AMTRUST *LineaCollettiva*

AOGOI

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

Il Set Informativo contiene:

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

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Edizione Giugno 2023 – Ultimo aggiornamento Giugno 2025

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

AmTrust Assicurazioni

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "AmTrust ColpaGrave Collettiva – AOGOI"

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 l'esercente la professione sanitaria medica iscritto all'Associazione A.O.G.O.I. - Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani o all'Associazione A.G.I.T.E. - Associazione Ginecologi Territoriali, ed 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, per i Danni causati nello svolgimento dell'Attività Assicurata con la qualifica di Medico Dipendente Pubblico **nei limiti delle garanzie prestate**, nonché delle eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di Risarcimento, come rispettivamente definite nella Garanzia Base o in ciascuna Garanzia Aggiuntiva Opzionale.

L'Assicurazione è prestata nella forma ***Claims Made***, ossia opera per le Richieste di Risarcimento, come definite nelle specifiche garanzie acquistate, ricevute dall'Aderente (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui 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 il Periodo di Retroattività riportato nel Certificato di Assicurazione.

Che cosa è assicurato?

- ✓ **GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico**
  Il patrimonio dell'Aderente di quanto questi sia tenuto a pagare in conseguenza di Danni causati a terzi per colpa grave **che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura pubblica e/o da parte della sua impresa di assicurazione** nello svolgimento dell'Attività Assicurata, nonché in caso di azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile.
- ✓ Circostanze
- ✓ Attività Intramoenia anche allargata
- ✓ Emergenza Covid-19
- ✓ Ruolo apicale
- ✓ Perdite Patrimoniali – Medicina legale o Medicina del lavoro
- ✓ Perdite Patrimoniali – Privacy
- ✓ Pregressa attività da Specializzando
- ✓ Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà

Garanzie aggiuntive opzionali (valide ed operanti solo se attivate dall'Aderente e pagato il relativo Premio aggiuntivo):

- Dipendente Pubblico Plus
  - Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile
  - Condanna in solido con la Struttura in sede civile
  - Condanna al pagamento di provvisionale in sede Penale
  - Denuncia cautelativa
- Ultrattività – Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività (attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione)

Le coperture assicurative operano entro i **Massimali ed i Sottolimiti previsti per ciascuna** Garanzia Base, Estensione di Garanzia o Garanzia Aggiuntiva Opzionale e comunque nel limite del Massimale di Polizza (5.000.000 euro).

Che cosa non è assicurato?

Non sono considerati terzi ai fini della copertura: il coniuge, il convivente more uxorio, il soggetto con cui è unito civilmente, i genitori e i figli dell'Aderente, o altri parenti/affini con lui conviventi anche se non presenti nello stato di famiglia.

La Polizza non assicura le Richieste di Risarcimento:

- ✘ Pervenute all'Aderente prima della data di adesione alla Polizza o che pervengano all'Aderente (o, in caso di azione diretta, alla Società) in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, se acquistato, fatte salve le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti alla denuncia delle Circostanze nei limiti delle Condizioni di Assicurazione
- ✘ Pervenute all'Aderente nel corso del Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società oltre 30 giorni successi alla scadenza dello stesso
- ✘ Relative a eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima del Periodo di Retroattività indicato nel Certificato di Assicurazione (indipendentemente da eventuali precedenti contratti stipulati con la Società o con altre società del gruppo AmTrust)
- ✘ Connesse e/o conseguenti a:
  - sentenze penali di condanna o di patteggiamento già emesse contro l'Aderente
  - azioni giudiziarie civili già promosse contro l'Aderente
  - Circostanze note all'Aderente

  antecedentemente alla Data di Continuità 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?

- ! In caso di responsabilità solidale dell'Aderente con altri soggetti (persone fisiche, Strutture e altri soggetti), la Società risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

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, **ove l'Aderente eserciti su incarico della Struttura di diritto italiano, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.**
- ✓ L'Aderente deve avere residenza o 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 per il tramite dell'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 o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, transare o procedere a compromessi 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.
- In caso di sospensione o radiazione dall'Albo Professionale o di licenziamento per giusta causa, devi darne immediata comunicazione scritta alla Società.
- 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 riportato nel Certificato di Assicurazione ed è interamente dovuto da parte dell'Aderente.
Devi pagare il Premio prima della data di decorrenza dell'Assicurazione. Il Premio è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti).
Il Premio aggiuntivo per l'Ultrattività in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione entro il 30° giorno successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso all'atto della cessazione dell'attività professionale.
Puoi pagare il Premio con bonifico bancario o sistemi di pagamento elettronico che abbiano come beneficiario la Società o l'intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per l'Aderente, la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione, coincidente con il giorno nel quale è stato sottoscritto il Modulo di Adesione e pagato il 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 nel Certificato di Assicurazione. Per l'Aderente, la copertura ha la durata annuale indicata nel Certificato di Assicurazione e **non prevede il tacito rinnovo**.
Fintanto che la Polizza Collettiva è in vigore, per l'Aderente è prevista la possibilità di prorogare la copertura in continuità assicurativa per ulteriori 12 mesi versando il Premio annuo entro le ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione.

Come posso disdire la polizza?

La singola adesione ha la durata riportata nel Certificato di Assicurazione e non si rinnova tacitamente alla scadenza.
Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo, l'Aderente può recedere dalla Polizza mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla data di effetto del recesso.
In caso di Vendita a Distanza l'Aderente può, 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

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

AmTrust Assicurazioni

Prodotto "AmTrust ColpaGrave Collettiva – AOGOI"
30/06/2025 Data di aggiornamento , 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.

L'aderente 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 BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico
La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Aderente per l'esercizio dell'Attività Assicurata svolta dal Medico Dipendente Pubblico, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in conseguenza di Danni causati a terzi ***che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura pubblica e/o da parte della sua impresa di assicurazione****, unicamente nei casi di:*

A. Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge
La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con Sentenza della Corte dei conti passata in giudicato o sia intervenuta definizione con giudizio abbreviato presso la Corte dei conti su autorizzazione per iscritto della Società.

