzo di telefono, fax o mezzo informatico e non, di VALUTA o VALORI da un conto che l'ORDINE PROFESSIONALE detiene presso un istituto di credito, senza il consenso dell'ORDINE PROFESSIONALE.
VALORI:	titoli o documenti rappresentativi di valori mobiliari negoziabili o non negoziabili quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, titoli azionari e titoli obbligazionari.
VALUTA:	moneta locale o estera.

SEZIONE A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. ALCUNE PREVISIONI CHE È IMPORTANTE CONOSCERE

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

- | | | |
|------|--|---|
| 1.6 | AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO | <p>Il CONTRAENTE deve dare comunicazione scritta agli ASSICURATORI di ogni mutamento che comporti un aggravamento del rischio. In tal caso, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile "Aggravamento del Rischio" gli ASSICURATORI hanno il diritto di recedere dalla POLIZZA, oppure di proporre una nuova POLIZZA con differenti condizioni di assunzione del rischio.</p> <p>Gli aggravamenti o mutamenti di rischio non noti o non accettati dagli ASSICURATORI possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO nonché il recesso degli ASSICURATORI dal contratto.</p> |
| 1.7 | DIMINUZIONE DEL RISCHIO | <p>Il CONTRAENTE ha interesse a comunicare agli ASSICURATORI ogni eventuale mutamento che produca una diminuzione del rischio assicurato.</p> <p>Infatti, nel caso di diminuzione del rischio, gli ASSICURATORI sono tenuti a ridurre il PREMIO, a decorrere dalla scadenza della rata di PREMIO o dal PREMIO successivi alla comunicazione del CONTRAENTE ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile "Diminuzione del Rischio". Inoltre, gli ASSICURATORI rinunciano al proprio diritto di recesso previsto dal suddetto articolo.</p> |
| 1.8 | DOVE NOTIFICARE GLI ATTI GIUDIZIARI AGLI ASSICURATORI: "ELEZIONE DI DOMICILIO" | <p>Ai fini della notificazione degli atti giudiziari gli ASSICURATORI eleggono domicilio presso l'indirizzo in Italia indicato nella copertina di POLIZZA.</p> |
| 1.9 | COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA POLIZZA | <p>Qualora la POLIZZA sia stipulata per il tramite di un INTERMEDIARIO iscritto nella Sezione B del R.U.I. (broker) - nel seguito "Il Broker" - con la sottoscrizione della presente POLIZZA, gli ASSICURATI prendono atto e accettano quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. ogni comunicazione da DUAL ITALIA SPA al Broker si considera effettuata agli ASSICURATI; ii. ogni comunicazione a DUAL ITALIA SPA dal Broker si considera effettuata dagli ASSICURATI; iii. ogni comunicazione da DUAL ITALIA SPA al Broker e/o agli ASSICURATI si considera effettuata dagli ASSICURATORI; iv. ogni comunicazione a DUAL ITALIA SPA dal Broker e/o dagli ASSICURATI si considera effettuata agli ASSICURATORI. |
| 1.10 | FORO COMPETENTE | <p>Per ogni controversia avente ad oggetto il pagamento di premi insoluti è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria del Comune presso cui ha sede legale DUAL ITALIA S.P.A.</p> |
| 1.11 | LEGGE APPLICABILE | <p>Per tutto quanto non è diversamente regolato nella presente POLIZZA si applica la legge italiana.</p> |
| 1.12 | TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI | <p>gli ASSICURATORI si assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, ai sensi dell'articolo 3 della Legge 136 del 13 agosto 2010 e successive modificazioni e/o integrazioni.</p> <p>Gli ASSICURATORI si obbligano a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura – ufficio territoriale del Governo della provincia cui appartiene la stazione appaltante – dell'inadempimento della eventuale propria controparte contrattuale (subappaltatore - subcontraente) agli obblighi di</p> |

tracciabilità finanziaria.

- 1.13 MISURE RESTRITTIVE (SANCTION LIMITATION EXCLUSION CLAUSE)
- Gli ASSICURATORI sono esonerati dall'obbligo di prestare la copertura assicurativa e di indennizzare qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO e comunque ad eseguire qualsiasi prestazione in forza della presente POLIZZA se e nella misura in cui tale copertura, pagamento di INDENNIZZO od esecuzione di tale prestazione esponga gli ASSICURATORI o i loro riassicuratori a sanzioni, divieti o restrizioni in base a risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni di natura commerciale od economica in base a leggi o regolamenti di qualunque paese dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

SEZIONE B - COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO

2. COPERTURA DEI SOGGETTI ASSICURATI - PERSONE FISICHE

- | | | |
|-----|---|--|
| 2.1 | OGGETTO DELLA POLIZZA - <i>ALL RISKS</i> | A fronte del pagamento del PREMIO convenuto, gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne i SOGGETTI ASSICURATI di ogni PERDITA conseguente ad un FATTO COLPOSO involontariamente commesso nell'ambito del loro incarico nell'ORDINE PROFESSIONALE, fermo restando tutto quanto espressamente escluso. |
| 2.2 | CLAUSOLA CLAIMS MADE: COPERTURA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO | La POLIZZA è prestata nella forma <i>Claims Made</i> , essa pertanto copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO da parte di terzi conseguenti a FATTI COLPOSI commessi durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di RETROATTIVITÀ e avanzate per la prima volta nei confronti dei SOGGETTI ASSICURATI nel PERIODO DI ASSICURAZIONE e da questi regolarmente denunciate agli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE , o durante il PERIODO DI OSSERVAZIONE (se concesso). |
| 2.3 | LE CIRCOSTANZE | <p>La POLIZZA copre altresì le RICHIESTE DI RISARCIMENTO da parte di terzi conseguenti a CIRCOSTANZE di cui i SOGGETTI ASSICURATI vengano a conoscenza per la prima volta nel PERIODO DI ASSICURAZIONE, purché debitamente denunciate agli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, o durante il PERIODO DI OSSERVAZIONE (se concesso) e relative a FATTI COLPOSI commessi durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o durante la RETROATTIVITÀ.</p> <p>In particolare, per effetto della comunicazione di una CIRCOSTANZA agli ASSICURATORI nei termini previsti dalla POLIZZA, l'eventuale successiva RICHIESTA DI RISARCIMENTO derivante da o attribuibile a tale CIRCOSTANZA ricade nell'ambito di operatività della POLIZZA anche dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE e/o del PERIODO DI OSSERVAZIONE (se concesso).</p> |



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

La polizza si attiva al momento della comunicazione degli assicurati all'assicuratore della richiesta di risarcimento da parte di terzi danneggiati, pertanto le relative garanzie assicurative opereranno anche diverso tempo dopo che i consiglieri dell'ordine (o l'ordine professionale stesso, se attivata la relativa estensione di copertura) abbia commesso l'azione e/o l'omissione colposa, purché:

- l'azione e/o l'omissione colposa non fosse nota al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo
- il contratto abbia retroattività illimitata o comunque più estesa del periodo di polizza.





