AmTrust

MEDICO PROTETTO +

Linea Professione Protetta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale del Medico

Il prodotto è stato redatto secondo le linee guida ANIA "Contratti Semplici e Chiari"
Edizione Marzo 2025

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo che contiene:

- Dip Danni (Documento Informativo Precontrattuale)
- Dip Aggiuntivo Danni (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo)
- Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario

AmTrust Assicurazioni

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici
Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: "AmTrust MEDICO PROTETTO+"

AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A. *appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI). La sede legale è in Via Clerici, 14 – 20121 Milano (MI).*

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa Polizza assicura il medico esercente attività libero professionale, iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata, svolta in conformità alle leggi che la regolano, per i Danni causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Assicurata.
L'Assicurazione è prestata nella forma ***Claims Made***, ossia opera per le Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato (o nel caso di azione diretta dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui o dal Contraente tempestivamente denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 giorni successivi alla scadenza del Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione o anche prima, purché entro la Data inizio Retroattività riportata nella Scheda di Polizza.

Che cosa è assicurato?

- ✓ **Responsabilità civile professionale**: il patrimonio dell'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare in qualità di civilmente responsabile per i Danni causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Assicurata.
  La Polizza è operante in favore dell'Assicurato esclusivamente in relazione all'Attività Assicurata oggetto della copertura assicurativa riportata in Scheda di Polizza in quanto:
  - attività libero professionale svolta
  - attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali
  - eventuale attività libero professionale cessata prima della decorrenza del Periodo di Assicurazione
- ✓ Responsabilità civile per colpa grave operante per l'Attività Assicurata svolta e/o cessata
- ✓ Prestazioni non rientranti in attività invasiva o attività chirurgica
- ✓ Pregressa copertura con contratto AmTrust MedicoUnder35
- ✓ Pregressa copertura con altro contratto della Società o società facenti parte del Gruppo AmTrust

Garanzie aggiuntive opzionali (valide e operanti solo se attivate dal Contraente e pagato il relativo Premio aggiuntivo):
- Ruolo apicale e direzione sanitaria - Perdite Patrimoniali
- Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO)
- Omesso adempimento Crediti ECM

Estensione di ultrattività (attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione a fronte del pagamento del relativo Premio aggiuntivo):
- Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività

Le coperture assicurative operano entro il Massimale per Sinistro e il Massimale per Periodo di Assicurazione nonché entro i Sottolimiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

Che cosa non è assicurato?

Non sono considerati terzi ai fini della copertura: il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi o altro parente/affine con lui convivente anche se non presenti nello stato di famiglia.
Sono escluse le Richieste di Risarcimento:

- ✘ Già pervenute all'Assicurato prima della decorrenza della Polizza o che pervengano all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta alla Società) in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, qualora attivato
- ✘ Pervenute all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e denunciate alla Società oltre 30 giorni dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione stesso
- ✘ Relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della Data inizio Retroattività indicata nella Scheda di Polizza (indipendentemente da eventuali precedenti contratti stipulati con la Società o con altre società del gruppo AmTrust)
- ✘ Connesse e/o conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato antecedentemente alla sottoscrizione della Polizza e non dichiarati alla Società, oppure non dichiarati alla Società in occasione di variazioni contrattuali
- ✘ conseguenti a prestazioni sanitarie non riferibili all'Attività Assicurata oggetto della copertura assicurativa

Il presente elenco è a titolo esemplificativo e non esaustivo; per l'elenco completo si rimanda al DIP Aggiuntivo ed alle Condizioni di Assicurazione.

Ci sono limiti di copertura?

- ! È prevista l'applicazione di eventuali Franchigie, riportate nella Scheda di Polizza
- ! Le attività professionali assicurate sono unicamente quelle valorizzate nella Scheda di Polizza

Il presente elenco è a titolo esemplificativo e non esaustivo; per l'elenco completo si rimanda al DIP Aggiuntivo ed alle Condizioni di Assicurazione.

Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale per le Richieste di Risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione
- ✓ L'Assicurato deve avere la residenza o il domicilio professionale in Italia e le Richieste di Risarcimento devono essere fatte valere in Italia.

Che obblighi ho?

- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto all'indennizzo, nonché la cessazione della Polizza.
- Devi dare immediato avviso alla Società dei cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato tramite l'Intermediario incaricato entro i 10 giorni successivi alla data di variazione.
- Devi comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del tuo diritto all'indennizzo.
- In caso di Sinistro devi denunciarlo alla Società entro 30 giorni da quando ne hai avuto conoscenza, e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla cessazione del Periodo di Assicurazione in corso, secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione, e agli altri assicuratori se hai assicurato lo stesso rischio anche con altri; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Senza il previo consenso scritto della Società, non devi ammettere responsabilità o definire la liquidazione o transare o sostenere spese; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Devi comunicare tempestivamente alla Società la cessazione dell'attività professionale e provvedere al pagamento del Premio aggiuntivo per l'ultrattività entro 30 giorni successivi alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso all'atto della cessazione dell'attività professionale.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).

Quando e come devo pagare?

Il Premio è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale ed è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Se scegli il frazionamento rateale, dovrai pagare le successive rate alla scadenza stabilita. Dato che la Polizza prevede il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annua dovrai pagare il Premio di rinnovo (secondo le modalità di frazionamento che hai scelto all'origine).
Il Premio aggiuntivo dell'ultrattività per la cessazione definitiva dell'attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione, senza oneri aggiuntivi.
Puoi pagare il Premio con denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa vigente, assegno bancario, postale o circolare, muniti della clausola di non trasferibilità intestati alla Società o all'intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione, sistemi di pagamento elettronico o bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, se pagato il Premio o la prima rata di Premio, oppure dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio se successivo, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nella Scheda di Polizza.
La Polizza prevede il tacito rinnovo**. In caso di mancato pagamento delle rate successive di Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello di scadenza.**

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurazione ha la durata riportata nella Scheda di Polizza e, in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 anno.
Puoi recedere dalla Polizza, anche in corso d'anno, dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto di Indennizzo, dando un preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla data di effetto del recesso mediante lettera raccomanda (o mezzi legalmente equivalenti).
In caso di Vendita a Distanza puoi, inoltre, recedere dalla Polizza esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dalla data di pagamento del Premio, inviando comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti), inviata all'Intermediario incaricato o alla Società.

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

AmTrust Assicurazioni

Prodotto "AmTrust MEDICO PROTETTO+"

31/03/2025 Data di realizzazione, il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

AmTrust Assicurazioni S.p.A. *appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI). La sede legale è in Via Clerici, 14 – 20121 Milano (MI) – Italia; recapito telefonico: +39 0283438150; sito internet: www.amtrust.it; indirizzo di posta elettronica: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com;*
indirizzo PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it.
AmTrust Assicurazioni S.p.A. è iscritta al n° 1.00165 dell'Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in Italia.
L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 259.801 migliaia di Euro e il risultato economico netto di periodo è pari a 25.659 migliaia di Euro e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2024.
L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 181,04%.
Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link https://www.amtrust.it/sfcr.pdf

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alla copertura assicurativa offerta.

Garanzia - Responsabilità Civile professionale
La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Assicurata, unicamente nei casi di:
a) responsabilità civile verso terzi per fatto colposo, errore od omissione;
b) azione di rivalsa esperita dalla Struttura e/o in via di surrogazione da parte dell'impresa di assicurazione della stessa, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
c) azioni di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga esercitate nei confronti dell'Assicurato esercente la professione sanitaria medica per conto di una Struttura, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL, di quanto questi sia tenuto a rimborsare all'erario, alla Struttura o al suo assicuratore, ***solo qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave*** *con provvedimento giudiziario passato in giudicato della Corte dei conti o dell'autorità giudiziaria competente a pronunciarsi, oppure sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società;*
d) azione di rivalsa esperita dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti terzi, la Società risponde per l'intero, salvo il regresso pro quota, in via di surrogazione, nei confronti dei condebitori solidali dell'Assicurato ai sensi degli articoli 2055 e 1916 del Codice civile.
L'Assicurato dichiara di cedere alla Società tutti i propri diritti ed azioni per il recupero delle somme versate in virtù della presente garanzia.

Estensioni di garanzia incluse nel Premio sempre valide ed operanti
L'Assicurazione è estesa alla responsabilità civile dell'Assicurato per i Danni derivanti da:
1. attività formative previste ed erogate nell'ambito delle scuole di specializzazione, di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m.i., ivi incluse quelle svolte nel corso del penultimo o dell'ultimo anno della scuola di specializzazione in virtù di rapporto di lavoro presso Struttura come delineato dalla L. 145/2018, modificata dal D.l. 35/2019 ("Decreto Calabria") convertito con L. 60/2019;
2. attività formative previste ed erogate nell'ambito del corso di formazione specifica in Medicina Generale, di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m.i. ed ai sensi del DM 07/03/2006;
3. prestazioni svolte in conformità alla normativa vigente ed alla compatibilità con la formazione ai sensi del D.lgs. 368/1999;
4. attività formative previste ed erogate nell'ambito del corso, scuola o master di medicina estetica;
5. interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita;
6. servizio di continuità assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);
7. servizio di continuità assistenziale stagionale per turisti (ex guardia medica turistica);
8. sostituzione del medico di medicina generale / di famiglia;
9. sostituzione del pediatra di libera scelta;
10. assistenza sanitaria penitenziaria;
11. servizio di guardia interdivisionale e medico di guardia in RSA;
12. somministrazione di vaccini;
13. docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;
14. medico accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;
15. assistenza medica svolta all'interno di eventi sportivi e manifestazioni;
16. medico prelevatore presso laboratori privati od associazioni;
17. rilascio certificati medico sportivi non agonistici.