A tal fine, la presente sezione della Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:
- *la comunicazione con la quale la Struttura pubblica, manifesta all'Aderente l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento;*
- *la segnalazione inviata all'Aderente dalla Struttura pubblica di aver inoltrato informazione alla Corte dei conti in ordine ad eventuali Danni erariali;*
- *l'invito a dedurre rivolto all'Aderente dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti;*
- *l'azione di responsabilità amministrativa per colpa grave promossa nei confronti dell'Aderente dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti.*

B. Azione di rivalsa o di surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge
La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile a titolo di colpa grave con provvedimento giudiziario passato in giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

A tal fine la presente sezione della Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:
- *la comunicazione con la quale l'impresa di assicurazione della Struttura pubblica manifesta all'Aderente l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento;*
- *l'azione giudiziale a titolo di colpa grave in via di rivalsa o di surrogazione promossa dall'impresa di assicurazione della Struttura pubblica per Danni che abbiano già formato oggetto di risarcimento.*

C. Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile
La presente Garanzia tiene altresì indenne l'Aderente di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile unicamente nei casi di:
a. *Azione civile di rivalsa per colpa grave anticipata esperita giudizialmente nei confronti dell'Aderente dalla Struttura pubblica nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;*
b. *Azione civile di rivalsa e/o surrogazione per colpa grave anticipata esperita nei confronti dell'Aderente giudizialmente dall'impresa di assicurazioni della Struttura pubblica nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.*

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile per colpa grave *con provvedimento giudiziario passato in giudicato pronunciato dall'Autorità Giudiziaria Civile in accoglimento della domanda giudiziale di rivalsa anticipata svolta nei suoi confronti dalla Struttura pubblica e/o dalla sua impresa di assicurazione, oppure sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società in pendenza del relativo procedimento civile.*
A tal fine la presente sezione della Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:
- *l'azione civile giudiziale di rivalsa anticipata esercitata nei confronti dell'Aderente dalla Struttura pubblica o dalla sua impresa di assicurazione dinanzi al giudice civile a titolo di colpa grave;*
- *la comunicazione con la quale la Struttura pubblica o la sua l'impresa di assicurazione manifesta l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.*

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali acquistati dall'Aderente e riportati nel Certificato di Assicurazione.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	*Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che per tutte le Garanzie sono comunque escluse le Richieste di Risarcimento:* • *avanzate o promosse direttamente dal terzo nei confronti dell'Aderente,* ***fatta eccezione, qualora acquistata, per la Garanzia Aggiuntiva Opzionale Dipendente Pubblico Plus di cui all'Art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione*** *(Sezione "Che cosa è assicurato?", pag. 9);* • *in relazione a qualsiasi prestazione esercitata privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico della Struttura di cui l'Aderente è Dipendente;*

- *per Perdite Patrimoniali, così come definite in Polizza, **fatta eccezione per quanto stabilito dalle estensioni di garanzia Ruolo apicale, Perdite Patrimoniali – Medicina legale o Medicina del lavoro e Perdite Patrimoniali – Privacy di cui all'Art.1.3 lettera d), lettera e) e lettera f) delle Condizioni di Assicurazione** (Sezione "Che cosa è assicurato?", pag. 8);*
- *originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria medica, **fatta eccezione per quanto stabilito dall'estensione di garanzia Ruolo apicale di cui all'Art. 1.3 lettera d) delle Condizioni di Assicurazione** (Sezione "Che cosa è assicurato?", pag. 8);*
- *derivanti 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'Aderente;*
- *relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente qualora lo stesso 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;*
- *relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente dopo che lo stesso abbia cessato l'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Aderente 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'Aderente;*
- *aventi ad oggetto la restituzione del compenso corrisposto all'Aderente 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 e per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente, o da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;*
- *per pregiudizi alle cose mobili e immobili che l'Aderente 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'Aderente oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);*
- *relative alle spese sostenute dall'Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi dell'Art. 6.2 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?", pag. 14);*
- *relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente 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, 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 ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'Attività dell'Aderente;*
- *relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;*
- *derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);*
- *in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;*
- *connesse ad atti di guerra e/o terrorismo;*

Ulteriori esclusioni applicabili all'Estensione di Garanzia "Ruolo Apicale".
Esclusivamente per i Medici Dipendenti Pubblici che rivestono il ruolo di responsabile di unità operativa, anche in caso di responsabilità per colpa grave in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie di tale ruolo, sono sempre escluse le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a:

- *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'Aderente utilizza ai fini della propria attività professionale;*
- *i vizi e difetti che si manifestano oltre i 3 mesi successivi alla consegna, all'utilizzo od all'impianto del Medical Device sul paziente.*

Ulteriori esclusioni applicabili alla sezione C. "Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile" della Garanzia Base ed alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Dipendente Pubblico Plus", qualora acquistata.
Sono escluse le Richieste di Risarcimento, come definite in tali sezioni:

- *conseguenti a Fatti Noti all'Aderente prima della Data di Continuità Assicurativa, anche se mai denunciati ai precedenti assicuratori;*
- *già pervenute all'Aderente prima dell'attivazione della Garanzia Aggiuntiva Opzionale.*

*Per **Fatti Noti** si intendono quei fatti e situazioni in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Aderente, che potrebbero determinare in futuro Richieste di Risarcimento. Tuttavia, non sono considerati Fatti Noti:*

- *la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura, salvo i casi in cui per il tramite della stessa l'Aderente venga portato a conoscenza di una Richiesta di Risarcimento;*
- *le comunicazioni notificate all'Aderente dalla Struttura ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.*

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'Aderente, 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'Aderente, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica 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, Aderente, 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.*
- *La Polizza opera fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato di Assicurazione e dei Sottolimiti di Indennizzo riepilogati nella seguente tabella:*

Copertura	Sottolimite per Sinistro e per Periodo di Assicurazione
Perdite Patrimoniali – Privacy	*€ 100.000*
Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile	*€ 250.000 (se non acquistata Garanzia Aggiuntiva Opzionale Dipendente Pubblico Plus)*
Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà	*€ 1.000.000*
Dipendente Pubblico Plus	*€ 2.000.000*

A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato all'esercente la professione sanitaria medica per l'esercizio della propria attività professionale, svolta in conformità alle leggi e sempreché sia regolarmente 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.
Il profilo di rischio assicurabile è Dipendente Pubblico di Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica di diritto italiano.
Si precisa che il prodotto assicurativo è altresì rivolto all'esercente la professione sanitaria medica non appartenente all'UE per l'esercizio dell'attività professionale svolta in Italia presso o per conto di Struttura pubblica di diritto italiano, purché sia titolare di permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio conseguito all'interno dell'UE, o in alternativa, sia in possesso 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.

Quali costi devo sostenere?