Come funziona la copertura delle circostanze?

Se i consiglieri dell'ordine professionale (e/o l'ordine professionale, se attivata la relativa estensione di copertura) si accorge di aver posto in essere un'azione e/o un'omissione prima ancora di aver ricevuto una richiesta danni da parte del terzo danneggiato, ha la facoltà di comunicarlo in via precauzionale agli assicuratori.

In tal caso la successiva richiesta di risarcimento derivante dall'azione e/o omissione rientrerebbe in garanzia, anche qualora:

- la polizza sia scaduta
- gli assicurati non siano più coperti da analogo contratto assicurativo.



ATTENZIONE: le circostanze note agli assicurati prima della stipula del contratto, e le successive richieste di risarcimento, sono escluse dalla copertura assicurativa.

3. COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI

3.1 CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI NELL'AMBITO DELLA COPERTURA DELLE PERSONE FISICHE

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

- | | | |
|-------|---|---|
| 3.1.1 | SPESE SOSTENUTE DAI SOGGETTI ASSICURATI | <p>La POLIZZA copre i costi e le spese sostenuti dai SOGGETTI ASSICURATI, con il consenso scritto degli ASSICURATORI, relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. SPESE PER PROCEDIMENTI SPECIALI; ii. SPESE DI PUBBLICITÀ, con un SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO di € 100.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO e in aggregato annuo; iii. SPESE IMPREVISTE, con un SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO di € 50.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO e in aggregato annuo; iv. SPESE DI VIAGGIO, con un SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO di € 20.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO e in aggregato annuo. |
| 3.1.2 | RICHIESTE DI RISARCIMENTO PER VIOLAZIONE DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI DATI PERSONALI | <p>Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenni i SOGGETTI ASSICURATI di ogni PERDITA a loro imputabile a seguito di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO avente ad oggetto la violazione della NORMATIVA IN MATERIA DI DATI PERSONALI.</p> <p>La presente garanzia è prestata con un SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO di € 150.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO e in aggregato annuo e non opera nel caso in cui la violazione della NORMATIVA IN MATERIA DI DATI PERSONALI sia provocata da un ATTACCO CYBER.</p> |
| 3.1.3 | RICHIESTE DI RISARCIMENTO PER SANZIONI, | <p>Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenni i SOGGETTI ASSICURATI di ogni PERDITA a loro imputabile a seguito di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO avente ad oggetto il pagamento da parte dell'ORDINE PROFESSIONALE di</p> |

MULTE E
AMMENDE

sanzioni, multe e ammende.

Ferma l'esclusione MULTE, AMMENDE E/O SANZIONI DIRETTE che segue.

3.1.4 RICHIESTE DI
RISARCIMENTO
PER MOBBING

Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenni i SOGGETTI ASSICURATI di ogni PERDITA a loro imputabile **a seguito di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO** avente ad oggetto MOBBING.

Ferma l'esclusione FATTI DOLOSI E FRAUDOLENTI che segue.
La presente garanzia non opera nei confronti del SOGGETTO ASSICURATO che abbia compiuto direttamente MOBBING.



Perché la polizza esclude la copertura per il consigliere dell'ordine professionale che ha compiuto il mobbing?

Il mobbing consiste in una serie di comportamenti di carattere persecutorio con intento vessatorio e rientra nell'ambito delle azioni dolose non assicurabili per legge, quindi escluse dal contratto.

Il contratto però include la copertura delle richieste di risarcimento che l'ordine professionale rivolge al consigliere che, benché non abbia agito direttamente con atti di mobbing, ha violato i suoi doveri di vigilanza e supervisione del soggetto che ha agito con mobbing.

Esempio:

- Il soggetto X agisce con atti di mobbing nei confronti di un dipendente Y
- il consigliere dell'ordine professionale omette di adottare i provvedimenti nei confronti del soggetto X per far cessare tale condotta illecita.
- Il dipendente agisce in via giudiziaria sia nei confronti dell'ordine professionale che nei confronti del soggetto X
- La sentenza del giudice stabilisce che l'ordine professionale deve risarcire il soggetto Y dei danni subiti a causa dei delitti di mobbing subiti.
- L'ordine professionale rivolge una richiesta di risarcimento al suo consigliere
- La polizza si attiva solo a tutela del consigliere, mentre il soggetto X risponderà personalmente del suo illecito operato.

3.1.5 RICHIESTE DI
RISARCIMENTO
PER DANNI
MATERIALI e/o
DANNI CORPORALI

Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenni i SOGGETTI ASSICURATI di ogni PERDITA a loro imputabile **a seguito di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO** avente ad oggetto DANNI MATERIALI e/o DANNI CORPORALI, anche per violazione del D.Lgs. 81/2008 e sue successive modifiche.

La presente garanzia opera a parziale deroga di quanto previsto dall'esclusione DANNI CORPORALI E DANNI MATERIALI che segue ed è prestata con un **SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO di € 150.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO** e in aggregato annuo.

3.1.6 ESAME DEI
PROFILI
DEONTOLOGICI

Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenni i SOGGETTI ASSICURATI di ogni PERDITA a loro imputabile a seguito di FATTI COLPOSI commessi nell'ambito dell'esame dei profili deontologici e del comportamento dei professionisti iscritti all'ORDINE PROFESSIONALE e delle relative decisioni.

La presente garanzia opera a parziale deroga di quanto previsto dall'esclusione ERRORI NELL'AMBITO DELL'ATTIVITA' E DEI SERVIZI PROFESSIONALI che segue.

3.1.7 RIMBORSO
ALL'ORDINE
PROFESSIONALE

Gli ASSICURATORI si obbligano a rimborsare all'ORDINE PROFESSIONALE quanto da questa corrisposto a terzi, ivi inclusi i COSTI e le SPESE, in conseguenza di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO avanzata nei confronti dei SOGGETTI ASSICURATI a seguito di un FATTO COLPOSO ad essi imputabile,

al fine di tenerli indenni per effetto di patti di manleva in essere o per i casi previsti dalla legge.

4. COPERTURA DELL'ORDINE PROFESSIONALE

4.1 LA RESPONSABILITA' CIVILE EXTRA CONTRATTUALE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

4.1.1 OGGETTO DELLA GARANZIA a fronte del pagamento del PREMIO convenuto, gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ORDINE PROFESSIONALE di ogni PERDITA ad essa imputabile a seguito di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO da parte di terzi per un FATTO COLPOSO che abbia dato luogo a responsabilità civile **extra-contrattuale dell'ORDINE PROFESSIONALE**, ferme restando i limiti di applicazione della garanzia che seguono e le esclusioni previste dalla POLIZZA.

