

AmTrust

COLPAGRAVE EXTRA

Linea Professione Protetta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile
e Amministrativa Professionale del Medico per Colpa
Grave



**Il prodotto è stato redatto secondo
le linee guida ANIA “Contratti Semplici e Chiari”
Edizione Febbraio 2023 – Ultimo Aggiornamento Giugno 2025**

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

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



AmTrust Assicurazioni

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: "AmTrust COLPAGRAVE EXTRA"



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'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 o Specializzando, **nei limiti delle garanzie prestate**, nonché delle eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di Risarcimento, come rispettivamente definite in ciascuna Garanzia Base o 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'Assicurato (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 la Data inizio Retroattività riportata nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti Polizza.

I profili di rischio assicurabili sono:

- Dipendente Pubblico di Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica
- Dipendente Privato di Struttura sanitaria o sociosanitaria privata
- Medico Specializzando



Che cosa è assicurato?

- ✓ Il patrimonio dell'Assicurato 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 e/o da parte della sua impresa di assicurazione** nello svolgimento dell'Attività Assicurata.

Le seguenti Garanzie sono acquistabili alternativamente o cumulativamente in base all'attività svolta dall'Assicurato in qualità di:

- ✓ Dipendente Pubblico o Specializzando che operi presso una Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica - **Garanzia Base I (Colpa Grave)**;
- ✓ Dipendente Privato o Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Privata – **Garanzia Base II (Colpa Grave)**.
- ✓ In caso di responsabilità solidale 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.

Garanzie aggiuntive opzionali (operanti solo se attivate dal Contraente e pagato il relativo Premio aggiuntivo):

- Dipendente Pubblico Plus (acquistabile solo con la Garanzia Base I e la Categoria di Rischio Dirigente Medico)
- Pregressa attività da Dipendente Privato (acquistabile solo con la Garanzia Base I e la Categoria di Rischio Dirigente Medico)
- Ruolo apicale – Perdite Patrimoniali (acquistabile con la Garanzia Base I e/o II e la Categoria di Rischio Dirigente Medico)
- Altre Perdite Patrimoniali (acquistabile con la Garanzia Base I e/o II e la Categoria di Rischio Dirigente Medico)
- Attività compatibili con la Scuola di specializzazione (acquistabile con la Categoria di Rischio Specializzando)
- Attività accessorie – Responsabilità Civile (acquistabile con la Garanzia Base I e/o II e la Categoria di Rischio Dirigente Medico)

Estensione di ultrattività (attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione a fronte del pagamento del relativo Premio aggiuntivo):

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

Le coperture assicurative operano entro i **Massimali previsti per ciascuna Garanzia** e comunque nel limite del Massimale di Polizza (da 1.000.000 a 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'Assicurato, 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'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) prima dell'inizio della decorrenza della Polizza o che pervengano all'Assicurato (o, nel 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.
- ✗ Pervenute all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e denunciate alla Società oltre 30 giorni successivi alla scadenza dello stesso
- ✗ Relative a eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della Data di Retroattività indicata nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di Polizza (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
 - azioni giudiziarie civili già promosse contro l'Assicurato
 - Circostanze note all'Assicurato

antecedentemente alla decorrenza della Polizza, oppure alla decorrenza di eventuali precedenti contratti stipulati con la Società o con altre società del Gruppo AmTrust purché senza soluzione di continuità con la Polizza, anche se mai denunciati a precedenti assicuratori.

Sono escluse le Richieste di Risarcimento per:

- ✗ Mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato
- ✗ Conseguenti a furto, incendio, esplosione o scoppio

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?

- ! Le Categorie di Rischio assicurate sono unicamente quelle riportate nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di Polizza.

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



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale per le Richieste di Risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, **ove l'Assicurato eserciti su incarico della Struttura di diritto italiano, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.**
- ✓ L'Assicurato 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 tramite l'Intermediario incaricato entro i 10 giorni successivi alla data di variazione.
- Devi comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del tuo diritto all'Indennizzo.
- In caso di Sinistro devi denunciarlo alla Società entro 30 giorni da quando ne hai avuto conoscenza, e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, 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 o 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 interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale ed è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Se scegli il frazionamento rateale, dovrai pagare anche le rate successive alla prima alla scadenza stabilita. Dato che la Polizza prevede il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annua dovrai pagare il Premio di rinnovo (secondo le modalità di frazionamento che hai scelto all'origine).

Il Premio aggiuntivo per l'Ultrattività in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione. Puoi pagare il Premio con denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa vigente, assegno bancario, postale o circolare muniti della clausola di non trasferibilità intestati alla Società o all'intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione, sistemi di pagamento elettronico o bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurazione ha la durata riportata nella Scheda di Polizza e, in mancanza di Disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 anno.

Puoi recedere dalla Polizza, anche in corso d'anno, dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto di Indennizzo, dando un preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla data di effetto del recesso mediante lettera raccomandata (o mezzi legalmente equivalenti).