Il Premio pagato dall'Aderente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'Intermediario che sono pari al 24,00% 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:	
Arbitro Assicurativo	*Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.*
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).*

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.*

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	*Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.* *Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.* *Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link www.amtrust.it.*
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	*Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.*

Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	*Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.* *Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.*

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

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario 3
Che cosa è assicurato? 6
Informazioni sull'Assicurazione 6
Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle garanzie 6
1. 1 Disposizioni Comuni 6
a. Oggetto della Polizza 6
b. Validità temporale dell'Assicurazione 6
b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione 6
b.2 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale 6
c. Surrogazione 7
1. 2 GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico 7
1. 3 Estensioni di Garanzia incluse nel Premio 8
a. Circostanze 8
b. Attività Intramoenia anche allargata 8
c. Emergenza Covid-19 8
d. Ruolo apicale 8
e. Perdite Patrimoniali – Medicina legale o Medicina del lavoro 8
f. Perdite Patrimoniali – Privacy 8
g. Pregressa attività da Specializzando 8
h. Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà 8
Articolo 2 Garanzie Aggiuntive Opzionali 9
2.1 Dipendente Pubblico Plus 9
a. Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile 9
b. Condanna in solido con la Struttura in sede civile 9
c. Condanna al pagamento di provvisionale in sede Penale 9
d. Denuncia cautelativa 10
2.2 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività 10
Che cosa NON è assicurato? 10
Articolo 3 Esclusioni 10
3.1 Esclusioni applicabili a tutte le Garanzie 10
3.1.1. Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione 10
3.1.2. Rischi esclusi dall'Assicurazione 11
3.1.3. Esclusioni dal novero dei terzi 12
3.1.4. Ulteriori esclusioni applicabili all'Estensione di Garanzia "Ruolo Apicale" 12
3.2 Ulteriori esclusioni applicabili alla sezione C. "Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile" della Garanzia Base ed alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Dipendente Pubblico Plus" 12
Ci sono limiti di copertura? 12
Articolo 4 Limiti di copertura 12
4.1 Massimale e Sottolimiti 12
4.2 Limitazioni riferite a tutte le Garanzie 13
4.3 Responsabilità solidale 13
4.4 Sanzioni internazionali 13
Dove vale la copertura? 13
Articolo 5 Estensione territoriale 13
Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro? 13
Articolo 6 Sinistri 13
6.1 Obblighi dell'Aderente in caso di Sinistro 13
a. Richiesta di Risarcimento 13
b. Circostanze 13
c. Disposizioni comuni 14

6.2 Patto di gestione della lite 14
6.3 Liquidazione del Sinistro 14
6.4 Coesistenza di altre assicurazioni 14
Quando e come devo pagare? 14
Articolo 7 Pagamento e rimborso del Premio 14
7.1 Pagamento del Premio della Polizza collettiva 14
7.2 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa per l'Aderente 14
7.3 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo 15
7.4 Rimborso del Premio 15
Quando comincia la copertura e quando finisce? 15
Articolo 8 Effetto e durata dell'Assicurazione 15
8.1. Effetto e durata della Polizza Collettiva 15
8.2. Effetto e durata della singola adesione 15
Recesso e risoluzione 16
Articolo 9 Casi di interruzione del contratto 16
9.1. Recesso per Sinistro 16
9.2. Recesso per Sinistro del singolo Aderente 16
9.3. Diritto di ripensamento 16
Altre Disposizioni Contrattuali 16
Articolo 10 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 16
Articolo 11 Variazioni contrattuali 16
11.1 Aggravamento e diminuzione del rischio 16
11.2 Ulteriori Variazioni – Albo e licenziamento 17
Articolo 12 Altre Assicurazioni 17
Articolo 13 Assicurazione per conto altrui 17
Articolo 14 Oneri fiscali 17
Articolo 15 Variazioni contrattuali a scadenza 17
Articolo 16 Foro competente 17
Articolo 17 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione 17
Articolo 18 Forma delle comunicazioni in caso di Vendita a Distanza 18

Glossario

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

Aderente	La persona fisica indicata nel Certificato di Assicurazione, iscritta all'Associazione A.O.G.O.I. - Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani o all'Associazione A.G.I.T.E. - Associazione Ginecologi Territoriali, che abbia aderito alla presente Polizza per il tramite di tali Associazioni, che svolge l'Attività Assicurata ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
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.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Attività Assicurata	L'attività professionale medica svolta dall'Aderente in qualità di Dipendente Pubblico secondo la Categoria di rischio e le garanzie indicate nel Certificato di Assicurazione, erogata anche attraverso la telemedicina così come disciplinata dalle vigenti leggi e regolamenti.
Attività Intramoenia	È considerata *intramoenia* l'attività libero professionale intramuraria svolta all'interno di Struttura pubblica al di fuori del normale orario di lavoro del Medico Dipendente, nei limiti e secondo quanto previsto dalle leggi vigenti, ivi compresa l'attività *intramoenia* allargata (svolta in spazi sostitutivi fuori dalla Struttura).
Certificato di Assicurazione	È il documento emesso dalla Società a prova della copertura assicurativa per il singolo Aderente, nel quale sono indicati i dati relativi all'Aderente, l'attività oggetto della copertura assicurativa, le date di decorrenza e di scadenza del Periodo di Assicurazione, il Periodo di Retroattività, il Massimale e il Premio imponibile con le relative imposte governative.
Circostanza	La comunicazione con la quale la Struttura pubblica e/o l'impresa di assicurazione della stessa manifesta all'Aderente l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni causati a terzi **che non siano già stati oggetto di risarcimento**.
Claims Made	Regime di operatività temporale dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute dall'Aderente (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 a fatti od atti pregressi purché entro il Periodo di Retroattività.
Contraente	Il soggetto indicato nella Scheda di Polizza che stipula il contratto a favore di terzi.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Danni	Le conseguenze pregiudizievoli del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'assicurazione, ivi compreso il pregiudizio causato all'erario. Vi rientrano esclusivamente: - 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	Per ciascun Aderente, le ore 24.00 della data indicata nel Certificato di Assicurazione salvo il caso di proroga della copertura assicurativa purché in continuità.
Data di Continuità Assicurativa	Per ciascun Aderente, la data meno recente tra: - la data di prima adesione alla presente Polizza, anche in caso di proroga della copertura assicurativa purché in continuità; - la data di prima adesione al contratto AmTrust Assicurazioni n° RCM23004, in caso di proroga delle coperture assicurative in continuità con quella prestata dalla presente Polizza.
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	La somma massima assicurata indicata nel Certificato di Assicurazione che la Società sarà tenuta a pagare 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.
Medical Device	Qualunque strumento, apparecchio, impianto, sostanza, con esclusione dei software, utilizzato da solo o in combinazione con altri Medical Device o farmaci, utilizzato 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.
Medico Dipendente Pubblico	Il medico che svolge attività professionale medica all'interno o per conto della Struttura pubblica con cui intrattiene un rapporto di lavoro dipendente e subordinato. È assimilato al Medico Dipendente Pubblico il medico, non alle dirette dipendenze della Struttura pubblica, di cui quest'ultima si avvale per l'erogazione delle prestazioni inerenti alle obbligazioni dalla stessa assunte e che presta la propria attività con rapporto di lavoro autonomo presso e/o per conto della Struttura pubblica in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto con il paziente.
Medico Specializzando	Il medico in formazione specialistica, che svolge la propria attività con regolare frequenza del corso di specializzazione post-laurea presso un Ente Ospedaliero Universitario pubblico, purché: - non abbia già conseguito una specializzazione; - non abbia instaurato un rapporto di lavoro presso una Struttura come delineato dalla L. 145/2018, modificata dal D.l. 35/2019 ("Decreto Calabria") convertito con L. 60/2019.
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 nel Certificato di Assicurazione 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 Retroattività	Il periodo temporale indicato nel Certificato di Assicurazione che precede la Data di Continuità Assicurativa entro il quale devono essere accaduti i fatti denunciati nella Richiesta di Risarcimento pervenuta durante il Periodo di Assicurazione.
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 del Certificato di Assicurazione.
Polizza	I documenti contrattuali che disciplinano i rapporti tra Società, Contraente e Aderente.
Premio	La somma dovuta dall'Aderente alla Società per la copertura assicurativa prestata dalla Società.
Scheda di Polizza	È il documento nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza.
Serie di Sinistri	La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente (o, in caso di azione diretta, alla Società) in conseguenza di una pluralità di eventi, riconducibili ad uno 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).
Sinistro	Una o più Richieste di Risarcimento (come definite in ciascuna garanzia o garanzia aggiuntiva opzionale) conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Aderente (o, in caso di azione diretta, alla Società), per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione e/o del Periodo di Ultrattività.
Società	AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.