La garanzia è prestata con il **LIMITE DI INDENNIZZO** e con l'applicazione della **FRANCHIGIA** indicata nella **SCHEDA DI POLIZZA** per ogni **RICHIESTA DI RISARCIMENTO**.

LIMITI DI APPLICAZIONE DELLA GARANZIA

La garanzia non copre le **RICHIESTE DI RISARCIMENTO** che si basino su, che traggano origine da, che risultino direttamente o indirettamente quale conseguenza di, o che comunque riguardino atti illeciti di natura dolosa o la violazione di:

- i. diritti di proprietà industriale/intellettuale;
- ii. diritti d'autore;
- iii. obbligazioni volontariamente assunte dall'**ORDINE PROFESSIONALE** derivanti da accordi/contratti/patti e/o dichiarazioni che esulano dal rapporto di iscrizione dei professionisti all'**ORDINE PROFESSIONALE**, salvo il caso in cui l'**ORDINE PROFESSIONALE** sarebbe stato ritenuto responsabile anche in assenza di tali accordi/contratti/patti e/o dichiarazioni.

4.1.2 CLAUSOLA CLAIMS MADE: COPERTURA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO La presente garanzia è prestata nella forma *Claims Made*; essa pertanto copre le **RICHIESTE DI RISARCIMENTO** da parte di terzi conseguenti a **FATTI COLPOSI** che abbiano dato luogo a responsabilità pre-contrattuale dell'**ORDINE PROFESSIONALE** commessi durante il **PERIODO DI ASSICURAZIONE** o di **RETROATTIVITA'** ed avanzate per la prima volta nei confronti dell'**ORDINE PROFESSIONALE** nel **PERIODO DI ASSICURAZIONE** e da questa regolarmente denunciate agli ASSICURATORI durante il **PERIODO DI ASSICURAZIONE** o durante il **PERIODO DI OSSERVAZIONE** (se concesso).

4.1.3 LE CIRCOSTANZE La presente garanzia copre altresì le **RICHIESTE DI RISARCIMENTO** da parte di terzi conseguenti a **CIRCOSTANZE** che abbiano dato luogo a responsabilità pre-contrattuale dell'**ORDINE PROFESSIONALE** di cui quest'ultima venga a conoscenza per la prima volta nel **PERIODO DI ASSICURAZIONE** purché debitamente denunciate agli ASSICURATORI durante il **PERIODO DI ASSICURAZIONE** o durante il **PERIODO DI OSSERVAZIONE** (se concesso) e relative a **FATTI COLPOSI** che possano dare luogo a responsabilità pre-contrattuale dell'**ORDINE PROFESSIONALE** commessi durante il **PERIODO DI ASSICURAZIONE** o di **RETROATTIVITA'**.

In particolare, per effetto della comunicazione di una **CIRCOSTANZA** agli **ASSICURATORI** nei termini previsti dalla **POLIZZA**, l'eventuale successiva **RICHIESTA DI RISARCIMENTO** derivante da o attribuibile a tale **CIRCOSTANZA** ricade nell'ambito di operatività della **POLIZZA** anche dopo la scadenza del **PERIODO DI ASSICURAZIONE** e/o del **PERIODO DI OSSERVAZIONE** (se concesso).



Che cos'è la responsabilità extra contrattuale?

La responsabilità extra – contrattuale, che trova la sua fonte normativa nella disposizione di cui all'art. 2043 codice civile, si configura con il compimento di un fatto illecito (doloso o colposo) idoneo a determinare, come diretta conseguenza, un danno ingiusto nei confronti di altri soggetti e che obbliga l'autore del fatto illecito al risarcimento del danno, sia patrimoniale (la perdita economica e il mancato guadagno subiti per effetto dell'atto illecito), sia non patrimoniale (non suscettibile di valutazione economica, ad esempio danno morale - danno biologico - danno esistenziale).

A titolo di esempio:

L'Ordine Professionale cui compete la tenuta e l'aggiornamento degli Albi dei propri iscritti, indica erroneamente i dati di un proprio iscritto precludendo a quest'ultimo, per un certo periodo di tempo, di essere individuato e scelto per il conferimento di incarichi subendo in tal modo un pregiudizio economico.

4.2 CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI NELL'AMBITO DELLA COPERTURA DELL'ORDINE PROFESSIONALE

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

- 4.2.1 **AZIONI IN MATERIA DI DIRITTO DEL LAVORO CONTRO L'ORDINE PROFESSIONALE**
- Gli ASSICURATORI tengono indenne l'ORDINE PROFESSIONALE di ogni **PERDITA** ad essa imputabile in conseguenza di una **RICHIESTA DI RISARCIMENTO** da parte di un **DIPENDENTE** per un **FATTO COLPOSO** **esclusivamente** riconducibile a casi di:
- illegittimo demansionamento;**
 - licenziamenti dichiarati nulli o illegittimi per i quali in caso di sentenza di condanna dell'ORDINE PROFESSIONALE alla reintegrazione del DIPENDENTE nel posto di lavoro gli ASSICURATORI rispondono con il pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali dovuti sulle indennità oggetto di condanna maturati dal giorno del licenziamento fino a quello della effettiva reintegrazione, ai sensi dell'art.21.D.lgs.75/2017.**

La presente garanzia opera a parziale deroga di quanto previsto dalle esclusioni **EMOLUMENTI, COMPENSI O RETRIBUZIONI e DANNI CORPORALI E DANNI MATERIALI** che seguono, ed è **prestata con un SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO pari al 20% del LIMITE DI INDENNIZZO** indicato nella **SCHEDA DI POLIZZA** e fino a un massimo di € 1.000.000 e con l'applicazione della **FRANCHIGIA** indicata nella **SCHEDA DI POLIZZA** per ogni **RICHIESTA DI RISARCIMENTO**.

La presente garanzia non è operante nei casi di:

- dichiarata nullità e/o illegittimità dei licenziamenti per mancanza di forma scritta;
- violazione delle procedure disciplinari previste dai CCNL vigenti.



Che cos'è l'illegittimo demansionamento e che cosa copre la polizza?

- L'**illegittimo demansionamento** è l'assegnazione, illegittima e pertanto in alcun modo giustificabile da parte dell'ordine professionale, a mansioni del lavoratore inferiori rispetto alla sua qualifica contrattuale, che può avere come conseguenza:
 - un danno economico, in quanto determina un impoverimento delle capacità professionali con ripercussioni negative su future opportunità di lavoro;
 - danni alla salute, in quanto può determinare una sofferenza psico-fisica con conseguenti danni non patrimoniali.
- In caso di **illegittimo demansionamento** la polizza copre:

- l'ammontare del risarcimento quantificato dal giudice che, secondo la giurisprudenza più recente, è di norma quantificato in un mese di retribuzione lorda per ogni anno di demansionamento subito.