In caso di Vendita a Distanza puoi, inoltre, recedere dalla Polizza esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dalla data di pagamento del Premio, inviando comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti), inviata all'Intermediario incaricato o alla Società.

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

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



AmTrust Assicurazioni

Prodotto "AmTrust COLPAGRAVE EXTRA"

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.

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

Società

AmTrust Assicurazioni S.p.A. appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI). La sede legale è in Via Clerici, 14 – 20121 Milano (MI) – Italia; recapito telefonico: +39 0283438150; sito internet: www.amtrust.it; indirizzo di posta elettronica: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com; indirizzo PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it.

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è iscritta al n° 1.00165 dell'Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in Italia.

L'ammontare del patrimonio netto dell'impresa è pari 259.801 migliaia di Euro e il risultato economico netto di periodo è pari a 25.659 migliaia di Euro e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2024.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 181,04%.

Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link <https://www.amtrust.it/sfcr.pdf>

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

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

In base al profilo di rischio assicurato, la copertura prevede le seguenti Garanzie:

GARANZIA BASE I (Colpa Grave) - Dipendente Pubblico o Specializzando che operi presso una Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica

La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Assicurato per l'esercizio dell'Attività Assicurata svolta dal Medico Dipendente Pubblico o Specializzando, 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'Assicurato 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 Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale la Struttura pubblica, manifesta all'Assicurato 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'Assicurato dalla Struttura pubblica di aver inoltrato informazione alla Corte dei conti in ordine ad eventuali Danni erariali;
- l'invito a dedurre rivolto all'Assicurato dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti;
- l'azione di responsabilità amministrativa per colpa grave promossa nei confronti dell'Assicurato 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'Assicurato 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 Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale l'impresa di assicurazione della Struttura pubblica manifesta all'Assicurato 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.

GARANZIA BASE II (Colpa Grave) – Dipendente privato o Specializzando che operi presso una Struttura sanitaria o sociosanitaria privata

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

A. Azione di rivalsa esperita dalla Struttura privata nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;

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

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

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

- la comunicazione con la quale la Struttura privata e/o l'impresa di assicurazione della stessa manifesta all'Assicurato 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 dalla Struttura privata e/o dalla sua impresa di assicurazione per Danni che abbiano già formato oggetto di risarcimento.

Le seguenti estensioni di Garanzia sono sempre valide ed operanti in relazione alla Garanzia Base acquistata e sono incluse nel Premio:

- Circostanze
- Attività Intramoenia anche allargata
- Emergenza Covid-19
- Ruolo apicale
- Perdite Patrimoniali - Medicina legale o Medicina del lavoro
- Perdite Patrimoniali – Privacy
- Pregressa attività da Dipendente Pubblico
- Pregressa attività da Specializzando
- Pregressa copertura con contratto AmTrust Assicurazioni MedicoUnder35
- Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà

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



Che cosa NON è assicurato?

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'Assicurato, fatta eccezione per le Garanzie Aggiuntive Opzionali "Dipendente Pubblico Plus", "Altre Perdite Patrimoniali", "Attività compatibili con la Scuola di specializzazione" e "Attività accessorie – Responsabilità Civile", qualora acquistate;

Rischi esclusi

- in relazione a qualsiasi prestazione esercitata privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico della Struttura di cui è Dipendente, fatta eccezione per le Garanzie Aggiuntive Opzionali “Altre Perdite Patrimoniali”, “Attività compatibili con la Scuola di specializzazione” e “Attività accessorie – Responsabilità Civile” qualora acquistate;
- per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza, fatta eccezione per quanto stabilito per le estensioni di Garanzia “Perdite Patrimoniali – Medicina legale o Medicina del lavoro” di cui all’Art. 1.8.5 e “Perdite Patrimoniali – Privacy” di cui all’Art. 1.8.6 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione “Cosa cosa è assicurato?”, pag. 9); nonché per le Garanzie Aggiuntive Opzionali “Ruolo apicale – Perdite Patrimoniali” e “Altre Perdite Patrimoniali”;
- originate o connesse con l’esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all’attività professionale sanitaria medica;
- 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’Assicurato;
- relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall’Assicurato 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’Assicurato dopo che lo stesso abbia cessato l’attività professionale, con conseguente cancellazione dall’Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l’Assicurato venga sospeso o radiato dall’Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;
- aventi ad oggetto la restituzione del compenso corrisposto all’Assicurato per la relativa prestazione professionale;
- derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- derivante 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’Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
- relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell’Assicurato oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- relative alle spese sostenute dall’Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi delle Condizioni di Assicurazione all’Art. 6.2 Patto di gestione della lite (Sezione “Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?”, pag. 18);
- relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall’Assicurato negli Stati Uniti d’America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
- fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall’Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall’Italia;
- per pregiudizi che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell’atomo oppure in occasione di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell’Attività Assicurata;
- conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell’aria, dell’acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all’esercizio dell’Attività Assicurata;
- relative 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 al Medico Specializzando

Sono escluse anche le Richieste di Risarcimento per qualsiasi attività svolta dall’Assicurato che non sia riconducibile alla regolare frequenza del tirocinio di specializzazione post-laurea presso un Ente Ospedaliero Universitario pubblico o privato, salvo quanto previsto dalla Garanzia Aggiuntiva Opzionale “Attività compatibili con la Scuola di specializzazione” qualora acquistata.