Sottolimite	La somma massima inclusa nel Massimale e non in aggiunta ad esso, che la Società sarà tenuta a pagare a titolo di capitale, interessi e spese in relazione ad una specifica garanzia 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	La **Struttura sanitaria e/o sociosanitaria pubblica** facente capo al Servizio Sanitario Nazionale soggetta 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. Per Struttura pubblica si intende qualsiasi soggetto, Ente o Impresa facente capo alla Pubblica Amministrazione, che esercita attività sanitaria e sociosanitaria, il cui personale dipendente è assoggettato al giudizio per danno erariale da parte della Corte dei conti.
Variazione del rischio	Qualunque mutamento del rischio avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione.
Vendita a distanza	Qualunque modalità di vendita che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario e dell'Aderente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione, prestata nella forma ***Claims Made***, è rivolta all'esercente **la professione sanitaria medica** per la propria attività professionale indicata nel Certificato di Assicurazione e per la quale ha inteso assicurarsi.

L'Assicurazione tiene indenne l'Aderente, **nei limiti delle garanzie prestate e con particolare riferimento a quanto previsto dall'art. 9 della legge 8 marzo 2017 n. 24**, dei Danni causati nello svolgimento dell'Attività Assicurata con la qualifica di Medico Dipendente nonché, nei limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di Risarcimento, come rispettivamente definite in ciascuna Garanzia o Garanzia aggiuntiva opzionale.

L'Assicurazione **non opera** in relazione ai danni per i quali l'obbligo di manleva ricada 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, salvo quanto previsto dalla Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.1 qualora acquistata.

L'Assicurazione è valida a condizione che l'Attività Assicurata sia svolta in conformità alle leggi che la regolano e sempreché l'Aderente sia regolarmente **iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o sia in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata**. L'Assicurazione è altresì rivolta all'Aderente non appartenente all'UE relativamente all'esercizio della propria Attività Assicurata svolta in Italia presso o per conto di Struttura, 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.

Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle garanzie

1. 1 Disposizioni Comuni

a. Oggetto della Polizza

La Società tiene indenne l'Aderente, **fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato di Assicurazione e dei Sottolimiti per Sinistro e per Periodo di Assicurazione** indicati nella presente Polizza, per l'azione di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga di cui alla **GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico** nonché per le responsabilità contemplate dalle **Garanzie Aggiuntive Opzionali qualora acquistate**.

Fermo quanto stabilito dall'Art. 6.2, le spese legali sostenute per resistere alla Richiesta di Risarcimento da parte del danneggiato contro l'Aderente sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale di Polizza. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale o ai Sottolimiti, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e Aderente in proporzione del rispettivo interesse.

b. Validità temporale dell'Assicurazione

b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata nella forma ***Claims Made***, ossia opera per le Richieste di Risarcimento (come rispettivamente definite in ciascuna Garanzia o Garanzia aggiuntiva opzionale) ricevute dall'Aderente (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui 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 il Periodo di Retroattività riportato nel Certificato di Assicurazione.

b.2 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. b.1, se durante il Periodo di Assicurazione l'attività professionale dell'Aderente 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 (come rispettivamente definite in ciascuna Garanzia o Garanzia aggiuntiva opzionale) conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi entro il Periodo di Retroattività restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, nonché per ulteriori 10 (dieci) anni.
L'Aderente (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. 7.3.
La massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente/Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), è pari al Massimale assicurato al momento della cessazione dell'attività.

L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

c. 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 di recupero che l'Aderente può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili, inclusa la Struttura Sanitaria di appartenenza. A tal fine l'Aderente è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

1. 2 GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico

Dipendente pubblico che operi presso una Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica

La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Aderente per l'esercizio dell'Attività Assicurata svolta dal medico Dipendente Pubblico, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in conseguenza di Danni causati a terzi **che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura pubblica e/o da parte della sua impresa di assicurazione**, unicamente nei casi di:

A. Azione di responsabilità amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con Sentenza della Corte dei conti passata in giudicato o sia intervenuta definizione con giudizio abbreviato presso la Corte dei conti su autorizzazione per iscritto della Società.

A tal fine la presente sezione della Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale la Struttura pubblica, manifesta all'Aderente l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento;
- la segnalazione inviata all'Aderente dalla Struttura pubblica di aver inoltrato informazione alla Corte dei conti in ordine ad eventuali Danni erariali;
- l'invito a dedurre rivolto all'Aderente dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti;
- l'azione di responsabilità amministrativa per colpa grave promossa nei confronti dell'Aderente dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti.

B. Azione di rivalsa o di surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile a titolo di colpa grave con provvedimento giudiziario passato in giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

A tal fine la presente sezione della Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale l'impresa di assicurazione della Struttura pubblica manifesta all'Aderente l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento;
- l'azione giudiziale a titolo di colpa grave in via di rivalsa o di surrogazione promossa dall'impresa di assicurazione della Struttura pubblica per Danni che abbiano già formato oggetto di risarcimento.

C. Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile

La presente Garanzia tiene altresì indenne l'Aderente di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile unicamente nei casi di:

a. Azione civile di rivalsa per colpa grave anticipata esperita giudizialmente nei confronti dell'Aderente dalla Struttura pubblica nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
b. Azione civile di rivalsa e/o surrogazione per colpa grave anticipata esperita nei confronti dell'Aderente giudizialmente dall'impresa di assicurazioni della Struttura pubblica nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con provvedimento giudiziario passato in giudicato pronunciato dall'Autorità Giudiziaria Civile in accoglimento della domanda giudiziale di rivalsa anticipata svolta nei suoi confronti dalla Struttura pubblica e/o dalla sua impresa di assicurazione, oppure sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società in pendenza del relativo procedimento civile.