La copertura è estesa alle Richieste di Risarcimento conseguenti a Danni derivanti:
1. dalla consegna e somministrazione diretta e gratuita di farmaci di cui l'Assicurato abbia curato la conservazione;
2. da fatti commessi dal medico che sostituisce l'Assicurato e per i quali esiste una responsabilità in capo all'Assicurato;
3. dall'esecuzione e la partecipazione dell'Assicurato ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo di appropriate risorse tecnologiche ed organizzative.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali acquistati dal Contraente e riportati nella Scheda di Polizza.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	*Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che sono escluse le Richieste di Risarcimento:* • *Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato antecedentemente alla sottoscrizione di precedenti contratti stipulati con una società del gruppo AmTrust, ancorché senza soluzione di continuità con la presente Polizza;*

- *Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato successivamente alla sottoscrizione di precedenti contratti stipulati con una società del gruppo AmTrust, ancorché senza soluzione di continuità con la presente Polizza, qualora non operanti per il medesimo rischio di responsabilità civile professionale, per la medesima Attività Assicurata ed alle medesime condizioni (salvo il caso di adeguamento di massimale e retroattività del contratto ai sensi del D.M. 232 del 15 dicembre 2023) assicurate con la presente Polizza.*
- *conseguenti a somministrazione di anestesia locale qualora la somministrazione non avvenga in conformità alle linee guida vigenti, avendo cura dell'età, del quadro clinico del paziente e delle sue eventuali comorbidità, in ambiente autorizzato debitamente attrezzato per la gestione di eventuali complicanze ed in presenza di un collaboratore;*
- ***conseguenti a prestazioni erogate in virtù di una specifica obbligazione contrattuale direttamente assunta dall'Assicurato nei confronti del paziente**, qualora l'Assicurato abbia dichiarato che l'intera attività libero professionale - svolta e/o cessata - oggetto della copertura assicurativa è esercitata esclusivamente in nome e per conto della Struttura;*
- *per Danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla Struttura sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi a tale scopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;*
- *per Perdite Patrimoniali salvo che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO) e/o che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Ruolo apicale e direzione sanitaria - Perdite Patrimoniali;*
- *originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria medica;*
- *per Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;*
- *derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici nonché derivanti da fatti dolosi commessi dall'Assicurato;*
- *relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato non fosse iscritto all' Albo professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata;*
- *riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso (ivi inclusa la risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 "Statuto delle Medicine non Convenzionali" e s.m.i);*
- *relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;*
- *basate sulla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;*
- *aventi ad oggetto inadempienze contrattuali (es. la restituzione del compenso corrisposto all'Assicurato per la relativa prestazione professionale);*
- *derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;*
- *derivanti da consulenza on line, fatta eccezione per le operazioni peritali da remoto se acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO) e per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente, o derivanti da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;*
- *conseguenti alla conduzione dello studio medico, salvo che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO);*
- *per pregiudizi alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;*
- *relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);*
- *relative alle spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi dell'art. 6.2, Patto di Gestione della lite, (Sezione "Cosa fare in caso di sinistro e come viene gestito il sinistro?", pag. 16);*
- *relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;*
- *fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;*
- *conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;*
- *per pregiudizi che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'Attività Assicurata;*
- *conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;*
- *riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'Attività Assicurata;*
- *relative a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di Assicurato;*
- *relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali;*
- *derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);*
- *in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;*
- *per Danni connessi ad atti di guerra e/o terrorismo.*

Ulteriori esclusioni applicabili a garanzie aggiuntive opzionali

Relativamente alla garanzia aggiuntiva opzionale Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO) sono sempre esclusi:

- *gli interventi relativi connessi o conseguenti alla fecondazione ed al concepimento umano;*
- *la responsabilità civile che ricade ai sensi di legge sul fabbricante dei prodotti che l'Assicurato utilizza ai fini della propria Attività Assicurata;*
- *i vizi e difetti che si manifestano oltre i tre mesi successivi alla consegna, all'utilizzo od all'impianto del Medical Device sul paziente.*

***Con riferimento alla sezione RCT**, l'Assicurazione non è operante in relazione a Danni e Perdite Patrimoniali causati da qualunque esercente la professione sanitaria diverso dall'Assicurato.*

***Con riferimento alla sezione RCO**, l'Assicurazione non è operante in relazione a malattie professionali conseguenti a fatti colposi commessi e/o verificatisi prima del Periodo di Assicurazione.*

***Con riferimento sezioni RCT e RCO**, qualora l'Assicurato sia contitolare di uno studio associato o società tra professionisti, l'Assicurazione è operante a condizione che tutti i professionisti sanitari siano assicurati con singolo contratto di assicurazione stipulato con la Società a copertura della responsabilità civile professionale e della RCT e RCO.*

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che:

- *Non sono considerate Richiesta di Risarcimento, e dunque non costituiscono Sinistro:*
  - *la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della Struttura stessa;*

- *la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.*

- *In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'Assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.*
- *L'Assicurazione opera fino alla concorrenza dei Massimali per Sinistro e per Periodo di Assicurazione indicati nella Scheda di Polizza e dei Sottolimiti di Indennizzo di seguito riepilogati:*
  - *Ruolo apicale e direzione sanitaria – Perdite Patrimoniali: € 200.000*
  - *Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO): € 200.000*

A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato al medico esercente attività libero professionale, iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata, svolta in conformità alle leggi che la regolano, nonché all'Assicurato non appartenente all'UE relativamente all'esercizio della propria Attività Assicurata svolta in Italia, purché titolare di permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio conseguito all'interno dell'UE o in alternativa di dichiarazione rilasciata dall'autorità consolare italiana del paese non europeo ove sia stato conseguito il titolo in cui si affermi che quest'ultimo soddisfa pienamente le direttive UE.
La Polizza è operante in favore dell'Assicurato esclusivamente per l'Attività Assicurata riportata in Scheda di Polizza:

- *attività libero professionale svolta;*
- *attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali;*
- *eventuale attività libero professionale cessata prima della decorrenza del Periodo di Assicurazione.*

Quali costi devo sostenere?

Il Premio pagato dal Contraente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'Intermediario che sono da ritenersi tra il 10% e il 18% del Premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	*È da considerarsi reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto a* ***Ufficio Reclami – AmTrust Assicurazioni S.p.A. -*** *Via Clerici 14, 20121 Milano - Fax +39 0283438174 - Email: reclami@amtrustgroup.com – Pec: reclami.amtrust.assicurazioni@pec.it.* *Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo a cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso.* *La Compagnia, ricevuto il reclamo, fornirà riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento dello stesso.* *Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli* ***Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori*** *e degli* ***Intermediari a titolo accessorio****, il termine di riscontro di cui sopra, potrà essere sospeso per un massimo di 15 (quindici) giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo.* *Nel caso di reclami relativi al comportamento degli* ***altri intermediari (Broker e Banche) e loro dipendenti/collaboratori****, gli stessi saranno gestiti direttamente dall'Intermediario interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.* *In caso di* ***rapporti di libera collaborazione*** *ai sensi dell'articolo 22, comma 10, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221, i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un Broker, sono gestiti dall'intermediario proponente mentre i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un'Agenzia, sono gestiti dall'impresa preponente.*
All'IVASS	*In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec:* ***ivass@pec.ivass.it .*** *Info su:* ***www.ivass.it***

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 e condizione di procedibilità*** *per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi.*
Negoziazione assistita	*Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.*
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- ***L'arbitrato non è previsto.*** - *Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura* ***FIN-NET*** *(rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).* - ***Arbitro assicurativo presso IVASS*** *istituito con D.M. n. 215/2024, consultabile sul sito www.gazzzettaufficiale.it .La procedura prevede una fase preliminare obbligatoria di reclamo all'impresa o all'intermediario, seguita dal ricorso all' Arbitro entro 12 Mesi in caso di risposta insoddisfacente o mancata risposta. Info sul sito www.ivass.it.*

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	*Il Premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 22,25% del Premio imponibile annuo.* *Il Premio pagato per l'Assicurazione non è detraibile in sede di dichiarazione dei redditi.*

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*).

Gentile Cliente,

AmTrust **MEDICO PROTETTO+** è l'*Assicurazione* che protegge il medico esercente attività libero professionale da presunti errori nello svolgimento dell'*Attività Assicurata*.
Le Condizioni di Assicurazione sono suddivise in:

Glossario		**4**
	Che cosa è assicurato?	**7**
	Che cosa non è assicurato?	**12**
	Ci sono limiti di copertura?	**14**
	Dove vale la copertura?	**15**
	Che obblighi ho? Quali obblighi ha AmTrust?	**16**
	Quando e come devo pagare?	**20**
	Quando comincia la copertura e quando finisce?	**21**
	Come posso disdire la Polizza?	**22**
Norme di Legge utili per la comprensione della Polizza		**23**
Numeri e riferimenti utili		**26**

Per facilitare la consultazione e la lettura delle Condizioni di Assicurazione abbiamo arricchito il documento con:

▪ testi in **grassetto**: sono così indicate - ai sensi dell'art. 166, comma 2, D. Lgs. 209/2005 – gli oneri a carico del *Contraente* o dell'*Assicurato* e le condizioni contrattuali che indicano decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie;
▪ termini in *corsivo*: sono così identificati i termini che prevedono una definizione dedicata nel Glossario.

Il set informativo AmTrust **MEDICO PROTETTO+** ti sarà consegnato contestualmente all'acquisto della *Polizza*.
Ti ringraziamo per l'interesse dimostrato. Ti ricordiamo in ogni caso che la *Società* e i suoi *Intermediari* sono a tua completa disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento.

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario 4
Che cosa è assicurato? 7
Informazioni sull'Assicurazione 7
Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'Assicurazione 7
1.1 Oggetto 7
1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione 7
1.3 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale 7
1.4 Surrogazione 8
1.5 Garanzia - Responsabilità Civile professionale 8
1.6 Precisazioni sull'attività oggetto della copertura assicurativa 8
1.7 Estensioni di garanzia incluse nel Premio 9
1.8 Pregressa copertura con contratto AmTrust MedicoUnder35 9
1.9 Pregressa copertura con altro contratto della Società o società facenti parte del Gruppo AmTrust 10
Articolo 2 Estensioni di garanzia e garanzie aggiuntive opzionali a pagamento 10
2.1 Garanzie aggiuntive opzionali a pagamento 10
A. Ruolo apicale e direzione sanitaria - Perdite Patrimoniali 10
B. Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO) 10
C. Omesso adempimento Crediti ECM 11
2.2 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività 11
Che cosa non è assicurato? 12
Articolo 3 Esclusioni 12
3.1 Esclusioni applicabili a tutte le garanzie 12
3.1.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione 12
3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione 12
3.2 Ulteriori esclusioni applicabili a garanzie aggiuntive opzionali 13
3.3 Esclusioni dal novero dei terzi 13
Ci sono limiti di copertura? 14
Articolo 4 Limiti di copertura 14
4.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento 14
4.2 Franchigia 14
4.3 Sanzioni Internazionali 14
4.4 Massimale e Sottolimiti di Indennizzo 14
Dove vale la copertura? 15
Articolo 5 Estensione territoriale 15
Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società? 16
Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro? 16
Articolo 6 Sinistri 16
6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento 16
6.2 Patto di gestione della lite 16
6.3 Gestione del Sinistro 17
6.4 Coesistenza di altre assicurazioni 17
6.5 Liquidazione del Sinistro 17
Altri obblighi derivanti dal contratto 17
Articolo 7 Obblighi in capo alla Società, al Contraente o all'Assicurato 17
7.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 17
7.2 Altre assicurazioni 18
7.3 Aggravamento e diminuzione del rischio 18
7.4 Assicurazione per conto altrui 18
7.5 Variazioni contrattuali a scadenza 18
7.6 Foro competente per l'esecuzione del contratto 18

7.7 Ulteriori variazioni - Albo e licenziamento 19
7.8 Comunicazioni 19
Quando e come devo pagare? 20
Articolo 8 Pagamento e rimborso del Premio 20
8.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa 20
8.2 Oneri fiscali 20
8.3 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo 20
8.4 Rimborso del Premio 20
Quando comincia la copertura e quando finisce? 21
Articolo 9 Effetto e durata della Polizza 21
Come posso disdire la Polizza? 22
Articolo 10 Casi di interruzione del contratto 22
10.1 Disdetta dell'Assicurazione 22
10.2 Recesso per Sinistro 22
10.3 Mancato pagamento del Premio 22
10.4 Diritto di ripensamento 22

Glossario

Le parti convengono di attribuire il significato indicato per ciascuno dei seguenti termini:

Arbitro Assicurativo

Il sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie, previsto dagli articoli 141, comma 7, del codice del consumo e 187.1 del codice delle assicurazioni, istituito presso l'IVASS e disciplinato dal Decreto n. 215/2024.