Inoltre, l’Assicurazione di cui alle Garanzie Base I e II nonché alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale “Attività compatibili con la Scuola di specializzazione”, qualora acquistata, non opera per le Richieste di Risarcimento derivanti dall’attività professionale svolta successivamente al conseguimento della specializzazione, oppure successivamente all’instaurazione di rapporto di lavoro presso Struttura come delineato dalla L. 145/2018, modificata dal D.L. 35/2019 convertito con L. 60/2019 (Decreto Calabria).

Ulteriori esclusioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive Opzionali “Ruolo apicale - Perdite Patrimoniali” e “Altre Perdite Patrimoniali”, qualora acquistate

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’Assicurato 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 alle Garanzie Aggiuntive Opzionali “Dipendente Pubblico Plus”, “Altre Perdite Patrimoniali”, “Attività compatibili con la Scuola di specializzazione” ed “Attività accessorie – Responsabilità Civile”, qualora acquistate

Sono escluse le Richieste di Risarcimento come definite in ciascuna Garanzia Aggiuntiva Opzionale:

- già pervenute all’Assicurato prima dell’attivazione della Garanzia Aggiuntiva Opzionale;
- conseguenti a Fatti Noti all’Assicurato prima della data di effetto della Polizza anche se mai denunciati ai precedenti assicuratori e in ogni caso prima dell’attivazione di ciascuna Garanzia Aggiuntiva Opzionale;

Si precisa che per **Fatti Noti** si intendono quei fatti, circostanze e situazioni in qualsiasi modo portati a conoscenza dell’Assicurato, 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’Assicurato venga portato a conoscenza di una Richiesta di Risarcimento;
- le comunicazioni notificate all’Assicurato 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’Assicurato, ai sensi dell’art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell’instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della Struttura stessa;
 - la comunicazione inviata all’Assicurato, ai sensi dell’art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell’avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.

- In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.
- La Polizza opera fino alla concorrenza del Massimale indicato nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di Polizza e dei Sottolimiti riepilogati nella seguente tabella:

Copertura	Sottolimito per Sinistro e per Periodo di Assicurazione
Perdite Patrimoniali – Privacy	€ 100.000
Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà	€ 1.000.000
Dipendente Pubblico Plus	€ 500.000
Pregressa attività da Dipendente Privato	€ 1.000.000
Ruolo apicale – Perdite Patrimoniali	€ 200.000
Altre Perdite Patrimoniali	€ 200.000
Attività compatibili con la Scuola di specializzazione	€ 1.000.000
Attività accessorie – Responsabilità Civile	€ 1.000.000



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. I profili di rischio assicurabili sono Dipendente Pubblico di Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica di diritto italiano, Dipendente Privato di Struttura sanitaria o sociosanitaria privata di diritto italiano, Medico Specializzando.

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 e/o privata 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 afferma che quest'ultimo soddisfa pienamente le direttive UE.



Quali costi devo sostenere?

Il Premio pagato dal Contraente 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.
Negoziante assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- L'arbitrato non è previsto. La Polizza non prevede il ricorso all' arbitrato , pertanto le parti sono legittimate a procedere giudizialmente fatti salvi gli ordinari mezzi di conciliazione previsti dall'ordinamento. In particolare, ogni controversia avente ad oggetto contratti assicurativi è assoggettata all'obbligo di mediazione, quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis del decreto legislativo del 4 marzo 2010, n. 28. - 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	<i>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.</i>
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<i>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.</i>

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

Gentile Cliente,

AmTrust **COLPAGRAVE EXTRA** è l'Assicurazione che protegge l'esercente la professione sanitaria medica, per la propria attività professionale indicata nella sezione Dati del Rischio della Scheda di Polizza, per l'azione di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga di cui alla Garanzie Base (colpa grave) nonché per le responsabilità contemplate dalle Garanzie Aggiuntive Opzionali qualora acquistate.

Le Condizioni di Assicurazione sono suddivise in:

Glossario	4
 Che cosa è assicurato?	7
 Che cosa non è assicurato?	14
 Ci sono limiti di copertura?	16
 Dove vale la copertura?	17
 Che obblighi ho? Quali obblighi ha la Società?	18
 Quando e come devo pagare?	21
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	22
 Come posso disdire la Polizza?	23
Norme di Legge utili per la comprensione della Polizza	24
Numeri e riferimenti utili	27

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

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

Il set informativo AmTrust **COLPAGRAVE EXTRA** ti sarà consegnato contestualmente all'acquisto della Polizza.