Cosa succede in caso licenziamento nullo e che cosa copre la polizza?

- In caso di licenziamento nullo perché discriminatorio, ritorsivo, in ragione di matrimonio o posto in violazione delle norme a tutela della maternità o paternità, o in caso di licenziamento illegittimo perché il fatto contestato non sussiste o perché il provvedimento del licenziamento è sproporzionato rispetto al fatto contestato, la sentenza di condanna dell'ordine professionale di norma prevede quanto segue:
 - la reintegrazione del lavoratore nel posto di lavoro;
 - il pagamento di un'indennità, pari alle retribuzioni maturate dal lavoratore dalla data del licenziamento alla data dell'effettiva reintegrazione nel posto di lavoro;
 - contribuzione previdenziale sulle suddette somme;
- In tutte queste ipotesi di licenziamento nullo o illegittimo, la polizza copre:
 - i contributi previdenziali e assistenziali sulle indennità di condanna pari alle retribuzioni maturate dal giorno del licenziamento al giorno del reintegro.

4.2.2 ATTIVITA' ISTITUZIONALE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ORDINE PROFESSIONALE di ogni PERDITA ad esso imputabile a seguito di FATTI COLPOSI commessi nell'ambito dello svolgimento delle attività istituzionali dell'ORDINE PROFESSIONALE medesimo.

La presente garanzia opera in deroga di quanto previsto dall'esclusione ERRORI NELL'AMBITO DELL'ATTIVITA' E DEI SERVIZI PROFESSIONALI che segue.

4.2.3 PROTEZIONE DA INFEDELTÀ DEI DIPENDENTI

Gli ASSICURATORI tengono indenne l'ORDINE PROFESSIONALE di ogni PERDITA FINANZIARIA DIRETTA subita dall'ORDINE PROFESSIONALE derivante da ATTI DI INFEDELTÀ.

La presente garanzia opera a parziale deroga di quanto previsto all'esclusione FATTI DOLOSI E FRAUDOLENTI che segue ed è prestata con un **SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO di € 100.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO** e in aggregato annuo e con l'applicazione della **FRANCHIGIA** indicata nella **SCHEDA DI POLIZZA**.

Gli ASSICURATI devono attenersi scrupolosamente a quanto disciplinato nella Sezione C - LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, all'articolo COSA FARE IN CASO DI PERDITA FINANZIARIA DIRETTA che segue.

LIMITI DI APPLICAZIONE DELLA GARANZIA

La presente garanzia non opera in relazione a **RICHIESTE DI RISARCIMENTO e/o PERDITE FINANZIARIE DIRETTE** che si basino, che traggano origine, che risultino direttamente o indirettamente quale conseguenza, o che comunque riguardino:

- ATTI DI INFEDELTÀ commessi, in tutto o in parte, al di fuori del territorio Italiano;
- PERDITE FINANZIARIE DIRETTE note prima del PERIODO DI ASSICURAZIONE o manifestatesi successivamente alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE o del PERIODO DI OSSERVAZIONE se concesso;
- PERDITE FINANZIARIE DIRETTE riconducibili ad ATTI DI INFEDELTÀ posti in essere in collusione con un SOGGETTO ASSICURATO;
- qualsiasi perdita indiretta o consequenziale di qualsiasi natura che risulti quale conseguenza di una PERDITA FINANZIARIA DIRETTA.

A titolo esemplificativo ma non esaustivo:

- a. qualsiasi perdita collegata agli utili (ivi inclusi interessi e/o dividendi) non realizzati dall'ORDINE PROFESSIONALE o da qualsiasi altra persona od organizzazione;
- b. qualsiasi costo sostenuto dall'ORDINE PROFESSIONALE per il ripristino e/o la modifica dei sistemi informatici dell'ORDINE PROFESSIONALE;
- c. qualsiasi responsabilità verso terzi;
- d. qualsiasi costo, commissione o spesa sostenuta dall'ORDINE PROFESSIONALE e/o dai SOGGETTI ASSICURATI nell'esercizio dei diritti dell'ORDINE PROFESSIONALE verso terzi responsabili.
- v. costi e spese sostenuti dall'ORDINE PROFESSIONALE per la quantificazione della PERDITA FINANZIARIA DIRETTA e le valutazioni di magazzino;
- vi. **PERDITE FINANZIARIE DIRETTE** riconducibili ad atti di estorsione e rapina.

4.2.4 ATTIVITA' DI VERIFICA FISCALE

Gli ASSICURATORI tengono indenne l'ORDINE PROFESSIONALE rimborsando i COSTI RELATIVI AD ATTIVITA' DI VERIFICA FISCALE, sostenuti con il consenso scritto degli ASSICURATORI, fino al completamento dell'ATTIVITA' DI VERIFICA FISCALE.

La garanzia è prestata con un **SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO** di € 100.000 per ogni **RICHIESTA DI RISARCIMENTO** e in aggregato annuo e con l'applicazione della **FRANCHIGIA** indicata nella **SCHEDA DI POLIZZA**.

LIMITI DI APPLICAZIONE DELLA GARANZIA

La presente garanzia non opera in relazione a **RICHIESTE DI RISARCIMENTO** e/o **COSTI RELATIVI AD ATTIVITA' DI VERIFICA FISCALE** che si basino, che traggano origine, che risultino direttamente o indirettamente quale conseguenza, o che comunque riguardino:

- i. la mancata ed ingiustificata produzione di documenti e informazioni richiesti dall'AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA;
- ii. indagini e/o verifiche che non rientrino nell'ATTIVITA' DI VERIFICA FISCALE;
- iii. indagini e/o verifiche che riguardino beni e patrimoni situati al di fuori del territorio italiano;
- iv. **COSTI SUCCESSIVI ALLA VERIFICA FISCALE**;
- v. **COSTI RELATIVI AD ATTIVITA' DI VERIFICA FISCALE**, che non siano stati concordati preventivamente con gli ASSICURATORI.

4.2.5 SPESE SOSTENUTE DALL'ORDINE PROFESSIONALE

Gli ASSICURATORI tengono indenne l'ORDINE PROFESSIONALE rimborsando i costi e le spese, sostenuti con il consenso scritto degli ASSICURATORI, relativi a:

- i. SPESE PER PROCEDIMENTI SPECIALI, con un **SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO** di € 100.000 per ogni **RICHIESTA DI RISARCIMENTO**;
- ii. SPESE DI PUBBLICITA' con un **SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO** di € 100.000 per ogni **RICHIESTA DI RISARCIMENTO**;
- iii. SPESE DI VIAGGIO con un **SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO** di € 20.000 per ogni **RICHIESTA DI RISARCIMENTO**;
- iv. SPESE IMPREVISTE con un **SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO** di € 50.000 per ogni **RICHIESTA DI RISARCIMENTO**

La garanzia è prestata con l'applicazione della **FRANCHIGIA** indicata nella **SCHEDA DI POLIZZA**.