Assicurato

La persona fisica esercente attività libero professionale indicata nella Scheda di Polizza, che svolge o ha cessato di svolgere l'attività professionale indicata nella stessa, ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di Assicurazione o il rapporto da esso derivante.

Attività Assicurata

L'attività libero professionale medica indicata in Scheda di Polizza ed **oggetto della copertura assicurativa** comprendente l'attività libero professionale svolta, le attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali e l'attività libero professionale cessata prima della decorrenza della presente Polizza.

Attività *Extramoenia*

L'attività libero professionale svolta privatamente dal medico dipendente all'esterno della Struttura cui non sia legato da vincolo di esclusività, al di fuori del normale orario di lavoro, nei limiti e secondo quanto previsto dalle leggi vigenti.

Claims Made

Regime di operatività temporale dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e/o durante il Periodo di Ultrattività, anche se riferite ad eventi pregressi, purché accaduti successivamente alla Data inizio Retroattività indicata nella Scheda di Polizza.

Contraente

Il soggetto indicato nella Scheda di Polizza che stipula il contratto e si obbliga al pagamento del Premio anche se diverso dall'Assicurato.

Cose

Sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Danni

Le conseguenze pregiudizievoli del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'Assicurazione. Vi rientrano:

- i **Danni patrimoniali**, conseguenti a lesioni personali e morte, nonché il pregiudizio economico derivante dal danneggiamento a Cose;
- i **Danni non patrimoniali**, conseguenti a lesioni personali o morte.

Data inizio Retroattività

Le ore 24.00 della data indicata nella Scheda di Polizza.

Fatti Noti

I seguenti atti in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Assicurato che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento nei confronti dell'Assicurato ed in ragione dei quali la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle Cose, non avrebbe dato il suo consenso alla sottoscrizione della presente Polizza. Costituiscono Fatto Noto:

- **la querela, l'avviso di conclusione delle indagini preliminari, l'avviso di garanzia** e comunque il primo atto di inchiesta penale di cui venga a conoscenza l'Assicurato, ivi compreso, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il sequestro probatorio disposto dall'autorità inquirente anche per il tramite dalla Polizia Giudiziaria**;**
- **una Richiesta di Risarcimento già indirizzata a soggetti diversi dall'Assicurato** in conseguenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi collaboratori, sostituti temporanei e/o sottoposti, di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza;

- **notizie di pubblico dominio risultanti da un qualunque mezzo di informazione** e dalle quali emergano presunte o possibili responsabilità dell'Assicurato atte a generare una Richiesta di Risarcimento.

Non sono considerati Fatti Noti:
- **le comunicazioni notificate all'Assicurato dalla Struttura ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24;**
- **la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura, salvo i casi in cui con la stessa l'Assicurato venga portato a conoscenza dell'esistenza di una Richiesta di Risarcimento o di un Fatto Noto così come sopra definito.**

Franchigia L'importo, espresso in valore assoluto, che costituisce elemento integrante della Polizza ed indica la parte del danno che per ciascun Sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo o Indennità La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.

Intermediario L'intermediario di assicurazioni cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.

Massimale per Periodo di Assicurazione La somma massima assicurata indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e qualunque sia il numero delle persone danneggiate.

Massimale per Sinistro La somma massima assicurata indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ciascun singolo Sinistro.

Medical Device Qualunque strumento, apparecchio, impianto, sostanza, **con esclusione dei software**, utilizzato da solo o in combinazione con altri Medical Device o farmaci, impiegato per attività di prevenzione, diagnosi, controllo, terapia o attenuazione di una malattia, compensazione di una ferita o di un handicap, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico.

Perdite Patrimoniali Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di lesioni personali, morte o danneggiamento a Cose.

Periodo di Assicurazione Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza nonché, in caso di rinnovo, ciascun periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.

Periodo di Ultrattività Il periodo di tempo, pari a 10 (dieci) anni, successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in cui si verifica la cessazione per qualsiasi causa dell'Attività Assicurata, oppure della copertura assicurativa prestata dalla presente Polizza.

Polizza I documenti contrattuali che disciplinano i rapporti tra Società, Contraente e Assicurato.

Premio La somma dovuta dal Contraente alla Società per la copertura assicurativa prestata dalla Società.

Richiesta di Risarcimento Qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività - qualora attivato - da parte di terzi nei confronti dell'Assicurato - anche tramite ricorso ex artt. 696 e 696 bis cpc o convocazione avanti un organismo di mediazione - (o, nel caso di azione diretta, nei confronti della Società), per il risarcimento di Danni causati

	dall'Assicurato nello svolgimento dell'Attività Assicurata, ivi inclusa la costituzione di parte civile in un procedimento penale. Costituisce altresì Richiesta di Risarcimento l'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa e di rivalsa anche civilistica o in via di surroga, nei confronti dell'Assicurato esercente, a qualunque titolo, l'Attività Assicurata presso una Struttura laddove questi sia ritenuto responsabile per **colpa grave**, nonché il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei conti.
Scheda di Polizza	È il documento che prova il contratto di assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, l'Attività Assicurata, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, l'eventuale Franchigia, il Massimale per Sinistro, il Massimale per Periodo di Assicurazione, la Data Inizio Retroattività e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.
Serie di Sinistri	La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, che rappresentano nella formula Claims Made altrettanti Sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso). La data e il Periodo di Assicurazione del primo Sinistro sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.
Sinistro	Una o più Richieste di Risarcimento conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, qualora attivato.
Società	AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.
Sottolimite	La somma massima inclusa nel Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso, che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Struttura	L'ente pubblico o privato soggetto al diritto italiano che a qualunque titolo eroga prestazioni sanitarie a favore di terzi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale o prestazioni sociosanitarie.
Variazione del rischio	Qualunque mutamento del rischio (es: variazione dell'attività svolta) avvenuto successivamente alla stipula dell'Assicurazione.
Vendita a distanza	Qualunque modalità di vendita che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario e del Contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Che cosa sono i box di consultazione?

I box di consultazione sono degli appositi spazi facilmente individuabili all'interno delle Condizioni di Assicurazione che hanno l'obiettivo di fornire risposte in caso di dubbi o indicazioni da seguire in caso di necessità o punti su cui porre particolare attenzione.
Queste precisazioni non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una esemplificazione. Per questo, è bene quindi porre, sempre, la dovuta attenzione alle condizioni cui si riferiscono.

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'*Assicurazione*

La presente *Assicurazione*, prestata nella forma ***Claims Made***, è rivolta al **medico esercente attività libero professionale, iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'*Attività Assicurata,*** svolta in conformità alle leggi che la regolano.

L'*Assicurazione* è altresì rivolta all'*Assicurato* non appartenente all'UE relativamente all'esercizio della propria *Attività Assicurata* svolta in Italia, purché titolare di permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio conseguito all'interno dell'UE o in alternativa di dichiarazione rilasciata dall'autorità consolare italiana del paese non europeo ove sia stato conseguito il titolo in cui si affermi che quest'ultimo soddisfa pienamente le direttive UE.

L'*Assicurazione* tiene indenne l'*Assicurato***, nei limiti delle garanzie prestate,** dei *Danni* causati a terzi nello svolgimento dell'*Attività Assicurata* indicata nella *Scheda di Polizza* e per la quale ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle *Richieste di Risarcimento*.
Le attività libero professionali assicurabili sono classificate per rischiosità progressiva nei gruppi di rischio riportati in Scheda di Polizza: le attività di maggior rischio includono in copertura le attività di minor rischio, così come le eventuali attività appartenenti allo stesso gruppo di rischio dell'attività libero professionale assicurata.

Il *Contraente*, presa visione dell'elenco delle attività mediche assicurabili con la presene *Assicurazione* e dei gruppi di rischio, dichiara che intende assicurare e pertanto **sono oggetto della copertura assicurativa esclusivamente le attività libero professionali riportate in *Scheda di Polizza,*** in quanto:

- attività libero professionale svolta;
- attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali appartenenti allo stesso gruppo di rischio dell'attività libero professionale svolta e ai gruppi di rischio inferiori a quest'ultima;
- attività libero professionale cessata prima della decorrenza di *Polizza.*

L'*Assicurazione* non opera in relazione ai *Danni* e alle *Perdite Patrimoniali* per i quali l'obbligo di manleva ricada per legge o per contratto sulla *Struttura* con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati anche in caso di mancato assolvimento di tale obbligo e in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi.

Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'*Assicurazione*

1.1 Oggetto

La *Società* tiene indenne il medico *Assicurato*, **fino alla concorrenza del *Massimale per Sinistro* e *per Periodo di Assicurazione* indicati nella *Scheda di Polizza*** e dei *Sottolimiti* indicati nella presente Polizza, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di *Danni* derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali anche a *Cose*, causati a terzi nello svolgimento della *Attività Assicurata*.
Fermo quanto stabilito dall'Art. 6.2, le spese legali sostenute per resistere alla *Richiesta di Risarcimento* da parte del danneggiato contro l'*Assicurato* sono a carico della *Società* nei limiti del quarto del *Massimale per Sinistro* o dei *Sottolimiti*. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al *Massimale*, le spese giudiziali si ripartiscono tra *Società* e *Assicurato* in proporzione del rispettivo interesse.

1.2 Validità temporale e forma dell'*Assicurazione*

L'Assicurazione è prestata nella forma ***Claims Made***, ossia opera per le *Richieste di Risarcimento* ricevute dall'*Assicurato* (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il *Periodo di Assicurazione* in corso e da lui o dal *Contraente* tempestivamente denunciate alla *Società* durante lo stesso *Periodo di Assicurazione* o comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza del *Periodo di Assicurazione*, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel *Periodo di Assicurazione* o anche prima purché entro la *Data inizio Retroattività* riportata nella *Scheda di Polizza*.

1.3 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. 1.2, se durante il *Periodo di Assicurazione* l'attività professionale dell'*Assicurato* viene a cessare definitivamente, per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari), le *Richieste di Risarcimento* conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla *Data inizio Retroattività* e fino al momento della cessazione definitiva dell'attività comunicata alla *Società* restano coperte alle condizioni di *Assicurazione* in vigore fino alla data di scadenza di tale *Periodo di Assicurazione*, nonché per il *Periodo di Ultrattività*.

L'*Assicurato* (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla *Società* della sopravvenuta cessazione dell'attività professionale ed è tenuto a corrispondere il *Premio* aggiuntivo dovuto a fronte di tale evenienza, come specificato all'Art. 8.3 per l'attivazione del *Periodo di Ultrattività*.
La massima esposizione della *Società* per l'intero *Periodo di Ultrattività*, indipendentemente dal numero di *Richieste di Risarcimento* pervenute all'*Assicurato*, è pari rispettivamente al *Massimale per Sinistro* ed al *Massimale per Periodo di Assicurazione* assicurati al momento della cessazione definitiva dell'attività.
L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.
Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a copertura della medesima responsabilità e dei medesimi *Danni* o *Perdite Patrimoniali*, la presente estensione di ultrattività opererà a **secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti e per l'importo di danno eccedente il massimale delle stesse, fermi in ogni caso il *Massimale* assicurato (e i *Sottolimiti* di garanzia ove previsti) e l'eventuale *Franchigia,* ove applicabile**.