Ti ringraziamo per l'interesse dimostrato. Ti ricordiamo in ogni caso che la Società e i suoi *Intermediari* sono a tua completa disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento.

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario	4
Che cosa è assicurato?	7
Informazioni sull'Assicurazione	7
Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'Assicurazione	7
1.1 Oggetto	7
1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione	7
1.3 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale	7
1.4 Surrogazione	8
1.5 Responsabilità solidale	8
1.6 GARANZIA BASE I (Colpa Grave) Dipendente Pubblico	8
1.7 GARANZIA BASE II - (Colpa Grave) Dipendente Privato	8
1.8 Estensioni di Garanzia incluse nel Premio	9
1.8.1 Circostanze	9
1.8.2 Attività Intramoenia anche allargata	9
1.8.3 Emergenza Covid-19	9
1.8.4 Ruolo apicale	9
1.8.5 Perdite Patrimoniali - Medicina legale o Medicina del lavoro	9
1.8.6 Perdite Patrimoniali – Privacy	9
1.8.7 Pregressa attività da Dipendente Pubblico	9
1.8.8 Pregressa attività da Specializzando	9
1.8.9 Pregressa copertura con contratto AmTrust Assicurazioni MedicoUnder35	10
1.8.10 Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà	10
Articolo 2 Estensioni di Garanzia e Garanzie Aggiuntive Opzionali a pagamento	10
2.1 Garanzie aggiuntive opzionali a pagamento	10
A. Dipendente Pubblico Plus	10
B. Pregressa attività da Dipendente privato	11
C. Ruolo apicale – Perdite Patrimoniali	11
D. Altre Perdite Patrimoniali	11
E. Attività compatibili con la Scuola di specializzazione	12
F. Attività accessorie – Responsabilità Civile	13
2.2 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività	13
Che cosa non è assicurato?	14
Articolo 3 Esclusioni	14
3.1 Esclusioni applicabili a tutte le Garanzie	14
3.1.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione	14
3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione	14
3.1.3 Ulteriori esclusioni applicabili al Medico Specializzando	15
3.2 Ulteriori esclusioni applicabili a Garanzie Aggiuntive Opzionali	15
3.2.1 Ulteriori esclusioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive Opzionali "Ruolo apicale - Perdite Patrimoniali" e "Altre Perdite Patrimoniali"	15
3.2.2 Ulteriori esclusioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive Opzionali "Dipendente Pubblico Plus", "Altre Perdite Patrimoniali", "Attività compatibili con la Scuola di specializzazione" ed "Attività accessorie – Responsabilità Civile"	15
3.3 Esclusioni dal novero dei terzi	15
Ci sono limiti di copertura?	16
Articolo 4 Limiti di copertura	16
4.1 Limitazioni riferite a tutte le Garanzie	16
4.2 Sanzioni internazionali	16
4.3 Massimale e Sottolimiti	16
Dove vale la copertura?	17
Articolo 5 Estensione territoriale	17
Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?	18

Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?	18
Articolo 6 Sinistri	18
6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento	18
6.2 Patto di gestione della lite	18
6.3 Coesistenza di altre assicurazioni	19
6.4 Liquidazione del Sinistro	19
Articolo 7 Obblighi in capo alla Società, al Contraente o all'Assicurato	19
7.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	19
7.2 Altre assicurazioni	19
7.3 Aggravamento e diminuzione del rischio	19
7.4 Ulteriori variazioni contrattuali per il Medico Specializzando	19
7.5 Variazioni contrattuali a scadenza	20
7.6 Assicurazione per conto altrui	20
7.7 Ulteriori Variazioni – Albo e licenziamento	20
7.8 Foro competente	20
7.9 Comunicazioni	20
Quando e come devo pagare?	21
Articolo 8 Pagamento e rimborso del Premio	21
8.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa	21
8.2 Oneri fiscali	21
8.3 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo	21
8.4 Rimborso del Premio	21
Quando comincia la copertura e quando finisce?	22
Articolo 9 Effetto e durata della Polizza	22
Come posso disdire la Polizza?	23
Articolo 10 Casi di interruzione del contratto	23
10.1 Disdetta dell'Assicurazione	23
10.2 Recesso per Sinistro	23
10.3 Risoluzione per mancato pagamento del Premio	23
10.4 Diritto di ripensamento	23