A tal fine la presente sezione della Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- l'azione civile giudiziale di rivalsa anticipata esercitata nei confronti dell'Aderente dalla Struttura pubblica o dalla sua impresa di assicurazione dinanzi al giudice civile a titolo di colpa grave;
- la comunicazione con la quale la Struttura pubblica o la sua l'impresa di assicurazione manifesta l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.

In relazione alla presente sezione della Garanzia, l'Aderente dichiara di cedere alla Società tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura pubblica e/o della sua impresa di assicurazione per il recupero delle somme versate in virtù della presente sezione della Garanzia.

La presente sezione della Garanzia è prestata fino alla concorrenza del Sottolimite pari ad Euro 250.000,00 (duecentocinquantamila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione. In caso di acquisto della Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.1 "Dipendente Pubblico Plus" il Sottolimite di Euro 250.000,00 (duecentocinquantamila) non si intende operante, fermo il Sottolimite di cui all'Art. 2.1.

1. 3 Estensioni di Garanzia incluse nel Premio

(sempre valide ed operanti)

a. Circostanze

L'Aderente ha facoltà di denunciare cautelativamente ogni Circostanza da cui possano derivare Danni e Perdite Patrimoniali secondo quanto previsto dalla GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico, nelle modalità previste dall'Art. 6.1. Tale notifica sarà a tutti gli effetti trattata come Sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante tale Periodo di Assicurazione solo ed esclusivamente, qualora e nel momento in cui ne dovesse derivare una Richiesta di Risarcimento, come definito dalla GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico.

b. Attività Intramoenia anche allargata

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa ai Danni derivanti dall'esercizio dell'Attività Intramoenia, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalle norme di legge e dai regolamenti vigenti al momento dell'evento, errore od omissione che ha causato il Danno.

c. Emergenza Covid-19

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa ai danni derivanti dall'attività prestata dall'Aderente per conto di Strutture pubbliche per far fronte all'emergenza sanitaria Covid-19 (inclusa somministrazione di vaccini ed esecuzione tamponi) fino al termine della stessa, a prescindere dalla vigenza dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri.

d. Ruolo apicale

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla responsabilità derivante all'Aderente che rivesta il ruolo di Direttore Sanitario o di analoga funzione organizzativa presso una Struttura sanitaria 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 cagionati a terzi.
Sono compresi in garanzia i fatti delle persone di cui l'Aderente, nella qualità di cui sopra, sia tenuto a rispondere per legge. Limitatamente ai Medici Dipendenti Pubblici che rivestono il ruolo di responsabile di unità operativa, l'Assicurazione di colpa grave si estende inoltre alla Responsabilità derivante all'Aderente in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie di tale ruolo. **Fermo negli altri casi quanto previsto dall'esclusione di cui al punto 3 dell'Art. 3.1.2**.

e. Perdite Patrimoniali – Medicina legale o Medicina del lavoro

Relativamente alle prestazioni professionali di Medicina legale o Medicina del lavoro svolte dall'Aderente in nome e per conto della Struttura, l'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla Responsabilità derivante all'Aderente in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi.

f. Perdite Patrimoniali – Privacy

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla Responsabilità derivante all'Aderente in conseguenza delle Perdite Patrimoniali cagionate a terzi, derivanti da:

- furto, perdita o divulgazione non autorizzata di dati personali, siano essi comuni o sensibili, che siano in possesso, custodia o controllo dell'Aderente, o di un terzo;
- inadempimento colposo da parte dell'Aderente di quella parte della normativa Privacy che esplicitamente:
  i. proibisce o limita la diffusione, la divulgazione e la vendita da parte dell'Aderente di dati personali;
  ii. richiede all'Aderente, previo consenso dell'interessato, di garantire l'accesso ai relativi dati personali, ovvero la correzione degli stessi in caso di loro incompletezza o imprecisione;
  iii. ordina l'adozione di procedure e sistemi atti ad evitare la perdita di dati personali;
- danno reputazionale.

Tale estensione è operante esclusivamente in relazione alla GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico ed è prestata fino alla concorrenza del Sottolimite di Euro 100.000,00 (centomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

g. Pregressa attività da Specializzando

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla responsabilità derivante all'Aderente dall'attività cessata in qualità di Medico Specializzando **svolta presso Struttura pubblica.**

h. Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà

L'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile dell'Aderente per i Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve.

Tale estensione è prestata fino alla concorrenza del Sottolimite di Euro 1.000.000,00 (un milione) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

Articolo 2 Garanzie Aggiuntive Opzionali

(L'Aderente ha facoltà di acquistare una o più delle seguenti garanzie aggiuntive opzionali che saranno valide ed operanti solo se indicate nel Certificato di Assicurazione e se è stato pagato il Premio aggiuntivo)

2.1 Dipendente Pubblico Plus

La presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è **prestata fino alla concorrenza del Sottolimite pari ad Euro 2.000.000,00 (due milioni) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione** e si compone delle seguenti sezioni:

a. Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile

La presente copertura tiene indenne l'Aderente di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile unicamente nei casi di:

c. Azione civile di rivalsa per colpa grave anticipata esperita giudizialmente nei confronti dell'Aderente dalla Struttura pubblica nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
d. Azione civile di rivalsa e/o surrogazione per colpa grave anticipata esperita nei confronti dell'Aderente giudizialmente dall'impresa di assicurazioni della Struttura pubblica nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con provvedimento giudiziario passato in giudicato pronunciato dall'Autorità Giudiziaria Civile in accoglimento della domanda giudiziale di rivalsa anticipata svolta nei suoi confronti dalla Struttura pubblica e/o dalla sua impresa di assicurazione, oppure sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società in pendenza del relativo procedimento civile.

Ai fini della presente copertura, l'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- l'azione civile giudiziale di rivalsa anticipata esercitata nei confronti dell'Aderente dalla Struttura pubblica o dalla sua impresa di assicurazione dinanzi al giudice civile a titolo di colpa grave;
- la comunicazione con la quale la Struttura pubblica o la sua l'impresa di assicurazione manifesta l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.

b. Condanna in solido con la Struttura in sede civile

La presente copertura tiene indenne l'Aderente di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente corresponsabile, unitamente alla Struttura pubblica e/o alla sua impresa di assicurazione in conseguenza di Danni **per i quali sia stato riconosciuto corresponsabile con provvedimento giudiziario da parte dell'Autorità Giudiziaria civile competente, che condanni in solido** l'Aderente e la Struttura pubblica e/o la sua impresa di assicurazione.
La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato corresponsabile in solido con la Struttura pubblica e/o la sua impresa di assicurazione ed unicamente nel caso in cui, a fronte di tale provvedimento, la Struttura pubblica e/o la sua impresa di assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto agli effetti di legge in manleva dell'Aderente.