1.4 Surrogazione

La *Società* è surrogata, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di *Danni* e *Perdite Patrimoniali* sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti che l'*Assicurato* può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili, inclusa la *Struttura* di appartenenza. A tal fine il *Contraente* o l'*Assicurato* è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

1.5 Garanzia - Responsabilità Civile professionale

La *Società* si obbliga a tenere indenne l'*Assicurato* di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di *Danni* causati a terzi nello svolgimento dell'*Attività Assicurata*, unicamente nei casi di:

a. responsabilità civile verso terzi per fatto colposo, errore od omissione;
b. azione di rivalsa esperita dalla *Struttura* e/o in via di surrogazione da parte dell'impresa di assicurazione della stessa, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
c. azioni di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga esercitate nei confronti dell'*Assicurato* esercente la professione sanitaria medica per conto di una *Struttura*, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL, di quanto questi sia tenuto a rimborsare all'erario, alla *Struttura* o al suo assicuratore, **solo qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave** con provvedimento giudiziario passato in giudicato della Corte dei conti o dell'autorità giudiziaria competente a pronunciarsi, oppure sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla *Società*;
d. azione di rivalsa esperita dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

In caso di responsabilità solidale dell'*Assicurato* con altri soggetti terzi, la *Società* risponde per l'intero, salvo il regresso pro quota, in via di surrogazione, nei confronti dei condebitori solidali dell'*Assicurato* ai sensi degli articoli 2055 e 1916 del Codice civile.
L'*Assicurato* dichiara di cedere alla *Società* tutti i propri diritti ed azioni per il recupero delle somme versate in virtù della presente garanzia.

1.6 Precisazioni sull'attività oggetto della copertura assicurativa

a. Responsabilità civile verso terzi

L'*Assicurazione* è operante in favore dell'*Assicurato* **esclusivamente per l'*Attività Assicurata* riportata in *Scheda di Polizza***:

- attività libero professionale svolta;
- attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali;
- eventuale attività libero professionale cessata prima della decorrenza del *Periodo di Assicurazione*.

In relazione alle attività libero professionali riportate in *Scheda di Polizza*, l'*Assicurazione* è operante anche per la telemedicina, così come disciplinata dalle vigenti leggi e regolamenti e **fermo quanto previsto dall'Art. 5 e dall'esclusione di cui all'Art. 3.1.2 numero 15**, nonché per l'impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici, **fermo quanto previsto dall'esclusione di cui all'Art. 3.1.2 numero 23.**

b. Responsabilità civile per colpa grave

Relativamente alla responsabilità civile per colpa grave di cui all'Art. 1.5 lettera c, *l'Assicurazione* è operante per l'*Attività Assicurata* - svolta e/o cessata - esercitata dall'*Assicurato* per conto di una *Struttura* con cui intrattiene un rapporto di lavoro subordinato, oppure per conto di una *Struttura* della quale l'*Assicurato* non è alle dirette dipendenze, ma con la quale egli collabora con rapporto di lavoro autonomo e la *Struttura* si avvale dell'*Assicurato* per l'erogazione di prestazioni sanitarie inerenti alle obbligazioni da questa assunte, in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto dall'*Assicurato* nei confronti del paziente.
La copertura per colpa grave è operante altresì in relazione a:

a) *Attività Assicurata* svolta in regime di libera professione intramuraria (c.d. attività intramoenia, anche allargata laddove svolta in spazi esterni alla *Struttura*, nei limiti e secondo quanto previsto dalle leggi vigenti) o in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale;
b) responsabilità dell'*Assicurato* che rivesta il ruolo di direttore sanitario o di analoga funzione organizzativa presso una *Struttura* nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie del ruolo apicale di responsabile o direttore di reparto, unità o struttura semplice o complessa in conseguenza di *Danni* involontariamente

cagionati a terzi. Sono compresi i fatti delle persone di cui l'*Assicurato*, nella qualità di cui sopra, sia tenuto a rispondere per legge.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a copertura della medesima responsabilità civile per colpa grave in relazione ai medesimi *Danni* o *Perdite Patrimoniali*, questa *Assicurazione* opererà **a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti e per l'importo di danno eccedente il massimale delle stesse, fermi in ogni caso il *Massimale* assicurato (e i *Sottolimiti* di garanzia ove previsti) e l'eventuale *Franchigia*, ove applicabile.**

L'Assicurazione mi copre per qualunque funzione dirigenziale e per qualunque tipo di danno?

No, l'Assicurazione non è operante per l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale che non siano propriamente attinenti all'attività sanitaria medica (es. direttore amministrativo o direttore generale) e non copre le Perdite Patrimoniali, per le quali è necessario acquistare la garanzia aggiuntiva Ruolo apicale e direzione sanitaria - Perdite Patrimoniali.

c. Prestazioni non rientranti in attività invasiva o attività chirurgica

Le seguenti prestazioni non sono considerate attività invasiva o attività chirurgica e pertanto sono ritenute in copertura purché svolte nell'ambito dell'*Attività Assicurata*:

- applicazione e rimozione di punti di sutura;
- prelievi ematici eseguiti su superfici cutanee naturalmente ispezionali;
- punture, iniezioni di farmaci per via intramuscolare o endovenosa, somministrazioni tramite fleboclisi o trasfusioni;
- agopuntura.

1.7 Estensioni di garanzia incluse nel *Premio*

(sempre valide ed operanti)

L'*Assicurazione* è estesa alla responsabilità civile dell'*Assicurato* per i *Danni* derivanti da:

1. attività formative previste ed erogate nell'ambito delle scuole di specializzazione, di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m.i., ivi incluse quelle svolte nel corso del penultimo o dell'ultimo anno della scuola di specializzazione in virtù di rapporto di lavoro presso *Struttura* come delineato dalla L. 145/2018, modificata dal D.l. 35/2019 ("Decreto Calabria") convertito con L. 60/2019;
2. attività formative previste ed erogate nell'ambito del corso di formazione specifica in Medicina Generale, di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m.i. ed ai sensi del DM 07/03/2006;
3. prestazioni svolte in conformità alla normativa vigente ed alla compatibilità con la formazione ai sensi del D.lgs. 368/1999;
4. attività formative previste ed erogate nell'ambito del corso, scuola o master di medicina estetica;
5. interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita;
6. servizio di continuità assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);
7. servizio di continuità assistenziale stagionale per turisti (ex guardia medica turistica);
8. sostituzione del medico di medicina generale / di famiglia;
9. sostituzione del pediatra di libera scelta;
10. assistenza sanitaria penitenziaria;
11. servizio di guardia interdivisionale e medico di guardia in RSA;
12. somministrazione di vaccini;
13. docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;
14. medico accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;
15. assistenza medica svolta all'interno di eventi sportivi e manifestazioni;
16. medico prelevatore presso laboratori privati od associazioni;
17. rilascio certificati medico sportivi non agonistici.

La copertura è estesa alle *Richieste di Risarcimento* conseguenti a *Danni* derivanti:

1. dalla consegna e somministrazione diretta e gratuita di farmaci di cui l'*Assicurato* abbia curato la conservazione;
2. da fatti commessi dal medico che sostituisce l'*Assicurato* e per i quali esiste una responsabilità in capo all'*Assicurato*;
3. dall'esecuzione e la partecipazione dell'*Assicurato* ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo di appropriate risorse tecnologiche ed organizzative.

1.8 Pregressa copertura con contratto AmTrust MedicoUnder35

Limitatamente all'*Assicurato* che sottoscriva la presente *Polizza* senza soluzione di continuità alla scadenza o in sostituzione di contratto AmTrust MedicoUnder35, l'*Assicurazione* è estesa alla responsabilità derivante all'*Assicurato* per l'attività professionale svolta prima della sottoscrizione della presente *Polizza* alle condizioni previste dal contratto scaduto o sostituito,

fatta eccezione per il massimale e la retroattività per i quali si intendono operanti il *Massimale per Sinistro*, il *Massimale per Periodo di Assicurazione* e la *Data inizio Retroattività* indicati in *Scheda di Polizza*.

1.9 Pregressa copertura con altro contratto della *Società* o società facenti parte del Gruppo AmTrust

A parziale deroga dell'esclusione di cui all'Art. 3.1.1 ultimo punto, limitatamente all'*Assicurato* che sottoscriva la presente *Polizza* **senza soluzione di continuità alla scadenza o in sostituzione** di un contratto *AmTrust Doctors Silver, AmTrust RCMed*, *AmTrust Medici*, *AmTrust MLP - Medico Libero Professionista* **operante per il medesimo rischio di responsabilità civile professionale, per la medesima *Attività Assicurata* ed alle medesime condizioni (salvo il caso di adeguamento di massimale e retroattività del contratto ai sensi del D.M. 232 del 15 dicembre 2023)**, la copertura della presente *Polizza* è operante per le *Richieste di Risarcimento* connesse e/o conseguenti a *Fatti Noti* di cui l'*Assicurato* sia venuto a conoscenza per la prima volta successivamente alla sottoscrizione di tali contratti.

Articolo 2 Estensioni di garanzia e garanzie aggiuntive opzionali a pagamento

2.1 Garanzie aggiuntive opzionali a pagamento

(*Il Contraente ha facoltà di acquistare una o più delle seguenti garanzie aggiuntive opzionali che saranno valide ed operanti solo se indicate in Scheda di Polizza e se è stato pagato il relativo Premio aggiuntivo*).

A. Ruolo apicale e direzione sanitaria - *Perdite Patrimoniali*

La presente garanzia aggiuntiva opzionale può essere acquistata solamente dai medici che rivestono il ruolo di Direttore Sanitario, di Risk Manager o di analoga funzione organizzativa presso una *Struttura*.
La presente garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'*Assicurato* tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di *Perdite Patrimoniali* cagionate a terzi nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie del ruolo apicale di responsabile o direttore di reparto, unità o struttura semplice o complessa. L'*Assicurazione* comprende inoltre:

- le *Perdite Patrimoniali* conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina;
- le *Perdite Patrimoniali* che l'*Assicurato* sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a terzi a seguito di propri errori.

Ai fini della presente garanzia aggiuntiva opzionale non sono considerati terzi: la *Struttura*, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di responsabilità amministrativa e/o di surrogazione.
La *Società* presta l'*Assicurazione* per la presente garanzia fino a concorrenza del *Sottolimite* di Euro 200.000,00 (duecentomila) per *Periodo di Assicurazione*.

B. Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO)

La presente garanzia aggiuntiva opzionale è prestata fino alla concorrenza del *Sottolimite* pari ad Euro 200.000,00 (duecentomila) per *Sinistro* e per *Periodo di Assicurazione* e si compone delle seguenti sezioni:

Altre *Perdite Patrimoniali*
L'*Assicurazione* si estende alla responsabilità derivante all'*Assicurato* in conseguenza di *Perdite Patrimoniali* cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi conseguenti:

- ad incarichi di perito nominato dall'Autorità giudiziaria (CTU) o da privati e assicurazioni (CTP)
- ad incarichi nell'ambito del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010, limitatamente alle vertenze su materie rientranti nelle competenze professionali dell'*Assicurato*;
- ad incarichi quale componente di commissioni per la valutazione di invalidità;
- alla necessità di ripristinare, rimpiazzare e/o ricostruire parzialmente o totalmente *Medical Device* dallo stesso prescritti con altri equivalenti per uso e qualità;
- all'attività di certificazione svolta nell'ambito dell'*Attività Assicurata*.