Glossario

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

Arbitro Assicurativo	Il sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie, previsto dagli articoli 141, comma 7, del codice del consumo e 187.1 del codice delle assicurazioni, istituito presso l'IVASS e disciplinato dal Decreto n. 215/2024.
Assicurato	La persona fisica indicata in Scheda di Polizza che svolge l'attività professionale indicata nella stessa ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Attività Assicurata	L'attività professionale medica svolta dall'Assicurato secondo la Categoria di rischio, la qualifica e le garanzie operanti indicate nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di Polizza, erogata anche attraverso la telemedicina , così come disciplinata dalle vigenti leggi e regolamenti.
Attività Intramoenia	È considerata <i>intramoenia</i> l'attività libero professionale intramuraria svolta all'interno di Struttura 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).
Circostanza	La comunicazione con la quale la Struttura e/o l'impresa di assicurazione della stessa manifesta all'Assicurato 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'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e/o durante il Periodo di Ultrattività, anche se riferite ad eventi pregressi purché accaduti successivamente alla Data inizio Retroattività indicata nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di Polizza.
Contraente	Il soggetto indicato nella Scheda di Polizza che stipula il contratto e si obbliga al pagamento del Premio, anche se diverso dall'Assicurato.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Danni	Le conseguenze pregiudizievoli del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'assicurazione, 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	Le ore 24.00 della data indicata nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di 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 nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di Polizza 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 Privato	Il medico che svolge la propria attività professionale all'interno o per conto della Struttura privata, con cui intrattiene un rapporto di lavoro dipendente e subordinato. È assimilato al Medico Dipendente Privato il medico, non alle dirette dipendenze della Struttura privata, 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 privata, in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto con il paziente.
Medico Dipendente Pubblico	Il medico che svolge la propria attività professionale 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 o privato, 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 nella Scheda di Polizza nonché, in caso di rinnovo, ciascun periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
Periodo di Ultrattività	Il periodo di tempo, pari a 10 (dieci) anni, successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in cui si verifica la cessazione per qualsiasi causa dell'Attività Assicurata, oppure della copertura assicurativa della Polizza.
Polizza	I documenti contrattuali che disciplinano i rapporti tra Società, Contraente e Assicurato.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società per la copertura assicurativa prestata dalla Società.
Scheda di Polizza	È il documento che prova il contratto di assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, i Dati del Rischio assicurato e il Premio imponibile con le relative imposte governative.
Serie di Sinistri	La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, che rappresentano nella formula Claims Made altrettanti Sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso). La data e il Periodo di Assicurazione del primo Sinistro sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.
Sinistro	Una o più Richieste di Risarcimento (come definite in ciascuna garanzia o garanzia aggiuntiva opzionale) conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività.
Società	AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.
Sottolimito	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, sia pubblica che privata, 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. A tal fine:

- 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.
- per **Struttura privata** si intende qualsiasi soggetto, ente od impresa privata diversa dalla Pubblica Amministrazione, che esercita attività sanitaria e sociosanitaria.

Variazione del rischio

Qualunque mutamento del rischio (es: conseguimento della specializzazione, variazione del regime lavorativo) 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 del Contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Che cosa sono i box di consultazione?

I box di consultazione sono degli appositi spazi facilmente individuabili all'interno delle Condizioni di Assicurazione che hanno l'obiettivo di fornire risposte in caso di dubbi o indicazioni da seguire in caso di necessità o punti su cui porre particolare attenzione.

Queste precisazioni non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una esemplificazione. Per questo, è bene quindi porre, sempre, la dovuta attenzione alle condizioni cui si riferiscono.



Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente *Assicurazione*, prestata nella forma **Claims Made**, è rivolta all'esercente la **professione sanitaria medica** per la propria attività professionale indicata nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di *Polizza* e per la quale ha inteso assicurarsi.

L'*Assicurazione* tiene indenne l'*Assicurato*, 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* o *Specializzando* 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 dalle Garanzie Aggiuntive Opzionali di cui agli Artt. 2.1, lettere A, D, E, F qualora attivate**.

L'*Assicurazione* è valida a condizione che l'*Attività Assicurata* sia svolta in conformità alle leggi che la regolano e sempreché l'*Assicurato* 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'*Assicurato* 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, forma ed efficacia dell'Assicurazione

1.1 Oggetto

La *Società* tiene indenne l'*Assicurato*, **fino alla concorrenza del Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione indicati** nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di *Polizza* 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 alle **Garanzie Base (colpa grave)** nonché per le responsabilità contemplate dalle **Garanzie Aggiuntive Opzionali qualora acquistate**.

Si intendono operanti le Garanzie Base e le Garanzie Aggiuntive Opzionali che risultano selezionate nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di *Polizza*. L'*Assicurato* può richiedere l'attivazione di una o più tra le Garanzie Base e le Garanzie Aggiuntive Opzionali, determinare il **Massimale** e la retroattività nonché attivare il **Periodo di Ultrattività**.

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

1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione

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

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

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. 1.2, se durante il **Periodo di Assicurazione** l'attività professionale dell'*Assicurato* viene a cessare definitivamente per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari), le *Richieste di Risarcimento* (come rispettivamente definite in ciascuna Garanzia o Garanzia aggiuntiva opzionale) conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla **Data inizio 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'*Assicurato* (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla *Società* della sopravvenuta cessazione dell'attività professionale ed è tenuto a corrispondere il **Premio** aggiuntivo dovuto a fronte di tale evenienza come specificato all'Art. 8.3.

La massima esposizione della Società per l'intero Periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), è pari al Massimale assicurato al momento della cessazione.