- | | | |
|-------|---|---|
| 4.2.6 | COSTI E SPESE DELL'ORDINE PROFESSIONALE PER VIOLAZIONE DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI DATI PERSONALI | <p>Gli ASSICURATORI tengono indenne l'ORDINE PROFESSIONALE da COSTI E SPESE sostenuti in relazione a RICHIESTE DI RISARCIMENTO di terzi derivanti dalla violazione della NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.</p> <p>La garanzia è prestata con un SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO di € 75.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO e in aggregato annuo, con l'applicazione della FRANCHIGIA indicata nella SCHEDA DI POLIZZA per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO e non opera nel caso in cui la violazione della NORMATIVA IN MATERIA DI DATI PERSONALI sia provocata da un ATTACCO CYBER.</p> |
| 4.2.7 | COSTI E SPESE DELL'ORDINE PROFESSIONALE PER DANNI MATERIALI e/o DANNI CORPORALI | <p>Gli ASSICURATORI tengono indenne l'ORDINE PROFESSIONALE dei COSTI E SPESE sostenuti in relazione a RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da DANNI MATERIALI e/o DANNI CORPORALI, anche in violazione del D.Lgs. 81/2008 e successive modifiche e/o a seguito di malattie professionali.</p> <p>La presente garanzia opera a parziale deroga di quanto previsto dalle esclusioni FATTI DOLOSI E FRAUDOLENTI e DANNI CORPORALI E DANNI MATERIALI che seguono ed è prestata con un SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO di € 75.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO e in aggregato annuo e con l'applicazione della FRANCHIGIA indicata nella SCHEDA DI POLIZZA per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO.</p> |

5. CONDIZIONI AGGIUNTIVE OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA

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

- | | | |
|-----|---|---|
| 5.1 | ESTENSIONE RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA e/o AMMINISTRATIVO - CONTABILE | <p>A parziale deroga dell'ESCLUSIONE RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO CONTABILE che segue, la definizione di RICHIESTA DI RISARCIMENTO include le richieste di risarcimento e le CIRCOSTANZE aventi ad oggetto responsabilità amministrativa e/o amministrativo-contabile avanzate esclusivamente nei confronti dei SOGGETTI ASSICURATI che ne facciano esplicita richiesta.</p> <p>Qualora operante, la garanzia è offerta con l'applicazione di un premio pro capite, il cui importo è indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, a totale carico dei SOGGETTI ASSICURATI aderenti che devono provvedere al pagamento direttamente agli ASSICURATORI, per il tramite dell'INTERMEDIARIO. Nessun onere relativo al pagamento del premio può ricadere sull'ORDINE PROFESSIONALE.</p> <p>Ad ogni annualità assicurativa, gli ASSICURATORI emettono apposite appendici di adesione per i SOGGETTI ASSICURATI aderenti, senza tacito rinnovo e la cui validità cessa alla scadenza di ciascun PERIODO DI ASSICURAZIONE.</p> <p>Alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE per i SOGGETTI ASSICURATI aderenti che siano cessati dalla carica per motivi di pensionamento, decesso o naturale scadenza del mandato, è concesso automaticamente - e senza alcun sovrappremio - un PERIODO DI OSSERVAZIONE della durata di 60 mesi successivi alla scadenza della POLIZZA relativo esclusivamente alla copertura della responsabilità amministrativa e/o amministrativa-contabile.</p> |
|-----|---|---|



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

Nel caso il consigliere dell'ordine professionale arrechi un danno patrimoniale ad un ente pubblico nell'ambito delle sue funzioni, può incorrere nella responsabilità amministrativa e amministrativo-contabile sulla quale ha giurisdizione la Corte dei Conti. Al fine di potersi tutelare rispetto alla responsabilità amministrativa, ciascun soggetto assicurato ha la facoltà di acquistare l'estensione responsabilità amministrativa e amministrativo-contabile, con premio a suo totale carico, rivolgendo la richiesta agli assicuratori tramite l'intermediario.

6. CHE COSA NON ASSICURIAMO: LE "ESCLUSIONI"

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

- | | | |
|-----|--|--|
| 6.1 | FATTI NOTI | <p>CIRCOSTANZE e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO esistenti prima od alla data di decorrenza della POLIZZA che gli ASSICURATI conoscevano o delle quali potevano avere conoscenza, atte a generare una successiva RICHIESTA DI RISARCIMENTO.</p> <p>La presente esclusione non si applica nei confronti degli ASSICURATI che dimostrino di non poter essere in alcun modo a conoscenza della CIRCOSTANZA e/o della RICHIESTA DI RISARCIMENTO oggetto di esclusione.</p> |
| 6.2 | CIRCOSTANZE E/ O RICHIESTE DI RISARCIMENTO GIÀ NOTIFICATE | <p>CIRCOSTANZE e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO già notificate dagli ASSICURATI agli ASSICURATORI in base a precedenti polizze o ad altri assicuratori.</p> |
| 6.3 | FATTI DOLOSI E FRAUDOLENTI | <p>frode, atto o omissione dolosa posti in essere dagli ASSICURATI e/o derivanti da infedeltà di DIPENDENTI.</p> <p>La presente esclusione non si applica nei confronti degli ASSICURATI che non abbiano posto in essere i fatti di cui sopra e che dimostrino di non poter essere in alcun modo a conoscenza di tali fatti oggetto di esclusione.</p> |
| 6.4 | MULTE, AMMENDE E/O SANZIONI DIRETTE | <p>obbligazioni di natura fiscale, contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo, penalità, sovrattasse, sanzioni inflitte direttamente all'ORDINE PROFESSIONALE o ai SOGGETTI ASSICURATI o le conseguenze del loro mancato pagamento.</p> |



Perché le multe, le ammende e le sanzioni dirette sono escluse?

Le multe, le ammende e le sanzioni comminate direttamente all'ordine professionale o ai suoi consiglieri, essendo di carattere personale ed afflittivo, teso a dissuadere, nell'interesse pubblico, lo svolgimento di determinate azioni, violazioni e/o comportamenti, non possono per legge essere oggetto di assicurazione a pena di nullità del contratto per illiceità della causa ai sensi dell'articolo 1343 del Codice Civile.