Ai fini della presente copertura, l'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Aderente (o, nel caso di azione diretta, alla Società) l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione civile o la chiamata in causa dell'Aderente per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Aderente, anche *ex* artt. 696 e 696 bis c.p.c.;
- la ricezione da parte dell'Aderente di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010.

c. Condanna al pagamento di provvisionale in sede Penale

La presente copertura tiene indenne l'Aderente di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi in conseguenza di **Danni per i quali sia stato penalmente condannato al pagamento di una provvisionale**, sia nel caso in cui la statuizione avente effetti civili pronunciata dal giudice penale condanni solidalmente l'Aderente e la Struttura pubblica quale responsabile civile nel relativo processo penale, sia nel caso in cui investa esclusivamente l'Aderente in assenza del responsabile civile.
La Garanzia è operante unicamente nel caso in cui, a fronte di tale sentenza, la Struttura pubblica e/o la sua impresa di assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto agli effetti di legge in manleva dell'Aderente.

Ai fini della presente copertura, l'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Aderente l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la notifica all'Aderente della costituzione di parte civile in un procedimento penale.

In relazione a tutte e tre le sezioni che compongono la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale, l'Assicurato dichiara di cedere alla Società tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura pubblica e/o della sua impresa di assicurazione per il recupero delle somme versate in virtù della presente Garanzia.

d. Denuncia cautelativa

L'Aderente ha facoltà di denunciare cautelativamente inchieste giudiziarie promosse nei suoi confronti e comunicazioni – da parte della Struttura pubblica o della sua Compagnia di assicurazioni ex art. 13 L. 24/2017 – dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei loro confronti o dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, da cui possano derivare Danni e Perdite Patrimoniali risarcibili da questa Assicurazione e purché l'Aderente ne venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
Tale denuncia cautelativa sarà a tutti gli effetti trattata come Sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione esclusivamente qualora e nel momento in cui ne dovesse derivare una Richiesta di Risarcimento ed a condizione che tale Richiesta di Risarcimento venga notificata alla Società, nei termini e nelle modalità previste in Polizza all'Art. 6.1:
1) durante un Periodo di Assicurazione, anche successivo, purché in continuità di copertura con quello in cui è avvenuta la denuncia cautelativa;
2) a pena di decadenza, entro e non oltre tre anni dalla scadenza dell'ultimo Periodo di Assicurazione in cui l'Aderente è assicurato con la presente Polizza, purché in continuità di copertura con quello in cui è avvenuta la denuncia cautelativa;
3) durante il Periodo di Ultrattività, qualora acquistato.

L'Aderente è tenuto altresì ad informare tempestivamente la Società di ogni aggiornamento e/o sviluppo relativo alla denuncia nonché a produrre tutta la documentazione che la Società dovesse richiedere a riguardo.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a copertura della medesima responsabilità e dei medesimi Danni o Perdite Patrimoniali, la Garanzia della presente Polizza 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).

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

(Attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione a fronte del pagamento del relativo Premio aggiuntivo)

È facoltà dell'Aderente richiedere l'attivazione dell'estensione di Ultrattività ancorché l'Aderente continui ad esercitare la professione sanitaria medica.
In questo caso le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti entro il Periodo di Retroattività e fino alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, restano coperte alle condizioni in vigore per ulteriori 10 (dieci) anni.
La massima esposizione della Società per l'intero Periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente (o, nel caso di azione diretta, nei confronti della Società), è pari al Massimale assicurato al momento della cessazione o sostituzione.
L'Aderente è tenuto a corrispondere il Premio aggiuntivo dovuto per l'attivazione dell'Ultrattività, come specificato all'Art. 7.3.
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).
L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

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'Aderente prima della data di adesione alla presente Polizza;
- Richieste di Risarcimento che pervengano all'Aderente (o, in caso di azione diretta, dalla Società) in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, se acquistato, fatte salve le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti alla denuncia delle Circostanze nei limiti di quanto indicato all'Art. 6.1;

- Richieste di Risarcimento che pervengano all'Aderente 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 del Periodo di Retroattività indicato nel Certificato di Assicurazione (indipendentemente da eventuali precedenti contratti stipulati con la Società o con altre società del gruppo AmTrust);
- Richieste di Risarcimento che siano connesse e/o conseguenti a:
    - sentenze penali di condanna o di patteggiamento già emesse contro l'Aderente
    - azioni giudiziarie civili già promosse contro l'Aderente
    - Circostanze note all'Aderente

  antecedentemente alla Data di Continuità Assicurativa.

3.1.2. Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. avanzate o promosse direttamente dal terzo nei confronti dell'Aderente, fatta eccezione per la Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.1 qualora acquistata;
2. in relazione a qualsiasi prestazione esercitata privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico della Struttura di cui l'Aderente è Dipendente;
3. per Perdite Patrimoniali, così come definite in Polizza, fatta eccezione per quanto stabilito all'Art.1.3 lettera d), lettera e) e lettera f);
4. originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria medica, **fatta eccezione per quanto stabilito all'Art. 1.3 lettera d)**;
5. derivanti da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
6. 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'Aderente;
7. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente qualora lo stesso 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;
8. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
9. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente dopo che lo stesso abbia cessato l'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Aderente venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;
10. basate sulla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di Medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Aderente;
11. aventi ad oggetto la restituzione del compenso corrisposto all'Aderente per la relativa prestazione professionale;
12. derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
13. derivanti da consulenza on line, fatta eccezione per le operazioni peritali da remoto e per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente, o da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
14. per pregiudizi alle cose mobili e immobili che l'Aderente abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
15. 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'Aderente oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
16. relative alle spese sostenute dall'Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi dell'Art. 6.2;
17. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
18. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
19. conseguenti a furto, incendio, esplosione o scoppio;
20. 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;
21. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
22. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'Attività dell'Aderente;
23. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
24. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
25. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;

26. connesse ad atti di guerra e/o terrorismo.

3.1.3. Esclusioni dal novero dei terzi

Non sono considerati terzi ai fini della copertura il coniuge, il convivente more uxorio, il soggetto con cui è unito civilmente, i genitori e i figli dell'Aderente 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 e Perdite Patrimoniali sofferti da soggetti non considerati terzi.