In favore del medico *Assicurato* specializzato in Medicina legale e delle assicurazioni e/o in Medicina del Lavoro, per la presente sezione non trova applicazione il *Sottolimite* pari ad Euro 200.000,00 (duecentomila) per *Sinistro* e per *Periodo di Assicurazione*.

RCT
La *Società* si obbliga a tenere indenne l'*Assicurato* di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di *Danni* involontariamente cagionati a terzi in relazione alla proprietà ed alla conduzione dello studio medico - di cui sia titolare o contitolare - ed in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'esercizio dell'*Attività Assicurata*. L'*Assicurazione* vale per la responsabilità civile dell'*Assicurato* per fatto proprio e per fatto delle persone delle quali

lo stesso, per legge o per contratto, sia obbligato a rispondere, **fermo quanto previsto dall'Art. 3.2 e fermo il diritto di rivalsa per dolo**.

RCO
La *Società* si obbliga a tenere indenne l'*Assicurato* di quanto questi sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, rivalutazione, interessi e spese):

a) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, del D. Lgs. 10 settembre 2003 n. 276 e loro successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni per gli infortuni sofferti da personale dipendente addetti alle attività per le quali è prestata l'*Assicurazione*;
b) ai sensi del Codice civile, a titolo di risarcimento di *Danni* non rientranti di cui alla precedente lettera a), per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata una invalidità permanente.

L'*Assicurazione* per la responsabilità civile verso il personale dipendente è efficace a condizione che, al momento del *Sinistro*, lo studio medico sia in regola con gli obblighi dell'*Assicurazione* di legge.
L'*Assicurazione* conserva tuttavia la propria validità anche se lo studio medico non sia in regola con gli obblighi di cui sopra, ove ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni I.N.A.I.L.
L'*Assicurazione* comprende altresì le malattie professionali, riconosciute dall'I.N.A.I.L. e/o ritenute tali dalla magistratura. **La presente estensione è valida a condizione che le malattie professionali si siano manifestate entro e non oltre 12 (dodici) mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro e comunque durante il *Periodo di Assicurazione*.**

Tanto l'*Assicurazione* RCT quanto l'*Assicurazione* RCO valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S., ai sensi dell'art. 14 delle Legge n. 222 del 12 giugno 1984, o da enti similari.

C. Omesso adempimento Crediti ECM

Con la presente garanzia aggiuntiva opzionale la *Società* rinuncia a far valere l'inefficacia della *Polizza* di cui all'art. 38-bis DL 152/2021, convertito con L. 233/2021, nonché all'eventuale diritto di rivalsa nei confronti dell'*Assicurato*.

2.2 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività

(Il Contraente ha facoltà di richiedere attivazione della presente estensione di ultrattività al termine di ciascun Periodo di Assicurazione a fronte del pagamento del relativo Premio aggiuntivo).
Entro il trentesimo giorno successivo alla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* è facoltà del *Contraente* richiedere l'attivazione dell'estensione di ultrattività in caso di cessazione o sostituzione della presente *Polizza* ancorché l'*Assicurato* continui ad esercitare l'attività professionale.
In caso di accoglimento della richiesta da parte della *Società,* il *Contraente* dovrà versare il *Premio* aggiuntivo come specificato all'Art. 8.3 per l'attivazione del *Periodo di Ultrattività*, fatte salve eventuali variazioni delle condizioni normative (es. *Franchigia*) o tariffarie in relazione al verificarsi di *Sinistri*. Le *Richieste di Risarcimento* conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla *Data inizio Retroattività* e fino alla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* al termine del quale è attivata la presente estensione restano coperte a tali condizioni per il *Periodo di Ultrattività*.
La massima esposizione della *Società* per l'intero *Periodo di Ultrattività*, indipendentemente dal numero di *Richieste di Risarcimento* pervenute all'*Assicurato*, è pari al *Massimale per Sinistro* assicurato al momento della cessazione o sostituzione.
Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a copertura della medesima responsabilità e dei medesimi *Danni* o *Perdite Patrimoniali*, la presente estensione di ultrattività opererà a **secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti e per l'importo di danno eccedente il massimale delle stesse, fermi in ogni caso il *Massimale* assicurato (e i *Sottolimiti* di garanzia ove previsti) e l'eventuale *Franchigia,* ove applicabile.**

Che cosa non è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

3.1 Esclusioni applicabili a tutte le garanzie

3.1.1 *Richieste di Risarcimento* escluse dall'efficacia temporale dell'*Assicurazione*

Premesso che l'*Assicurazione* è prestata nella forma *Claims Made*, la stessa non è efficace in relazione a:

- *Richieste di Risarcimento* già pervenute all'*Assicurato* prima della decorrenza della presente *Polizza*;
- *Richieste di Risarcimento* che pervengano all'*Assicurato* (o, nel caso di azione diretta, alla *Società*) in data successiva a quella di scadenza del *Periodo di Assicurazione* o del *Periodo di Ultrattività* (in seguito all'attivazione dell'estensione di ultrattività);
- *Richieste di Risarcimento* che pervengano all'*Assicurato* nel corso del *Periodo di Assicurazione* e da lui denunciate alla *Società* oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- *Richieste di Risarcimento* relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della *Data inizio Retroattività* indicata nella *Scheda di Polizza* (indipendentemente da eventuali precedenti contratti stipulati con la *Società* o con altre società del gruppo AmTrust);
- *Richieste di Risarcimento* connesse e/o conseguenti a *Fatti Noti* all'*Assicurato* antecedentemente alla sottoscrizione della presente *Polizza* e non dichiarati alla *Società*, salvo quanto previsto dall'Art. 1.9, oppure non dichiarati alla *Società* in occasione di variazioni contrattuali;
- *Richieste di Risarcimento* connesse e/o conseguenti a *Fatti Noti* all'*Assicurato* antecedentemente alla sottoscrizione di precedenti contratti stipulati con una società del gruppo AmTrust, ancorché senza soluzione di continuità con la presente *Polizza*;
- *Richieste di Risarcimento* connesse e/o conseguenti a *Fatti Noti* all'*Assicurato* successivamente alla sottoscrizione di precedenti contratti stipulati con una società del gruppo AmTrust, ancorché senza soluzione di continuità con la presente *Polizza*, qualora non operanti per il medesimo rischio di responsabilità civile professionale, per la medesima *Attività Assicurata* ed alle medesime condizioni (salvo il caso di adeguamento di massimale e retroattività del contratto ai sensi del D.M. 232 del 15 dicembre 2023) assicurate con la presente *Polizza*.

3.1.2 Rischi esclusi dall'*Assicurazione*

Sono comunque escluse dall'*Assicurazione* le *Richieste di Risarcimento*:

1. conseguenti a prestazioni sanitarie non riferibili all'*Attività Assicurata* oggetto della copertura assicurativa;
2. conseguenti a somministrazione di anestesia locale qualora la somministrazione non avvenga in conformità alle linee guida vigenti, avendo cura dell'età, del quadro clinico del paziente e delle sue eventuali comorbidità, in ambiente autorizzato debitamente attrezzato per la gestione di eventuali complicanze ed in presenza di un collaboratore;
3. **conseguenti a prestazioni erogate in virtù di una specifica obbligazione contrattuale direttamente assunta dall'*Assicurato* nei confronti del paziente**, qualora l'*Assicurato* abbia dichiarato che l'intera attività libero professionale - svolta e/o cessata - oggetto della copertura assicurativa sia esercitata esclusivamente in nome e per conto della *Struttura*;
4. per *Danni* per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla *Struttura* sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi a tale scopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
5. per *Perdite Patrimoniali,* salvo che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Altre *Perdite Patrimoniali* e conduzione studio (RCT-RCO) di cui all'Art. 2.1, lett. B e/o che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Ruolo apicale e direzione sanitaria - *Perdite Patrimoniali* di cui all'Art. 2.1, lett. A;
6. originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria medica;
7. per *Danni* da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
8. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici nonché derivanti da fatti dolosi commessi dall'*Assicurato*;
9. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'*Assicurato* non fosse iscritto all' Albo professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'*Attività Assicurata*;
10. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso (ivi inclusa la risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 "Statuto delle Medicine non Convenzionali" e s.m.i);
11. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'*Assicurato* abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'*Assicurato* venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;

12. basate sulla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'*Assicurato*;
13. aventi ad oggetto inadempienze contrattuali (es. la restituzione del compenso corrisposto all'*Assicurato* per la relativa prestazione professionale);
14. derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
15. derivanti da consulenza on line, fatta eccezione per le operazioni peritali da remoto se acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Altre *Perdite Patrimoniali* e conduzione studio (RCT-RCO) di cui all'Art. 2.1, lett. B e per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente, o derivanti da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
16. conseguenti alla conduzione dello studio medico, salvo che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Altre *Perdite Patrimoniali* e conduzione studio (RCT-RCO) di cui all'Art. 2.1, lett. B;
17. per pregiudizi alle *Cose* mobili e immobili che l'*Assicurato* abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
18. relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'*Assicurato*, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
19. relative alle spese sostenute dall'*Assicurato* per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla *Società* ai sensi dell'Art. 6.2;
20. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'*Assicurato* negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
21. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
22. conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
23. per pregiudizi che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'*Attività Assicurata*;
24. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
25. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'*Attività Assicurata*;
26. relative a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di *Assicurato*;
27. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali;
28. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
29. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
30. per *Danni* connessi ad atti di guerra e/o terrorismo.

3.2 Ulteriori esclusioni applicabili a garanzie aggiuntive opzionali

Relativamente alla garanzia aggiuntiva opzionale Altre *Perdite Patrimoniali* e conduzione studio (RCT-RCO) di cui all'Art. 2.1 lettera B sono sempre esclusi:

- gli interventi relativi, connessi o conseguenti alla fecondazione ed al concepimento umano;
- la responsabilità civile che ricade ai sensi di legge sul fabbricante dei prodotti che l'*Assicurato* utilizza ai fini della propria *Attività Assicurata*;
- i vizi e difetti che si manifestano oltre i tre mesi successivi alla consegna, all'utilizzo od all'impianto del *Medical Device* sul paziente.

Con riferimento alla sezione RCT, l'*Assicurazione* non è operante in relazione a *Danni* e *Perdite Patrimoniali* causati a terzi da qualunque esercente la professione sanitaria diverso dall'*Assicurato*.

Con riferimento alla sezione RCO, l'*Assicurazione* non è operante in relazione a malattie professionali conseguenti a fatti colposi commessi e/o verificatisi prima del *Periodo di Assicurazione*.