- | | | |
|-----|------------------------------|--|
| 6.5 | EMOLUMENTI O COMPENSI | <p>emolumenti o compensi di qualsiasi natura. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo: retribuzioni, contributi, trattamenti di fine rapporto, compensi, benefit, indennità contrattuali ed extracontrattuali, trattamenti di fine mandato e di qualsiasi altra remunerazione, e/o obbligazione che è o sarebbe stata dovuta sin dall'origine in ragione di un rapporto di lavoro, di rapporti di collaborazione autonoma e/o a progetto.</p> |
|-----|------------------------------|--|

6.6	ERRORI NELL'AMBITO DELL'ATTIVITA' E DEI SERVIZI PROFESSIONALI	FATTI COLPOSI posti in essere nell'esercizio delle attività indicate nell'oggetto sociale dell'ORDINE PROFESSIONALE, e/o per la prestazione o mancata prestazione di servizi di natura professionale. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo: insufficiente/non conforme sottoscrizione di coperture assicurative, errori nell'amministrazione finanziaria dell'ORDINE PROFESSIONALE, errori nella gestione dei servizi prestati a terzi.
6.7	DANNI CORPORALI O DANNI MATERIALI	DANNI CORPORALI o DANNI MATERIALI.
6.8	INQUINAMENTO	i. fuoriuscita, dispersione, emissione o fuga di SOSTANZE INQUINANTI; ii. disposizioni o richieste di verifica, monitoraggio, bonifica, rimozione, contenimento, trattamento o neutralizzazione di SOSTANZE INQUINANTI.
6.9	RADIAZIONI, CONTAMINAZIONI E/O SCORIE NUCLEARI	i. radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva che trae origine da radioattività derivante da qualsiasi combustibile nucleare o da scorie nucleari generate da combustibile nucleare; ii. sostanze radioattive, tossiche, esplosive od altre proprietà pericolose, montaggio di esplosivi nucleari o relativi componenti nucleari.
6.10	GUERRA, ATTI TERRORISTICI	guerra, invasione, atti di nemici esteri, ostilità e operazioni belliche (in caso di guerra dichiarata o non), guerra civile, ribellione, insurrezione, sommosse popolari costituenti rivolta o colpo di stato politico o militare, o ATTI TERRORISTICI. Si intendono inoltre escluse dalla presente copertura assicurativa PERDITE, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o connessi ad azioni finalizzate al controllo, alla prevenzione o alla soppressione di quanto sopra indicato e comunque a ciò relativo.
6.11	FATTI RELATIVI ALLA GESTIONE DI ASSICURAZIONI	FATTI COLPOSI commessi nella stipulazione, modifica o rinnovo di contratti assicurativi, riassicurativi o fideiussioni e/o cauzioni o ritardi nel pagamento dei relativi premi.



Cosa si intende per gestione assicurativa?

La copertura assicurativa non si attiva nel caso in cui la richiesta di risarcimento sia conseguenza di azioni e/o omissioni colpose poste in essere dall'ordine professionale contraente nell'ambito della gestione di contratti assicurativi.

Ad esempio: la mancata stipula di una polizza RCT/O.

6.12	RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA E/O AMMINISTRATIVO CONTABILE	PERDITE cagionate alla pubblica amministrazione e/o all'erario e comunque responsabilità amministrativa e/o amministrativo contabile.
6.13	ESCLUSIONE OCC	l'operato dell'organismo di composizione della crisi da sovraindebitamento.

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

7.1	DIRITTO DI RECESSO	Dopo ogni notifica di RICHIESTA DI RISARCIMENTO e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell' INDENNIZZO , gli ASSICURATORI o il CONTRAENTE possono recedere con lettera raccomandata A/R o PEC dalla
-----	-------------------------------	--

presente POLIZZA con preavviso di 90 giorni.

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

7.2 RICHIESTE DI RISARCIMENTO FRAUDOLENTE - CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

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

7.3 PROCEDURE DI RINNOVO

In mancanza di disdetta inviata mediante lettera raccomandata A/R spedita dal CONTRAENTE o dagli ASSICURATORI entro e non oltre 60 giorni prima della scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, la POLIZZA, di durata non inferiore ad un anno, si rinnova tacitamente di anno in anno.

La disdetta del CONTRAENTE può essere spedita alternativamente:

- i. mediante raccomandata A/R, inviata all'INTERMEDIARIO o a DUAL Italia S.p.A. (farà fede la data del timbro postale);
- ii. direttamente dal CONTRAENTE a DUAL Italia S.p.A. tramite PEC all'indirizzo disdette@legalmail.it

Il tacito rinnovo non si applica nel caso in cui alla scadenza dell'annualità assicurativa:

- i. l'ultimo bilancio approvato o l'ultimo rendiconto finanziario dell'ORDINE PROFESSIONALE presenti un TOTALE ATTIVO superiore a € 10.000.000;
- ii. l'ultimo bilancio approvato o l'ultimo rendiconto finanziario dell'ORDINE PROFESSIONALE presenti una perdita (dopo le imposte) eccedente il 25% del patrimonio netto, del totale delle entrate, e/o il patrimonio netto negativo.

Nei casi sopraindicati gli ASSICURATI devono dare immediata comunicazione agli ASSICURATORI, tramite l'INTERMEDIARIO, inviando una nuova richiesta di quotazione sulla base della quale gli ASSICURATORI valutano gli eventuali termini del rinnovo.

In caso di omessa comunicazione, gli ASSICURATORI non rispondono di alcuna RICHIESTA DI RISARCIMENTO e/o CIRCOSTANZA e restituiscono l'ultimo PREMIO corrisposto, al netto delle imposte se già versate, relativo al PERIODO DI ASSICURAZIONE in cui è effettuata la notificata.

8. PERIODO DI OSSERVAZIONE

8.1 PERIODO DI OSSERVAZIONE AUTOMATICO DI 30 GIORNI

Nel caso in cui alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE il CONTRAENTE e/o gli ASSICURATORI non rinnovino la presente POLIZZA per l'annualità successiva, è concesso automaticamente - e senza sovrapprezzo - un PERIODO DI OSSERVAZIONE di 30 giorni a far data dalla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.

8.2 PERIODO DI OSSERVAZIONE IN

In aggiunta al PERIODO DI OSSERVAZIONE AUTOMATICO DI 30 GIORNI, il CONTRAENTE e/o gli ASSICURATI hanno la facoltà di richiedere agli ASSICURATORI un ulteriore PERIODO DI OSSERVAZIONE della durata

CASO DI MANCATO RINNOVO massima di 60 mesi.

La concessione del PERIODO DI OSSERVAZIONE aggiuntivo è subordinato all'invio di una richiesta scritta agli ASSICURATORI entro e non oltre 30 giorni prima della scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, al consenso degli ASSICURATORI ed al pagamento di un PREMIO aggiuntivo così determinato:

- i. 12 mesi: 25% del PREMIO
- ii. 24 mesi: 50% del PREMIO
- iii. 36 mesi: 75% del PREMIO
- iv. 48 mesi: 100% del PREMIO
- v. 60 mesi: 125% del PREMIO

Il PERIODO DI OSSERVAZIONE cessa con effetto immediato qualora il CONTRAENTE stipuli una polizza con altro assicuratore per la copertura del medesimo rischio e/o acquisti il PERIODO DI OSSERVAZIONE presso un diverso assicuratore.