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

1.4 Surrogazione

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

1.5 Responsabilità solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato 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.

1.6 GARANZIA BASE I (Colpa Grave) Dipendente Pubblico

Dipendente Pubblico o Specializzando che operi presso una Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica

La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Assicurato per l'esercizio dell'Attività Assicurata svolta dal *Medico Dipendente Pubblico* o *Specializzando*, 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'Assicurato 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 Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale la *Struttura* pubblica, manifesta all'Assicurato 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'Assicurato dalla *Struttura* pubblica di aver inoltrato informazione alla Corte dei conti in ordine ad eventuali *Danni* erariali;
- l'invito a dedurre rivolto all'Assicurato dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti;
- l'azione di responsabilità amministrativa per colpa grave promossa nei confronti dell'Assicurato 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 e/o dal CCNL

La Garanzia è operante per i soli *Danni* per i quali l'Assicurato 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 Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale l'impresa di assicurazione della *Struttura* pubblica manifesta all'Assicurato 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.

1.7 GARANZIA BASE II - (Colpa Grave) Dipendente Privato

Dipendente Privato o Specializzando che operi presso una Struttura sanitaria o sociosanitaria privata

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

A. Azione di rivalsa esperita dalla Struttura privata nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;

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

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

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

- la comunicazione con la quale la *Struttura* privata e/o l'impresa di assicurazione della stessa manifesta all'Assicurato 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 dalla *Struttura* privata e/o dalla sua impresa di assicurazione per *Danni* che abbiano già formato oggetto di risarcimento.

1.8 Estensioni di Garanzia incluse nel Premio

(sempre valide ed operanti)

1.8.1 Circostanze

L'Assicurato ha facoltà di denunciare cautelativamente *Circostanze* da cui possano derivare *Danni e Perdite Patrimoniali* secondo quanto previsto dalle Garanzie operanti, 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 definite in ciascuna Garanzia.

1.8.2 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*.

Tale estensione è operante esclusivamente in relazione alla Garanzia Base I e/o II acquistata.

1.8.3 Emergenza Covid-19

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa ai danni derivanti dall'attività prestata dall'Assicurato per conto di *Strutture* pubbliche e/o private 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.

A tal fine, per l'Attività svolta presso Struttura pubblica si intende richiamata e operante la Garanzia Base I (Colpa Grave), mentre per l'attività svolta presso Struttura privata si intende richiamata e operante la Garanzia Base II (Colpa Grave).

1.8.4 Ruolo apicale

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla responsabilità derivante all'Assicurato 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'Assicurato, nella qualità di cui sopra, sia tenuto a rispondere per legge.

Tale estensione è operante esclusivamente in relazione alla Garanzia Base I e/o II acquistata.

Resta fermo quanto previsto dall'esclusione di cui al punto 3 dell'Art. 3.1.2.

1.8.5 Perdite Patrimoniali - Medicina legale o Medicina del lavoro

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

Tale estensione è operante esclusivamente in relazione alla Garanzia Base I e/o II acquistata.

1.8.6 Perdite Patrimoniali – Privacy

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla Responsabilità derivante all'Assicurato 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'Assicurato, o di un terzo;
- inadempimento colposo da parte dell'Assicurato di quella parte della normativa Privacy che esplicitamente:
 - i. proibisce o limita la diffusione, la divulgazione e la vendita da parte dell'Assicurato di dati personali;
 - ii. richiede all'Assicurato, 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 I e/o II acquistata ed è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito di Euro 100.000,00 (centomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

1.8.7 Pregressa attività da Dipendente Pubblico

Limitatamente al medico Assicurato per la Categoria di rischio Dirigente medico con la qualifica *Dipendente Privato* (Garanzia Base II), l'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla responsabilità derivante all'Assicurato dall'attività cessata in qualità di *Medico Dipendente Pubblico*: **a tal fine, per l'Attività cessata svolta presso Struttura pubblica si intende richiamata e operante la Garanzia Base I (Colpa Grave).**

1.8.8 Pregressa attività da Specializzando

Limitatamente al medico Assicurato per la Categoria di rischio Dirigente medico, l'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla responsabilità derivante all'Assicurato dall'attività cessata in qualità di *Medico Specializzando*: **a tal fine, per l'Attività cessata svolta presso Struttura pubblica si intende richiamata e operante la Garanzia Base I (Colpa Grave), mentre per l'Attività cessata svolta presso Struttura privata si intende richiamata e operante la Garanzia Base II (Colpa Grave).**

Qualora il medico **Assicurato** per la **Categoria di rischio Dirigente medico** fosse in precedenza già **Assicurato** con la presente **Polizza** per la **Categoria di rischio Specializzando** e per la **Garanzia Aggiuntiva Opzionale** di cui all'Art. 2.1, lettera E, l'**Assicurazione** si intende estesa altresì alla responsabilità derivante all'**Assicurato** dall'attività cessata alle condizioni previste da tale **Garanzia Aggiuntiva Opzionale**. La medesima estensione è prevista in favore del **medico Assicurato per la Categoria di Rischio Dirigente Medico** che sottoscriva la presente **Polizza** senza soluzione di continuità alla scadenza o in sostituzione di contratto **AmTrust Medici** operante per il profilo "**Medico Specializzando** (Garanzia II e III) - assicurazione di colpa grave" e per la **garanzia aggiuntiva opzionale "Attività libero professionale per il Medico Specializzando"**.