Con riferimento sezioni RCT e RCO, qualora l'*Assicurato* sia contitolare di uno studio associato o società tra professionisti, l'*Assicurazione* è operante a condizione che tutti i professionisti sanitari siano assicurati con singolo contratto di assicurazione stipulato con la *Società* a copertura della responsabilità civile professionale e della RCT e RCO.

3.3 Esclusioni dal novero dei terzi

Ai fini della copertura non sono considerati terzi: il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'*Assicurato* nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive, anche se non presente nello stato di famiglia. L'*Assicurazione* è pertanto inefficace a fronte di *Richieste di Risarcimento* conseguenti a danni sofferti da soggetti non considerati terzi.

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Limitazioni relative alle *Richieste di Risarcimento*

Non sono considerate *Richiesta di Risarcimento*, e dunque non costituiscono *Sinistro*:

- la comunicazione inviata all'*Assicurato*, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla *Struttura* pubblica o privata dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della *Struttura* stessa;
- la comunicazione inviata all'*Assicurato*, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla *Struttura* pubblica o privata dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.

4.2 *Franchigia*

L'*Assicurazione* è prestata con l'applicazione di una *Franchigia* per *Sinistro* se indicata in *Scheda di Polizza*, fermo quanto indicato all'Art. 6.3.

4.3 Sanzioni Internazionali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente *Polizza*, **la *Società* non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'*Assicurazione* a favore di qualsiasi *Contraente*, *Assicurato*, beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.**

4.4 *Massimale* e *Sottolimiti* di *Indennizzo*

L'*Assicurazione* opera fino alla concorrenza dei *Massimali per Sinistro* e *per Periodo di Assicurazione* indicati nella *Scheda di Polizza* e dei *Sottolimiti* di *Indennizzo* riepilogati nella seguente tabella:

L'*Assicurazione* comprende:	***Sottolimite* di *Indennizzo* per *Sinistro***	***Sottolimite* di *Indennizzo* per *Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri***
Art. 2.1 lettera A – Ruolo apicale e direzione sanitaria – *Perdite Patrimoniali*	€ 200.000	€ 200.000
Art. 2.1 lettera B – Altre *Perdite Patrimoniali* e conduzione studio (RCT-RCO)	€ 200.000	€ 200.000

Dove vale la copertura?

Articolo 5 Estensione territoriale

L'*Assicurazione* vale per le *Richieste di Risarcimento* originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.

L'*Assicurato* deve avere la residenza o il domicilio professionale in Italia e comunque l'*Assicurazione* vale per le *Richieste di Risarcimento* che siano fatte valere in Italia: è sempre condizione essenziale per l'operatività dell'*Assicurazione* che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. La *Società*, pertanto, non è obbligata per *Richieste di Risarcimento* fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

L'Assicurazione per la Responsabilità civile verso terzi garantisce anche il medico Assicurato non appartenente all'UE?

L'Assicurazione è rivolta all'Assicurato non appartenente all'UE relativamente all'esercizio della propria Attività Assicurata svolta in Italia, purché le Richieste di Risarcimento siano fatte valere in Italia.

Che obblighi ho? Che obblighi ha la *Società*?

Cosa fare in caso di *Sinistro* e come viene gestito il *Sinistro*?

Articolo 6 *Sinistri*

6.1 Obblighi dell'*Assicurato* in caso di *Richiesta di Risarcimento*

In caso di *Richiesta di Risarcimento* pervenuta all'*Assicurato* resta convenuto che l'*Assicurato* deve darne avviso scritto alla *Società* di ciascuna *Richiesta di Risarcimento* entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 (trenta) giorni dalla scadenza del *Periodo di Assicurazione* in corso, fermi i termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.
Tale avviso deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e la residenza dei danneggiati e ogni altra notizia utile per la *Società*.

All'avviso devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari riguardanti il *Sinistro,* compresa la relazione confidenziale sui fatti, impegnandosi l'*Assicurato* a prestare la massima collaborazione alla *Società* nell'istruzione del *Sinistro* stesso.
In caso di avviso tardivo che comporti qualsiasi pregiudizio alla *Società* – ivi compresa l'impossibilità di coinvolgere anche in sede giudiziale co-responsabili - **l'*Assicurato* incorre nella possibilità che l'eventuale *Indennizzo* relativo al *Sinistro* tardivamente denunciato possa essere proporzionalmente ridotto o addirittura non dovuto in ragione del pregiudizio causato alla *Società*.**
Senza il previo consenso scritto della *Società*, l'*Assicurato* non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare *Danni* e *Perdite Patrimoniali*, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la *Società* si riserva il diritto di negare l'*Indennizzo* ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.

Gli avvisi di ***Sinistro*** dovranno essere inoltrati all'Intermediario o direttamente a:
AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano,
rcprofessionale@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it

che potrà svolgere la gestione dei *Sinistri* per il tramite delle proprie sedi territoriali.

Anche ai fini della trattazione dei ***Sinistri***, la *Società* si riserva il diritto di accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo ad atti, contratti e ogni altro documento probatorio. L'***Assicurato* ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.**

6.2 Patto di gestione della lite

La *Società* assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze in nome e per conto dell'*Assicurato* in sede stragiudiziale, giudiziale, compresi i procedimenti di mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010, designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'*Assicurato* stesso.
Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'*Assicurato* sono a carico della *Società* nei limiti del quarto del *Massimale per Sinistro* riportato nella *Scheda di Polizza* o dei *Sottolimiti* indicati all'Art. 4.4. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al *Massimale per Sinistro*, le spese giudiziali si ripartiscono tra la *Società* e *Assicurato* in proporzione del rispettivo interesse ai sensi dell'art. 1917 Codice civile.
Nel caso in cui l'*Assicurato* non conferisca la gestione della lite, la *Società* non riconosce le spese sostenute dall'*Assicurato* per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'*Assicurato*.

L'Assicurazione mi garantisce la copertura delle spese legali per difendermi dalla Richiesta di Risarcimento?

Sì, la Società nomina avvocati e tecnici a proprie spese con la finalità di difenderti in sede civile, sia nella fase stragiudiziale che giudiziale. Ricordiamo che tali spese hanno il limite del 25% del Massimale per Sinistro o del Sottolimite.

6.3 Gestione del *Sinistro*

La gestione del *Sinistro* sarà la seguente:

1. la trattazione e definizione del *Sinistro* sarà condotta dalla *Società* con la cooperazione dell'*Assicurato* e la *Società* avrà il diritto di determinare in autonomia gli importi posti a riserva, le strategie di difesa, le proposte di offerta alla controparte tenendone informato l'*Assicurato*;
2. il costo della gestione del *Sinistro* sarà a carico della *Società*;
3. la *Società* provvederà alla trattazione e definizione del *Sinistro* tenendo conto di eventuali altre assicurazioni che possano concorrere al risarcimento dei *Danni* e dandone tempestiva comunicazione *all'Assicurato*;
4. la *Società* provvederà alla definizione del *Sinistro* e comunicherà *all'Assicurato* il pagamento da effettuare;
5. **la *Società* in fase di liquidazione dei *Sinistri*, provvederà a liquidare l'importo eccedente il valore della *Franchigia* per *Sinistro* eventualmente indicato in *Scheda di Polizza*, mentre sarà erogato direttamente dall'*Assicurato* al terzo danneggiato il valore della *Franchigia* per *Sinistro* indicato in *Scheda di Polizza***. È facoltà della *Società* anticipare l'importo della *Franchigia* e in tal caso l'*Assicurato* sarà tenuto al rimborso di tale importo entro 30 (trenta) giorni dal pagamento;
6. qualora l'*Assicurato* comunichi la volontà di non definire il *Sinistro* nei termini prospettati dalla *Società*, resta convenuto che la *Società* resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta, anche qualora il *Sinistro* sia definito in seguito per un importo maggiore e le maggiori somme, anche eccedenti l'importo della *Franchigia*, resteranno a carico *dell'Assicurato*;
7. la *Società* comunicherà *all'Assicurato* i singoli pagamenti da effettuare di volta in volta ai fini della liquidazione del Sinistro. **Qualora sia indicata in *Scheda di Polizza* una *Franchigia*, ogni pagamento a carico** dell'*Assicurato* **dovrà essere effettuato da quest'ultimo quanto prima possibile, e comunque non oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla presentazione della quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente. Gli eventuali maggiori costi dovuti al mancato o tardivo pagamento dei *Sinistri* da parte dell'*Assicurato* resteranno a esclusivo carico dello stesso.**

6.4 Coesistenza di altre assicurazioni

L'*Assicurato*, in caso di *Sinistro*, deve comunicare alla *Società* la coesistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio ed è tenuto a denunciare il *Sinistro* a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 del Codice civile.

6.5 Liquidazione del *Sinistro*

La *Società* si impegna a pagare all'*Assicurato* o al terzo danneggiato le somme derivanti dagli obblighi contrattuali entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di definizione dell'importo del *Sinistro* o del mancato accordo.

Altri obblighi derivanti dal contratto

Articolo 7 Obblighi in capo alla *Società*, al *Contraente* o all'*Assicurato*

7.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Il *Contraente* e, se diverso, l'*Assicurato* deve comunicare in modo completo e veritiero le informazioni che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della *Società*.
Le dichiarazioni e le informazioni rese dal *Contraente* **e, se diverso, dall'*Assicurato*** e riportate nella *Scheda di Polizza* formano la base della presente *Polizza* e rilevano ai fini della decisione della *Società* di contrarre l'*Assicurazione* nonché ai fini della determinazione del *Premio*.
Il *Contraente* e, se diverso, l'*Assicurato*, presa visione dell'elenco delle attività mediche assicurabili con la presente *Assicurazione* e dei gruppi di rischio, dichiara che intende assicurare e pertanto **sono oggetto della copertura assicurativa esclusivamente le attività libero professionali riportate in *Scheda di Polizza*** in quanto:

- attività libero professionale svolta;
- attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali appartenenti allo stesso gruppo di rischio dell'attività libero professionale svolta e ai gruppi di rischio inferiori a quest'ultima;
- attività libero professionale cessata prima della decorrenza di *Polizza*.

Il *Contraente*, indicando che l'attività dell*'Assicurato* è svolta presso una *Struttura,* dichiara che l'intera attività libero professionale - svolta e/o cessata - oggetto della copertura assicurativa è esercitata esclusivamente in nome e per conto della *Struttura* stessa ed in assenza di una specifica obbligazione contrattuale direttamente assunta dall'*Assicurato* nei confronti del paziente.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* e, se diverso, dell'*Assicurato*, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'*Assicurato* ad essere protetto da questa *Assicurazione* oppure la cessazione dell'*Assicurazione* ai sensi degli artt. 1892 1893 e 1894 del Codice civile.