3.1.4. Ulteriori esclusioni applicabili all'Estensione di Garanzia "Ruolo Apicale"

Relativamente all'Estensione di Garanzia "Ruolo Apicale" operante, esclusivamente per i Medici Dipendenti Pubblici che rivestono il ruolo di responsabile di unità operativa, anche in caso di responsabilità per colpa grave in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie di tale ruolo, sono sempre escluse le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a:

- 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'Aderente utilizza ai fini della propria attività professionale;
- i vizi e difetti che si manifestano oltre i 3 (tre) mesi successivi alla consegna, all'utilizzo od all'impianto del Medical Device sul paziente.

3.2 Ulteriori esclusioni applicabili alla sezione C. "Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile" della Garanzia Base ed alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Dipendente Pubblico Plus"

Relativamente alla sezione C. dell'Art. 1. 2 GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico ed alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.1 Dipendente Pubblico Plus, sono escluse le Richieste di Risarcimento, come definite in tali sezioni:

- conseguenti a Fatti Noti all'Aderente prima della Data di Continuità Assicurativa, anche se mai denunciati ai precedenti assicuratori;
- già pervenute all'Aderente prima dell'attivazione della Garanzia Aggiuntiva Opzionale.

Per **Fatti Noti** si intendono quei fatti e situazioni, in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Aderente, che potrebbero determinare in futuro Richieste di Risarcimento.
Tuttavia, non sono considerati Fatti Noti:

- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura, salvo i casi in cui per il tramite della stessa l'Aderente venga portato a conoscenza di una Richiesta di Risarcimento;
- le comunicazioni notificate all'Aderente dalla Struttura ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Massimale e Sottolimiti

La Polizza opera fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato di Assicurazione e dei Sottolimiti di Indennizzo riepilogati nella seguente tabella:

Copertura	Sottolimite per Sinistro e per Periodo di Assicurazione
Perdite Patrimoniali – Privacy	€ 100.000
Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile	€ 250.000 (se non acquistata Garanzia Aggiuntiva Opzionale Dipendente Pubblico Plus)
Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà	€ 1.000.000
Dipendente Pubblico Plus	€ 2.000.000

4.2 Limitazioni riferite a tutte le Garanzie

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

- la comunicazione inviata all'Aderente, 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'Aderente, 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.

4.3 Responsabilità solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Aderente con altri soggetti (persone fisiche, Strutture e altri soggetti) la Società risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

4.4 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, Aderente, 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.

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 **ove l'Aderente eserciti su incarico della Struttura di diritto italiano, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.**
L'Aderente 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.

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

Articolo 6 Sinistri

6.1 Obblighi dell'Aderente in caso di Sinistro

a. Richiesta di Risarcimento

L'Aderente, rendendosi parte diligente del contratto, deve denunciare alla Società il Sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, fermi i termini di decadenza e di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.
Nel caso in cui l'Aderente riceva una Richiesta di Risarcimento deve denunciarla per iscritto alla Società 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.
Alla denuncia deve far seguito con urgenza l'invio dei documenti e degli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti, impegnandosi l'Aderente a prestare la massima collaborazione alla Società nell'istruzione e nella gestione del Sinistro stesso.
Limitatamente alle sezioni di cui alle lettere b. e c. della Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.1, qualora attivata, l'Aderente è tenuto a far pervenire alla Società, unitamente alla denuncia di Sinistro, anche copia della comunicazione scritta con la quale abbia provveduto ad informare della Richiesta di Risarcimento anche la Struttura per conto della quale è stata esercitata l'Attività Assicurata ed abbia altresì espressamente richiesto di essere dalla stessa manlevato. **Qualora l'Aderente non adempia a tale onere, la Società si riserva il diritto di negare l'Indennizzo, salvo il diritto di chiedere il maggior danno.**

b. Circostanze

È facoltà esclusiva dell'Aderente denunciare Circostanze di cui ha avuto conoscenza nel corso del Periodo di Assicurazione ai sensi dell'Art. 1.3 lettera a). Qualora da una Circostanza dovesse derivare una successiva Richiesta di Risarcimento, la stessa sarà considerata Sinistro validamente denunciato alla data in cui è stata denunciata la Circostanza. L'Aderente è tenuto

altresì ad informare tempestivamente la Società di ogni aggiornamento e/o sviluppo relativo alle Circostanze denunciate nonché a produrre tutta la documentazione che la Società dovesse richiedere.

c. Disposizioni comuni

La denuncia di Sinistro o di Circostanza deve contenere la data e la descrizione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e la residenza dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per la Società, incluso quanto previsto dall'Art. 6.4 in caso di coesistenza di altre assicurazioni. La denuncia dovrà essere trasmessa a AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano, *colpegravi@amtrustgroup.com*, *sinistriamtrust@pec.it*, che potrà svolgere la gestione dei Sinistri tramite le proprie sedi territoriali.
Senza il previo consenso scritto della Società, l'Aderente 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.

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'Aderente in sede stragiudiziale, giudiziale, amministrativa, designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Aderente stesso.
Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'Aderente sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale riportato nel Certificato di Assicurazione o dei Sottolimiti indicati all'Art. 4.1. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale, le spese giudiziali si ripartiscono tra la Società e Aderente in proporzione del rispettivo interesse ai sensi dell'art. 1917 Codice civile.
Nel caso in cui l'Aderente non accetti la gestione della lite, la Società non riconosce le spese sostenute dall'Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'Aderente.

6.3 Liquidazione del Sinistro

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

6.4 Coesistenza di altre assicurazioni

L'Aderente, 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 e 1913 del Codice Civile.

Quando e come devo pagare?

Articolo 7 Pagamento e rimborso del Premio

7.1 Pagamento del Premio della Polizza collettiva

All'atto del perfezionamento della Polizza collettiva il Contraente non versa alcun Premio.

7.2 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa per l'Aderente

Il Premio è riportato nel Certificato di assicurazione ed è interamente dovuto da parte dell'Aderente.
La Società accetta che il pagamento dei Premi sia effettuato per il tramite dell'Intermediario, pertanto il pagamento del Premio eseguito all'Intermediario stesso si considera effettuato direttamente alla Società, ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005.
Il Premio annuo lordo dovuto è quello risultante dalla tabella riportata di seguito:

Massimale € 5.000.000			
GARANZIA BASE (Colpa Grave)		GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico	
Dipendente Pubblico		+ Dipendente Pubblico Plus	
10 anni	illimitata	10 anni	illimitata
420,00 €	460,00 €	820,00 €	900,00 €

La Garanzia Aggiuntiva di cui all'Art. 2.1 "Dipendente Pubblico Plus" può essere acquistata, in aggiunta alla GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico, esclusivamente in fase di prima adesione o di proroga della stessa.

Se l'Aderente 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 l'Aderente non paga i Premi o le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste.
Le modalità di pagamento dei Premi sono: sistemi di pagamento elettronico o bonifico bancario che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.