8.3 PERIODO DI OSSERVAZIONE PER SOGGETTI ASSICURATI CESSATI

Nel caso in cui, alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE:

- i. il CONTRAENTE e/o gli ASSICURATORI non rinnovino la presente POLIZZA per l'annualità successiva;
- ii. non sia stato acquistato il PERIODO DI OSSERVAZIONE di cui al precedente articolo PERIODO DI OSSERVAZIONE IN CASO DI MANCATO RINNOVO;

per i SOGGETTI ASSICURATI che siano cessati dalla carica prima della scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE ed entro la RETROATTIVITA' per motivi di pensionamento, decesso o naturale scadenza del mandato, è concesso automaticamente - e senza alcun sovrappremio - un PERIODO DI OSSERVAZIONE della durata di 60 mesi successivi alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, operante esclusivamente per le garanzie di cui all'articolo COPERTURA DEI SOGGETTI ASSICURATI.

Il PERIODO DI OSSERVAZIONE per i SOGGETTI ASSICURATI cessati, mantiene la sua efficacia anche nel caso in cui il CONTRAENTE stipuli una polizza con altro assicuratore per la copertura del medesimo rischio, mentre cessa con effetto immediato nel caso in cui il CONTRAENTE acquisti il PERIODO DI OSSERVAZIONE presso un diverso assicuratore.

La presente garanzia è efficace a condizione che i FATTI COLPOSI siano stati commessi dai SOGGETTI ASSICURATI quando erano al servizio dell'ORDINE PROFESSIONALE;

8.4 REGOLE GENERALI DI APPLICAZIONE DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE

Il LIMITE DI INDENNIZZO, indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel PERIODO DI OSSERVAZIONE, non può superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA.

Durante il PERIODO DI OSSERVAZIONE gli ASSICURATI devono comunque attenersi a quanto disciplinato alla Sezione C - LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO che segue.



Come funziona il periodo di osservazione?

Nel caso in cui, alla scadenza, il contratto non venisse rinnovato, l'ordine professionale ha la facoltà di acquistare un periodo di copertura successivo alla scadenza del contratto e fino a 5 anni di durata, che tuteli i soggetti assicurati (e l'ordine professionale qualora attivata la relativa estensione di copertura) da richieste di risarcimento pervenute durante tale periodo e relative ad azioni e/o omissioni commessi durante la decorrenza del contratto o durante il periodo di retroattività.

Pertanto l'ordine professionale, corrispondendo una tantum e ove previsto un importo per l'acquisto del periodo di osservazione, mantiene attiva la copertura assicurativa anche a polizza scaduta.



9. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA

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

SEZIONE C - LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

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

- 10.1 COSA, QUANDO E COME COMUNICARE AGLI ASSICURATORI
- Gli ASSICURATI - **a pena di decadenza del diritto all'INDENNIZZO** - devono dare agli ASSICURATORI, tramite l'INTERMEDIARIO, **comunicazione scritta entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui sono venuti a conoscenza di:**
- i. **qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO** a loro presentata durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o durante il PERIODO DI OSSERVAZIONE se concesso;
 - ii. **qualsiasi CIRCOSTANZA** di cui gli ASSICURATI vengano a conoscenza durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o durante il PERIODO DI OSSERVAZIONE se concesso, che possa dare adito ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO.

Relativamente al punto (ii) se tale comunicazione viene effettuata dagli ASSICURATI agli ASSICURATORI nel PERIODO DI ASSICURAZIONE, qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO conseguente è considerata dagli ASSICURATORI come effettuata nel PERIODO DI ASSICURAZIONE.

La denuncia di CIRCOSTANZA e/o di RICHIESTA DI RISARCIMENTO deve contenere dettagliate informazioni sugli eventi, il nome della controparte, la natura del FATTO COLPOSO commesso dagli ASSICURATI ed una quantificazione indicativa della PERDITA.

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

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

- 10.3 GESTIONE DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO
- Gli ASSICURATORI non possono definire transattivamente alcuna RICHIESTA DI RISARCIMENTO senza il consenso scritto degli ASSICURATI. Qualora gli ASSICURATI rifiutino di acconsentire ad una transazione suggerita dagli ASSICURATORI e scelgano di impugnare o continuare i procedimenti legali in relazione ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'obbligo risarcitorio degli ASSICURATORI per tale RICHIESTA DI RISARCIMENTO non può eccedere l'importo con cui la RICHIESTA DI RISARCIMENTO avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi COSTI E SPESE maturati con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, e comunque non oltre il LIMITE DI INDENNIZZO o il SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO ove previsto.**

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

- 10.4 COSA SUCCED
QUANDO GLI
ASSICURATORI
PAGANO
L'INDENNIZZO
IN BASE ALLA
POLIZZA: LA
SURROGAZIONE E
LA RESPONSABILITÀ
SOLIDALE
- Per ogni pagamento effettuato a termini della presente POLIZZA gli ASSICURATORI si surrogano nei diritti degli ASSICURATI verso i terzi responsabili fino alla concorrenza delle somme pagate. In tal caso, gli ASSICURATI devono firmare tutti i necessari documenti e devono fare tutto quanto è necessario per non pregiudicare tali diritti, ivi inclusa la sottoscrizione degli atti che consentano agli ASSICURATORI di agire legalmente in luogo degli ASSICURATI.
- Ogni somma eventualmente ottenuta dagli ASSICURATORI a seguito dell'esercizio del diritto di surrogazione di cui sopra è imputata in primo luogo ai pagamenti eseguiti in favore dei SOGGETTI ASSICURATI e successivamente ai pagamenti eseguiti in favore dell'ORDINE PROFESSIONALE.

In caso di responsabilità solidale dell'ORDINE PROFESSIONALE e/o dei SOGGETTI ASSICURATI con altri soggetti, gli ASSICURATORI rispondono di tutto quanto dovuto dagli ASSICURATI, fermo il diritto di regresso/surrogazione nei confronti degli altri obbligati in via solidale.