Qualora **il *Contraente* e, se diverso, l'*Assicurato*** sottoscriva la presente *Polizza* senza soluzione di continuità alla scadenza o in sostituzione di un contratto *AmTrust Doctors Silver, AmTrust RCMed, AmTrust Medici, AmTrust MLP - Medico Libero Professionista* **operante per il medesimo rischio di responsabilità civile professionale, per la medesima *Attività Assicurata* ed alle medesime condizioni (salvo il caso di adeguamento del contratto ai sensi del D.M. 232 del 15 dicembre 2023)**, è convenuto che le dichiarazioni e le informazioni rese dal *Contraente* e, se diverso, dall'*Assicurato* in materia di sinistrosità e fatti noti pregressi in occasione della sottoscrizione di tali precedenti contratti, nonché eventuali sinistri denunciati su questi ultimi, formano la base della presente *Polizza* e rilevano ai fini della decisione della *Società* di contrarre l'*Assicurazione* nonché ai fini della determinazione del *Premio*, **ancorché non riportati nella *Scheda di Polizza*.**
Fermo quanto previsto dalle esclusioni di cui all'Art. 3.1.1 "*Richieste di Risarcimento* escluse dall'efficacia temporale dell'*Assicurazione*".

Come faccio a sapere cosa prevede l'art. 1892 del Codice civile riguardo alle Dichiarazioni sulle circostanze del rischio?

Puoi facilmente leggere cosa prevedono gli articoli del Codice civile e del Codice penale citati nelle Condizioni di Assicurazione consultando la sezione Norme di legge citate in Polizza che si trova sul fondo delle Condizioni di Assicurazione e dove sono riportati integralmente gli articoli.

7.2 Altre assicurazioni

Il *Contraente* e, se diverso, l'*Assicurato* deve comunicare per iscritto alla *Società* l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'*Indennizzo*.
In caso di *Sinistro* vale quanto disposto dall'Art. 6.4.

7.3 Aggravamento e diminuzione del rischio

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve dare comunicazione scritta alla *Società* di ogni *Variazione del rischio* tramite l'*Intermediario* incaricato entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di *Variazione del rischio*. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla *Società* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'*Assicurazione* ai sensi dell'art. 1898 Codice civile.
In caso di **diminuzione del rischio** durante il *Periodo di Assicurazione* non dovuta a cessazione definitiva dell'*Attività Assicurata*, le *Richieste di Risarcimento* derivanti dall'*Attività Assicurata* cessata continuano ad essere garantite alle condizioni in vigore, fino alla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* in corso; in tal caso, al *Contraente* non sarà dovuto alcun rimborso del *Premio* e il *Premio* dovuto sarà rideterminato a decorrere dalla successiva scadenza sulla base della *Variazione di rischio* comunicata.
Qualora durante il *Periodo di Assicurazione* si verifichi un **aggravamento del rischio** nell'ambito delle attività sanitarie mediche assicurabili con la presente *Polizza*, la copertura assicurativa proseguirà fino alla scadenza del *Periodo di Assicurazione* anche in relazione alle *Richieste di Risarcimento* relative alla nuova attività dietro pagamento di un *Premio* aggiuntivo.
Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale non comunicato alla *Società* o non assicurabile con la presente *Polizza*, la copertura assicurativa non sarà operante per tali prestazioni e proseguirà limitatamente all'*Attività Assicurata* già oggetto di copertura.

7.4 Assicurazione per conto altrui

Se la presente *Assicurazione* è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dalla presente *Polizza* devono essere adempiuti dal *Contraente*, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo *Assicurato*, ai sensi dell'art. 1891 Codice civile.

7.5 Variazioni contrattuali a scadenza

Se alla scadenza del *Periodo di Assicurazione* la *Società* voglia apportare variazioni alle condizioni normative, deve darne comunicazione al *Contraente* almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza.
Per l'accettazione delle eventuali variazioni normative è richiesto un consenso esplicito da parte del *Contraente*, in mancanza del quale, l'*Assicurazione* cesserà di avere efficacia alla scadenza del *Periodo di Assicurazione*.

Alla scadenza contrattuale e previo preavviso di almeno 90 (novanta) giorni, anche ai sensi della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al D.M. 232 del 15 dicembre 2023 e con riferimento al verificarsi o meno di *Sinistri*, la *Società* comunica eventuali variazioni delle condizioni normative o tariffarie, in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del *Premio* stesso e del fabbisogno finanziario della *Società*; in tal caso il *Contraente* può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie e normative esplicitamente, oppure ritirando la nuova quietanza e pagando il nuovo *Premio*.

7.6 Foro competente per l'esecuzione del contratto

Per ogni controversia con la *Società* è competente il Foro di residenza o di domicilio del *Contraente/Assicurato*.

7.7 Ulteriori variazioni - Albo e licenziamento

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve dare immediata comunicazione scritta alla *Società* qualora l'*Assicurato* venga per qualunque motivo sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa. L'*Assicurazione* resta efficace sino al termine del *Periodo di Assicurazione* in corso limitatamente alle *Richieste di Risarcimento* derivanti dall'*Attività* già svolta dall'*Assicurato* prima che si verificasse la sospensione o la radiazione dall'Albo Professionale o il licenziamento per giusta causa, restando pertanto escluse le *Richieste di Risarcimento* derivanti da prestazioni erogate dall'*Assicurato* successivamente a tali eventi.
La comunicazione scritta di tali eventi alla *Società* comporta l'automatica cessazione della presente *Polizza* alla successiva scadenza annuale con esclusione del tacito rinnovo.

7.8 Comunicazioni

Il *Contraente* e, se diverso, l'*Assicurato* deve comunicare tempestivamente alla *Società* la variazione dell'indirizzo di residenza. In caso di mancato adempimento, ogni comunicazione effettuata dalla *Società* all'*Intermediario* sarà da intendersi come effettuata direttamente al *Contraente* o, se diverso, all'*Assicurato*.

a) Comunicazioni alla *Società*

Ogni comunicazione inerente all'*Assicurazione* deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle parti.
I riferimenti della *Società* sono i seguenti:

AmTrust Assicurazioni S.p.A.: Via Clerici, 14 - 20121, Milano
Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174
Email: *amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com*
Sito Internet: *www.amtrust.it*

b) Forma delle comunicazioni in caso di *Vendita a Distanza*

Qualora il contratto sia stato promosso o collocato a distanza, il *Contraente*:

a) ha il diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
b) ha il diritto di richiedere la variazione della tecnica di comunicazione a distanza.

Quando e come devo pagare?

Articolo 8 Pagamento e rimborso del *Premio*

8.1 Pagamento del *Premio* e sospensione della copertura assicurativa

Il *Premio* è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale.
Se il *Contraente* non paga la prima rata di *Premio*, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento.
Se alle successive scadenze convenute il *Contraente* non paga le rate di *Premio* successive alla prima, ivi incluso il pagamento del *Premio* aggiuntivo per il *Periodo di Ultrattività* qualora attivato, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste.
Fermo quanto previsto dal comma precedente, decorsi i termini ivi previsti, la *Società* ha facoltà di accettare il pagamento del *Premio* previa compilazione e sottoscrizione, da parte dell'*Assicurato*, di apposita documentazione integrativa.
Resta salva la facoltà della *Società* di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato al successivo Art. 10.3.
I Premi devono essere pagati alla *Società* oppure all'*Intermediario* incaricato.
Le modalità di pagamento dei *Premi* sono le seguenti:

- denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa vigente in relazione ai contratti di assicurazione contro i danni;
- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla *Società* o all'*Intermediario* della *Società* a cui è assegnata l'*Assicurazione*;
- sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario la *Società* o l'*Intermediario* della *Società* a cui è assegnata l'*Assicurazione*.

Quando deve essere pagato il Premio?

Il pagamento del Premio, sia per intero o in parte in caso di rateizzazione, è condizione necessaria affinché l'Assicurazione sia valida cioè copra i Sinistri denunciati dall'Assicurato. In caso di mancato pagamento, il contratto sottoscritto non è operante.
Pertanto, quando stipuli il contratto per la prima volta, il pagamento deve avvenire al momento della sottoscrizione se vuoi che la Polizza sia efficace da quel momento.
Per le successive scadenze potrai pagare il Premio entro i 30 giorni successivi alla scadenza.

8.2 Oneri fiscali

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

8.3 *Periodo di Ultrattività* – *Premio* aggiuntivo

In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale secondo quanto indicato all'Art. 1.3, il *Contraente* (e/o gli eredi dell'*Assicurato*) è tenuto a corrispondere il *Premio* aggiuntivo per l'attivazione dell'estensione di ultrattività decennale entro il 30° (trentesimo) giorno successivo alla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* in corso all'atto della cessazione dell'attività professionale, secondo quanto di seguito specificato:

- 400% del *Premio* annuo lordo in essere;
- 250% del *Premio* annuo lordo in essere per i contratti in vigore a condizioni invariate **(salvo il caso di adeguamento di precedente contratto ai sensi del D.M. 232 del 15 dicembre 2023)** da almeno 2 (due) annualità complete ed in assenza di *Sinistri* denunciati dall'*Assicurato*.

Il *Premio* aggiuntivo deve essere corrisposto in unica soluzione.
Per i contratti in vigore da almeno 3 (tre) annualità complete, l'estensione di ultrattività decennale è prestata a titolo gratuito in caso di decesso dell'*Assicurato* verificatosi durante la vigenza della copertura, a vantaggio degli eredi che ne facciano richiesta entro 180 (centottanta) giorni dalla scadenza del *Periodo di Assicurazione*.

In caso di accoglimento della richiesta da parte della *Società*, per attivare l'estensione di ultrattività facoltativa prevista all'Art. 2.2 sarà necessario corrispondere il relativo *Premio* secondo le medesime percentuali sopra indicate.

8.4 Rimborso del *Premio*

In caso di recesso per *Sinistro* esercitato ai sensi dell'Art. 10.2, al *Contraente* è dovuto il rimborso della parte di *Premio* imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso. Qualora il *Contraente* eserciti il "diritto di ripensamento" di cui all'Art. 10.4, ha diritto alla restituzione integrale del *Premio* versato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 9 Effetto e durata della *Polizza*

Il primo *Periodo di Assicurazione* ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella *Scheda di Polizza*, se il *Premio o* la prima rata di *Premio* sono stati versati, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.
In caso di mancato pagamento delle rate successive di *Premio*, l'*Assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 10.3.
L'*Assicurazione* ha la durata prevista dalla *Scheda di Polizza* e, in mancanza di disdetta, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 anno, salvo quanto previsto dall'Art. 7.5.

Come posso disdire la *Polizza*?

Articolo 10 Casi di interruzione del contratto

10.1 Disdetta dell'*Assicurazione*

Le parti possono recedere dall'*Assicurazione* mediante l'invio di lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza.
In tal caso l'*Assicurazione* cesserà di avere effetto dalla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* in corso, ai sensi dell'Art. 9.

10.2 Recesso per *Sinistro*

Dopo ogni denuncia di *Sinistro* e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'*Indennizzo*, il *Contraente* può recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.
La *Società* può recedere dal presente contratto assicurativo con le medesime modalità in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'*Assicurato* per più di un *Sinistro*, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.
Come previsto dall'Art. 8.4 in caso di recesso, al *Contrante* è dovuto il rimborso della parte di *Premio* imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

10.3 Mancato pagamento del *Premio*

In caso di mancato pagamento del *Premio* nei termini previsti dal precedente Art. 8.1, la *Società* ha facoltà di agire ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 1901 Codice civile. **Il contratto è risolto di diritto se la *Società*, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il *Premio* o la rata di *Premio* sono scaduti, non agisce per la riscossione**. Resta inteso che, in caso di risoluzione del contratto per mancato pagamento del *Premio*, anche i *Sinistri* denunciati nei 15 (quindici) giorni successivi alla scadenza della rata di *Premio* non sono in garanzia.