7.3 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo

In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale secondo quanto indicato all'Art. 1.1 lettera b.2, l'Aderente (e/o gli eredi dell'Aderente) è tenuto a corrispondere il Premio aggiuntivo per l'attivazione dell'estensione di Ultrattività decennale, pari al 300% del Premio annuo corrisposto per l'ultima annualità, entro il trentesimo giorno successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso all'atto della cessazione dell'attività professionale.
Il Premio 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'Aderente verificatosi durante la vigenza della copertura, a vantaggio degli eredi che ne facciano richiesta entro 180 (centottanta) giorni dalla scadenza del Periodo di Assicurazione.
Qualora l'Aderente decida di attivare l'estensione di Ultrattività facoltativa prevista all'Art. 2.2, sarà necessario corrispondere il relativo Premio secondo le medesime percentuali sopra indicate.

7.4 Rimborso del Premio

In caso di recesso per Sinistro esercitato ai sensi dell'Art. 9. all'Aderente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto. Qualora l'Aderente eserciti il "diritto di ripensamento" di cui all'Art. 9.3, ha diritto alla restituzione integrale del Premio versato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 8 Effetto e durata dell'Assicurazione

8.1. Effetto e durata della Polizza Collettiva

La Polizza ha durata annuale dalle ore 24.00 del 30/06/2025 alle ore 24.00 del 30/06/2026 e in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC, raccomandata a mano, fax o e-mail) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta per 1 (uno) anno.

8.2. Effetto e durata della singola adesione

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione, coincidente con il giorno nel quale è stato sottoscritto il Modulo di Adesione, se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.
Limitatamente agli Aderenti già assicurati tramite analogo contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con copertura in scadenza alle ore 24.00 del 30/06/2025, la copertura assicurativa della presente Polizza ha effetto dalle ore 24.00 del 30/06/2025 se il Premio è stato pagato entro le ore 24.00 del 30/07/2025.
Indipendentemente dalla data di scadenza della Polizza, la copertura del singolo Certificato di Assicurazione ha durata annuale e cessa alla data di scadenza indicata nel Certificato di Assicurazione stesso, senza tacito rinnovo.

Alla scadenza del Periodo di Assicurazione, sempreché la presente Polizza Collettiva sia vigente, l'Aderente potrà prorogare la copertura assicurativa in continuità per ulteriori 12 (dodici) mesi versando il Premio annuo entro le ore 24.00 del 30° (trentesimo) giorno successivo alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione. Per la proroga della copertura assicurativa avvenuta entro i termini sopra indicati non è necessaria la compilazione di un nuovo Modulo di Adesione.
Diversamente, se l'Aderente non proroga la copertura assicurativa in continuità nei termini temporali previsti dal comma che precede, la copertura si intenderà automaticamente cessata alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione. L'Aderente potrà in seguito aderire nuovamente alla Polizza previa compilazione di un nuovo Modulo di Adesione, in tal caso il nuovo Certificato di Assicurazione e la copertura assicurativa avranno effetto come previsto dal primo comma.

Recesso e risoluzione

Articolo 9 Casi di interruzione del contratto

9.1. 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 dalla presente Polizza mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 90 (novanta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.
La Società può recedere dalla presente Polizza con le medesime modalità in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'Aderente per più di un Sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.
In caso di recesso il Contraente e l'Intermediario si impegnano a non fare sottoscrivere ulteriori Moduli di Adesione con decorrenza successiva alla data di effetto del recesso.
È peraltro convenuto che, relativamente agli Aderenti che abbiano copertura con decorrenza antecedente alla data di effetto del recesso e che abbiano già corrisposto il Premio, la copertura resta in vigore sino alla data di scadenza indicata nel Certificato di Assicurazione, senza possibilità di proroga.

9.2. Recesso per Sinistro del singolo Aderente

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo, l'Aderente può recedere dalla singola copertura assicurativa colpita dal Sinistro mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 90 (novanta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.
La Società può recedere dalla singola copertura assicurativa con le medesime modalità in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'Aderente per più di un Sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.
Come previsto dall'Art. 7.4 in caso di recesso, all'Aderente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.

9.3. Diritto di ripensamento

In caso di Vendita a Distanza, l'Aderente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento. Tale termine decorre dal giorno di pagamento del Premio. In tal caso il contratto di assicurazione sarà annullato dall'origine ed all'Aderente 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.

Altre Disposizioni Contrattuali

Articolo 10 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Aderente nel Modulo di Adesione formano la base dell'Assicurazione e rilevano ai fini della decisione della Società di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del Premio.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dall'Aderente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Aderente ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 11 Variazioni contrattuali

11.1 Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Aderente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni Variazione del rischio per il tramite dell'Intermediario incaricato **entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di variazione.**
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.
Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale dell'Aderente non assicurabile con la presente Polizza, la copertura assicurativa non sarà operante per tali nuove prestazioni e proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione limitatamente all'Attività Assicurata già oggetto di copertura.

11.2 Ulteriori Variazioni – Albo e licenziamento

L'Aderente deve dare immediata comunicazione scritta alla Società qualora l'Aderente 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'Aderente 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'Aderente successivamente a tali eventi**.
La comunicazione scritta di tali eventi alla Società comporta la cessazione del contratto alla successiva scadenza annuale, senza possibilità di rinnovo.

Articolo 12 Altre Assicurazioni

L'Aderente 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.
L'Aderente è esonerato dal comunicare l'esistenza di altre assicurazioni derivanti da rapporti contrattuali con istituti di credito e/o finanziari (conti correnti, carte di credito, mutui, finanziamenti, ecc.) o da accordi collettivi di lavoro nazionali o aziendali.
In caso di Sinistro vale quanto disposto dall'Art. 6.4.

Articolo 13 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 Aderente, ai sensi dell'art. 1891 Codice civile.

Articolo 14 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'Aderente.

Articolo 15 Variazioni contrattuali a scadenza

Alla scadenza contrattuale e previo preavviso di almeno 90 (novanta) giorni, anche ai sensi della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 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.

Il Contraente può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie e normative esplicitamente, oppure ritirando la nuova quietanza e pagando il nuovo Premio.

Articolo 16 Foro competente

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

Articolo 17 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

Ai sensi dell'art. 73 del Regolamento IVASS n°40 del 02 agosto 2018, l'Aderente:
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;
c) ha il diritto di essere messo in contatto col Front Office dell'Intermediario, deputato al coordinamento e controllo dell'attività del Servizio Clienti dedicato all'assistenza dei clienti.

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*
PEC: *amtrust.assicurazioni@pec.it*
Sito Internet: *www.amtrust.it*

Articolo 18 Forma delle comunicazioni in caso di Vendita a Distanza

Qualora il contratto sia stato promosso o collocato a distanza, l'Aderente:

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.

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

.