1.8.9 Pregressa copertura con contratto AmTrust Assicurazioni MedicoUnder35

Limitatamente al medico Assicurato per la Categoria di Rischio Dirigente Medico che sottoscriva la presente **Polizza** senza soluzione di continuità alla scadenza o in sostituzione di contratto **AmTrust MedicoUnder35**, l'**Assicurazione** si intende estesa alla responsabilità derivante all'**Assicurato** per l'attività professionale svolta prima della sottoscrizione della presente **Polizza** alle condizioni previste dal contratto scaduto o sostituito fatta eccezione per il massimale e la retroattività per i quali si intendono operanti il **Massimale** e la **Data inizio Retroattività** indicati nella sezione **Dati del Rischio** presente nei documenti della presente **Polizza**.

1.8.10 Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà

L'**Assicurazione** si intende estesa alla **Responsabilità Civile** dell'**Assicurato** 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 **Sottolimito** di Euro 1.000.000,00 (un milione) per **Sinistro** e per **Periodo di Assicurazione**.

Articolo 2 Estensioni di Garanzia e Garanzie Aggiuntive Opzionali a pagamento

2.1 Garanzie aggiuntive opzionali a pagamento

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

A. Dipendente Pubblico Plus

(acquistabile solo in combinazione con la Garanzia Base I)

La presente **Garanzia Aggiuntiva Opzionale** può essere acquistata **esclusivamente dal medico Assicurato per la Categoria di Rischio Dirigente Medico** ed è rivolta a tutelare l'**Assicurato** per l'esercizio dell'**Attività Assicurata** svolta esclusivamente come **Dipendente** di **Struttura pubblica**.

La presente **Garanzia Aggiuntiva Opzionale** è **prestata fino alla concorrenza del Sottolimito pari ad Euro 500.000,00 (cinquecentomila) 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'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile unicamente nei casi di:

- Azione civile di rivalsa per colpa grave anticipata esperita giudizialmente nei confronti dell'**Assicurato** dalla **Struttura pubblica** nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- Azione civile di rivalsa e/o surrogazione per colpa grave anticipata esperita nei confronti dell'**Assicurato** 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'**Assicurato** 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'**Assicurato** 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 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'**Assicurato** 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'Assicurato e la Struttura pubblica** e/o la sua impresa di assicurazione.

La Garanzia è operante per i soli **Danni** per i quali l'Assicurato 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'Assicurato.

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'Assicurato (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'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali *Danni*;
- la citazione civile o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.;
- la ricezione da parte dell'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato e la *Struttura* pubblica quale responsabile civile nel relativo processo penale, sia nel caso in cui investa esclusivamente l'Assicurato 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'Assicurato.

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'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per *Danni* cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali *Danni*;
- la notifica all'Assicurato 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.

B. Pregressa attività da Dipendente privato

(acquistabile solo in combinazione con la Garanzia Base I)

L'Assicurazione di colpa grave si estende alla responsabilità derivante all'Assicurato dall'attività cessata in qualità di *Dipendente Privato* svolta presso una *Struttura* privata: **a tal fine, per l'Attività cessata svolta presso Struttura privata si intende richiamata e operante la Garanzia Base II (Colpa Grave).**

La presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale può essere acquistata esclusivamente dal medico Assicurato per la Categoria di Rischio Dirigente Medico ed è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito pari ad Euro 1.000.000,00 (un milione) per *Sinistro* e per *Periodo di Assicurazione*.

C. Ruolo apicale – Perdite Patrimoniali

(acquistabile in combinazione con la Garanzia Base I e/o II)

L'Assicurazione di colpa grave si estende alla Responsabilità derivante all'Assicurato 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 **Perdite Patrimoniali** cagionate a terzi.

L'Assicurazione di colpa grave comprende inoltre le *Perdite Patrimoniali*:

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

La presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale, acquistabile esclusivamente dal medico Assicurato per la Categoria di Rischio Dirigente Medico, è operante esclusivamente in relazione alla garanzia Base I e/o II acquistata ed è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito di Euro 200.000,00 (duecentomila) per *Sinistro* e per *Periodo di Assicurazione*.