11. GESTIONE DELLE SOMME RISARCIBILI DA PARTE DEGLI ASSICURATORI

- 11.1 DETERMINAZIONE DI
COSTI E SPESE
- COSTI E SPESE**, come previsto all'articolo 1917 del Codice Civile, sono:
- i. **anticipati dagli ASSICURATORI, quando dovuti ed approvati;**
 - ii. **limitati al 25% del LIMITE DI INDENNIZZO, in aggiunta allo stesso, o dell'eventuale SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO ove previsto;**
 - iii. **corrisposti senza l'applicazione di alcuna FRANCHIGIA.**
- Il pagamento di COSTI E SPESE per compensi di professionisti ai sensi della presente POLIZZA non può eccedere le somme risultanti dai parametri minimi previsti dalle disposizioni di legge e di regolamenti in vigore applicabili, parametrati sulla RICHIESTA DI RISARCIMENTO e, se superiore, sul LIMITE DI INDENNIZZO, salvo diverso accordo con gli ASSICURATORI.**
- Con riferimento a **procedimenti penali aventi ad oggetto reati di natura colposa e/o dolosa che coinvolgano gli ASSICURATI ai sensi della presente POLIZZA**, gli ASSICURATORI si impegnano ad **anticipare COSTI E SPESE** ad essi relativi, purché preventivamente concordati.
- Fermo restando il diritto degli ASSICURATORI di chiedere la restituzione di COSTI E SPESE anticipati qualora i procedimenti penali aventi ad oggetto reati di natura dolosa si concludano con sentenza definitiva di condanna.
- 11.2 COSTI E SPESE
SUPERIORI AL
25% DEL LIMITE DI
INDENNIZZO
- A richiesta scritta degli ASSICURATI, COSTI E SPESE eccedenti il 25% del LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA possono essere rimborsati dagli ASSICURATORI, alle condizioni di cui al precedente articolo DETERMINAZIONE DI COSTI E SPESE, **fino a concorrenza del LIMITE DI INDENNIZZO**, fermo restando che, in tal caso, **il LIMITE DI INDENNIZZO è ridotto in misura corrispondente alla somma oggetto di rimborso.**
- 11.3 LIQUIDAZIONE DELLA
PERDITA
- Gli ASSICURATORI risarciscono le PERDITE nello stesso ordine in cui esse si sono verificate. Tuttavia, qualora si verificino più PERDITE concernenti sia le garanzie di cui all'articolo COPERTURA DEI SOGGETTI ASSICURATI che le garanzie di cui all'articolo COPERTURA DELL'ORDINE PROFESSIONALE, qualora operante e specificatamente riportato nella SCHEDA DI POLIZZA, **gli ASSICURATORI risarciscono per prima la PERDITA imputabile ai SOGGETTI ASSICURATI.**

Resta inteso inoltre che gli ASSICURATORI, in nessun caso, sono obbligati a risarcire PERDITE dopo l'esaurimento del LIMITE DI INDENNIZZO.

Gli ASSICURATORI provvedono al pagamento di quanto loro compete, in eccedenza della FRANCHIGIA applicabile e fino alla concorrenza del LIMITE DI INDENNIZZO o del SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO, entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di quietanza debitamente firmato.

12. COSA FARE IN CASO DI PERDITA FINANZIARIA DIRETTA

12.1 COSA, QUANDO E COME COMUNICARE AGLI ASSICURATORI IN CASO DI PERDITA FINANZIARIA DIRETTA

in caso di PERDITA FINANZIARIA DIRETTA gli ASSICURATI devono - a pena di decadenza del diritto all'INDENNIZZO ai sensi della presente POLIZZA:

- i. comunicare per iscritto agli ASSICURATORI, tramite l'INTERMEDIARIO, la **PERDITA FINANZIARIA DIRETTA** subito entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui ne vengono a conoscenza;
- ii. presentare immediata denuncia alle autorità competenti dell'ATTO DI INFEDELTA' entro 30 giorni dalla data in cui sono venuti a conoscenza della PERDITA FINANZIARIA DIRETTA - tale denuncia non può essere ritirata senza il consenso scritto degli ASSICURATORI;
- iii. trasmettere copia della denuncia di cui al punto ii. agli ASSICURATORI.

Resta comunque onere degli ASSICURATI, a pena di decadenza del diritto all'INDENNIZZO:

- i. fornire agli ASSICURATORI la prova della PERDITA FINANZIARIA DIRETTA non oltre 90 giorni dopo la data in cui ne sono venuti a conoscenza;
- ii. fornire tutte le informazioni e i documenti richiesti dagli ASSICURATORI e collaborare con gli ASSICURATORI in merito a tutte le questioni relative alla PERDITA FINANZIARIA DIRETTA;
- iii. dimostrare che è stato commesso un ATTO DI INFEDELTA';
- iv. identificare il DIPENDENTE coinvolto;
- v. dimostrare il nesso causale tra l'ATTO DI INFEDELTA' e la PERDITA FINANZIARIA DIRETTA subita.

12.2 GESTIONE DELLA LIQUIDAZIONE DELLE PERDITE FINANZIARIE DIRETTE

Fermo restando quanto previsto dall'articolo COSA, QUANDO E COME COMUNICARE AGLI ASSICURATORI IN CASO DI PERDITA FINANZIARIA DIRETTA che precede, successivamente alla notifica di una PERDITA FINANZIARIA DIRETTA agli ASSICURATORI, gli ASSICURATI nominano un esperto - che deve preventivamente essere approvato per iscritto dagli ASSICURATORI - per accertare l'effettiva sussistenza della PERDITA FINANZIARIA DIRETTA.

L'esperto di cui sopra deve:

- i. indagare sui fatti che hanno dato origine a tale PERDITA FINANZIARIA DIRETTA;
- ii. determinare l'entità di tale PERDITA FINANZIARIA DIRETTA;
- iii. stimare quando e come i controlli dell'ORDINE PROFESSIONALE e dei SOGGETTI ASSICURATI siano stati o potrebbero essere stati elusi;
- iv. fornire raccomandazioni e suggerimenti che potrebbero in futuro impedire il verificarsi di perdite finanziarie simili;
- v. fornire i risultati dell'indagine in un formato approvato dagli ASSICURATORI;
- vi. fornire copia della relativa relazione agli ASSICURATI e agli ASSICURATORI.

La relazione dell'esperto non è vincolante ai fini dell'operatività della presente POLIZZA.

Gli ASSICURATORI corrispondono i costi e le spese **ragionevolmente sostenuti** per le attività dell'esperto di cui sopra **a condizione che si accerti che la PERDITA FINANZIARIA DIRETTA sia coperta dalla presente POLIZZA. Qualora emerga che la PERDITA FINANZIARIA DIRETTA non possa essere coperta dalla presente POLIZZA, i costi e le spese dell'esperto restano interamente a carico degli ASSICURATI.**

La PERDITA FINANZIARIA DIRETTA accertata nelle modalità sopra indicate è rimborsata dagli ASSICURATORI entro 30 giorni dopo il deposito della sentenza di condanna in primo grado del DIPENDENTE nell'ambito dei procedimenti penali instaurati nei suoi confronti per gli ATTI DI INFEDelta' che hanno determinato tale PERDITA FINANZIARIA DIRETTA.

Il presente documento è aggiornato al mese di Maggio 2021