10.4 Diritto di ripensamento

In caso di *Vendita a Distanza*, l'*Assicurato* ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento. Tale termine decorre dal giorno di pagamento del *Premio*. In tal caso l'*Assicurazione* sarà annullata dall'origine ed al *Contraente* verrà rimborsato il *Premio* pagato, senza trattenuta alcuna. Resta inteso che in caso di esercizio del diritto di ripensamento, tutti gli eventuali *Sinistri* non saranno indennizzati.
La volontà di recedere dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti), inviata all'*Intermediario* incaricato o alla *Società*.

NORME DI LEGGE UTILI PER LA COMPRENSIONE DELLA POLIZZA

Testo articoli del Codice civile, del Codice di Procedura Civile e della Legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli Bianco).

CODICE CIVILE

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto
Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.
In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari
Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.
Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1891 Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta
Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.
I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.
All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.
Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave
Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi
Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Artt. 1892 e 1893.

Art. 1897 Diminuzione del rischio
Se il Contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio
Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.
L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il Recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.
Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
Se il Sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 Durata dell'assicurazione
L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.
Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio
Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori
Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di Sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro
L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.
Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'Assicuratore
L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.
Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici
L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.
Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 1917 Assicurazione della responsabilità civile
Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.
Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Art. 2055 Responsabilità solidale
Se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno.
Colui che ha risarcito il danno ha regresso contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità delle conseguenze che ne sono derivate.
Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali.

CODICE DI PROCEDURA CIVILE

Art. 696 Accertamento tecnico e ispezione giudiziale
Chi ha urgenza di far verificare, prima del giudizio, lo stato di luoghi o la qualità o la condizione di cose, può chiedere, a norma degli articoli 692 e seguenti, che sia disposto un accertamento tecnico o un'ispezione giudiziale. L'accertamento tecnico di cui al primo comma può comprendere anche valutazioni in ordine alle cause e ai danni relativi all'oggetto della verifica.
Il presidente del tribunale, o il giudice di pace provvede nelle forme stabilite negli articoli 694 e 695, in quanto applicabili, nomina il consulente tecnico e fissa la data dell'inizio delle operazioni.

Art. 696 bis Consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite
L'espletamento di una consulenza tecnica, in via preventiva, può essere richiesto anche al di fuori delle condizioni di cui al primo comma dell'articolo 696, ai fini dell'accertamento e della relativa determinazione dei crediti derivanti dalla mancata inesatta esecuzione di obbligazioni contrattuali o da fatto illecito. Il giudice procede a norma del terzo comma del medesimo articolo 696. Il consulente, prima di provvedere al deposito della relazione, tenta, ove possibile, la conciliazione delle parti. Se le parti si sono conciliate, si forma processo verbale della conciliazione.
Il giudice attribuisce con decreto efficacia di titolo esecutivo al processo verbale, ai fini dell'espropriazione e dell'esecuzione in forma specifica e per l'iscrizione di ipoteca giudiziale. Il processo verbale è esente dall'imposta di registro. Se la conciliazione non riesce, ciascuna parte può

chiedere che la relazione depositata dal consulente sia acquisita agli atti del successivo giudizio di merito. Si applicano gli articoli da 191 a 197, in quanto compatibili.

LEGGE 8 MARZO 2017 N. 24 (Legge Gelli Bianco)

Art. 9, comma 5 e 6
In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti. Ai fini della quantificazione del danno, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 1-bis, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, e dall'articolo 52, secondo comma, del testo unico di cui al regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del Codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.
In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2.

Art. 10, comma 1 e 2 Obbligo di assicurazione
Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché' di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché' attraverso la telemedicina. Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.
Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Art. 13 Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità
Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, (entro quarantacinque giorni) dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione (entro quarantacinque giorni) comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte.
L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

NUMERI E RIFERIMENTI UTILI

I riferimenti della *Società* sono i seguenti:

AmTrust Assicurazioni S.p.A.: Via Clerici, 14 - 20121, Milano

Recapiti		
Telefono	**per le comunicazioni inerenti all'*Assicurazione*:**	**0283438150**
Fax	**per le comunicazioni inerenti all'*Assicurazione*:**	**0283438174**
	per i Reclami(*):	**0283438174**
Email	**per i Reclami(*):**	*reclami@amtrustgroup.com*
	per le comunicazioni inerenti all'*Assicurazione*:	*amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com*
	per gli avvisi di *Sinistro*:	*rcprofessionale@amtrustgroup.com* *sinistriamtrust@pec.it*

(*) È da considerarsi Reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto.

AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518
Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 • Numero REA MI-2562338
Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165
Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 "GDPR")

Gentile Cliente,

AmTrust Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche "Titolare" o "Compagnia") rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, Le fornisce di seguito le informazioni essenziali sull'attività di raccolta e di trattamento dei dati personali e le informazioni che permettono di esercitare i diritti previsti dal Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento").

1. Titolare e Responsabili del trattamento dei dati - Contatti del Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il Titolare del Trattamento è AmTrust Assicurazioni S.p.A., Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Partita IVA 01917540518 (di seguito anche "Titolare" o "Compagnia").

Il Titolare può nominare altri soggetti Responsabili del trattamento, nonché designare soggetti autorizzati a compiere operazioni di trattamento. Un elenco completo e aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile contattando il Titolare all'indirizzo di posta elettronica: info-privacy@amtrustgroup.com.

AmTrust Assicurazioni S.p.A. ha nominato il "Responsabile della protezione dei dati" (c.d. "Data Protection Officer" o "DPO"). Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati personali e/o per esercitare i diritti previsti dal GDPR, come specificati nel paragrafo 9 della presente Informativa, è possibile contattare il DPO al seguente indirizzo di posta elettronica:
info-privacy@amtrustgroup.com.

2. Finalità del trattamento dei dati e base giuridica

Nell'ambito della gestione del rapporto assicurativo, AmTrust Assicurazioni S.p.A. ha la necessità di disporre di dati personali comuni e giudiziari a Lei riferiti (dati che possono essere già acquisiti, forniti da Lei o da altri soggetti, anche mediante la consultazione di banche dati). A tal fine i suoi dati verranno utilizzati per le seguenti finalità secondo una determinata base giuridica:

FINALITA'	BASE GIURIDICA
a) quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; b) raccolta dei premi e gestione del contratto; c) liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; d) valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;	Esecuzione di obblighi precontrattuali e contrattuali
e) prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; f) adempimento di disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate e dagli Organi di Vigilanza e Controllo;	Obbligo legale
g) riassicurazione e coassicurazione; h) esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione; i) analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; j) gestione e controllo interno; k) attività statistiche, anche a fini di tariffazione; l) utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato in ambito assicurativo.	Legittimo interesse

I dati forniti potranno essere utilizzati confrontandoli ed arricchendoli mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili, quali i sistemi di informazioni creditizie, utili per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad agevolazioni e vantaggi, quali la rateizzazione del premio. A tali fini, non è richiesto il Suo consenso per il trattamento dei Suoi dati di natura comune strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della Compagnia e di terzi a cui tali dati saranno comunicati.
Inoltre, i dati di recapito da Lei forniti potranno essere utilizzati per inviarLe comunicazioni di servizio strumentali e utili al miglioramento della gestione del rapporto assicurativo, nel quadro dei servizi al cliente e della verifica della qualità dei servizi stessi. In assenza di tali dati non sarà possibile contattarLa tempestivamente per fornirLe informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale e ad altre comunicazioni di servizio.

3. Natura del conferimento dei dati

Per la prestazione dei servizi assicurativi della Compagnia, la comunicazione dei Suoi dati personali è obbligatoria perché necessaria per dare esecuzione al rapporto assicurativo.

Pertanto, la loro mancata, parziale o inesatta comunicazione può avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di eseguire gli adempimenti contrattuali in essere.

4. Modalità del trattamento e periodo di conservazione dei dati

I dati sono trattati principalmente con strumenti cartacei, elettronici, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e memorizzati su supporti informatici, cartacei e su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto del GDPR, della normativa nel tempo applicabile e delle specifiche disposizioni operative adottate dalla Compagnia in tema di conservazione della documentazione contenente dati personali.

I dati personali sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i dati personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del Suo rapporto contrattuale con la Compagnia; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto, nel caso in cui ad esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione. I dati personali possono essere trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento del periodo di conservazione dei dati stessi, oppure nel caso in cui gli stessi siano indispensabili per difendere i diritti della Compagnia in giudizio.

5. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali

I dati raccolti e trattati dalla Compagnia per le finalità descritte al paragrafo 2 potranno essere comunicati:

a) alle Società del Gruppo AmTrust;
b) ai soggetti facenti parte della cosiddetta catena assicurativa quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: Assicuratori, Coassicuratori, Riassicuratori, agenti e brokers, Organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, assicurati e terzi danneggiati, legali (fiduciari e di controparte), consulenti, traduttori, medici fiduciari, periti; società di servizi informatici, di archiviazione, di stampa ed invio della corrispondenza, di gestione della posta in arrivo e in partenza, di certificazione di qualità, di revisione contabile e certificazione di bilancio, istituti di credito per l'esecuzione di eventuali pagamenti;
c) alle Autorità ed Enti Pubblici in generale per l'adempimento di obblighi di legge.

6. Diffusione dei dati

I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione.

7. Trasferimenti dei dati all'estero

Per le finalità di cui al paragrafo 2, i Suoi dati personali potrebbero essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea e/o all'area SEE regolamentata in modo uniforme dal GDPR.

L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali verso Paesi extra UE/SEE avverrà, in ogni caso, nel rispetto dei livelli di protezione e di tutela dei diritti dell'interessato previsti dal GDPR e dalle ulteriori normative vigenti ed applicabili in base a convenzioni internazionali, criteri di adeguatezza sanciti dalla Commissione Europea e, comunque, garantiti dall'applicazione di "Clausole Contrattuali Standard" approvate dalla Commissione Europea e riportate all'interno di specifici contratti con i destinatari dei Suoi dati personali, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 46 del GDPR.

8. Adozione di un processo decisionale automatizzato basato unicamente su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione

I dati non sono trattati mediante un processo decisionale basato su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione.

9. Diritti dell'interessato

Come previsto dall'art. 15 e seguenti del GDPR, in qualità di Interessato Lei, in ogni momento, può:

a) chiedere alla Compagnia l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
b) opporsi al trattamento dei Suoi dati personali;
c) esercitare il diritto alla portabilità dei dati (quando il trattamento di tali dati si basa sul Suo consenso o su di un contratto di cui Lei è parte ed il trattamento è effettuato con mezzi automatizzati);
d) revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità dei trattamenti svolti dalla Compagnia basati sul Suo consenso prestato prima della revoca;
e) in caso non sia pienamente soddisfatto delle risposte della Compagnia alle Sue richieste, proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente per territorio.
I diritti sopra descritti possono essere esercitati con richiesta rivolta alla Compagnia e/o al proprio Responsabile della Protezione dei Dati (DPO), senza particolari formalità, all'indirizzo di posta elettronica: info-privacy@amtrustgroup.com

.