D. Altre Perdite Patrimoniali

(acquistabile in combinazione con la Garanzia Base I e/o II)

L'Assicurazione di colpa grave, di cui alle Garanzie Base I e/o II, si estende alla Responsabilità derivante all'Assicurato in conseguenza di **Perdite Patrimoniali** cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi conseguenti:

- ad incarichi di perito nominato dall'Autorità giudiziaria (CTU) o da privati e assicurazioni (CTP);

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

Inoltre, la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale **civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali** causati a terzi esclusivamente nello svolgimento delle prestazioni sopra elencate nel caso di:

- a. Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione;
- b. Azione di rivalsa esperita dalla *Struttura* nonché di Surrogazione della sua impresa di assicurazione nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- c. Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

Ai fini della presente copertura, la Garanzia è operante inoltre per le seguenti Richieste di Risarcimento:

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

La presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale può essere acquistata esclusivamente dal medico Assicurato per la Categoria di Rischio Dirigente Medico ed è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito di Euro 200.000,00 (duecentomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

E. Attività compatibili con la Scuola di specializzazione

(acquistabile solo in combinazione con la Categoria di rischio Specializzando)

L'Assicurazione di colpa grave, di cui alle Garanzie Base I e/o II, si estende alla Responsabilità derivante all'Assicurato esclusivamente per le seguenti prestazioni, purché svolte in conformità alla normativa vigente e compatibilmente con la formazione ai sensi del D.Lgs. 368/1999 e s.m.i.:

- Sostituzione a tempo determinato del Medico di Medicina Generale;
- Servizio di Continuità Assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);
- Collaborazione agli enti e alle associazioni che, senza scopo di lucro, svolgono attività di raccolta di sangue ed emocomponenti.
- Sostituzione a tempo determinato del Pediatra di Libera Scelta;
- Servizio di Continuità Assistenziale stagionale per turisti (ex Guardia Medica Turistica);

Inoltre, la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è rivolta a tutelare il *Medico Specializzando* tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale **civilmente responsabile in conseguenza di Danni** causati a terzi esclusivamente nello svolgimento delle prestazioni sopra citate nel caso di:

- a. Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione;
- b. Azione di rivalsa esperita dalla *Struttura* nonché di surrogazione della sua impresa di assicurazione nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- c. Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

Ai fini della presente copertura, la Garanzia è inoltre operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato (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'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali *Danni*;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.;
- la notifica all'Assicurato della costituzione di parte civile in un procedimento penale;
- la ricezione da parte dell'Assicurato di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010;
- la comunicazione con la quale la *Struttura* Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o l'impresa di assicurazione della stessa, si riva nei confronti dell'Assicurato per *Danni* cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato.

La presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito di Euro 1.000.000,00 (un milione) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

F. Attività accessorie – Responsabilità Civile

(acquistabile in combinazione con la Garanzia Base I e/o II)

La presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è rivolta a tutelare l'Assicurato, Medico Dipendente Pubblico e/o Privato titolare di rapporto di lavoro non esclusivo con la **Struttura**, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale **civilmente responsabile** in conseguenza di **Danni** causati a terzi esclusivamente nello svolgimento delle prestazioni sotto elencate, oppure di prestazioni accessorie, implicite alla professione sanitaria medica, erogate in forma occasionale e non continuativa senza finalità di lucro e/o di natura estetica, limitatamente a patologie croniche (non acute):

- Agopuntura;
- Sostituzione del Medico di Medicina Generale;
- Consulenza nutrizionale con programmi dietetici personalizzati;
- Servizio di Continuità Assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);
- Attività di docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;
- Prelievi ematici;
- Attività di consulenza presso enti pubblici e privati (es. case di cura private, istituti termali, centri benessere);
- Colloqui psicoterapeutici.
- Certificati medici sportivi non agonistici;
- Sostituzione del Pediatra di Libera Scelta;
- Medico accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;
- Servizio di Continuità Assistenziale stagionale per turisti (ex Guardia Medica Turistica);
- Assistenza medica svolta all'interno di eventi sportivi e manifestazioni;
- Somministrazione di vaccini;
- Esame ecografico (escluse ecografie in ambito ostetrico/ginecologico);

La Garanzia opera nel caso di:

- a. Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione;
- b. Azione di rivalsa esperita dalla **Struttura** nonché di surrogazione della sua impresa di assicurazione nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- c. Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

Ai fini della presente copertura, la Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per **Danni** cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali **Danni**;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.;
- la notifica all'Assicurato della costituzione di parte civile in un procedimento penale;
- la ricezione da parte dell'Assicurato di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010;
- la comunicazione con la quale la **Struttura** sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o l'impresa di assicurazione della stessa, si rivale nei confronti dell'Assicurato per **Danni** cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato.

La presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale può essere acquistata esclusivamente dal medico Assicurato per la Categoria di Rischio Dirigente Medico ed è prestata fino alla concorrenza del **Sottolimito** di Euro 1.000.000,00 (un milione) per **Sinistro** e per **Periodo di Assicurazione**.

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

(Il Contraente ha facoltà di richiedere attivazione della presente estensione di ultrattività al termine di ciascun Periodo di Assicurazione a fronte del pagamento del relativo Premio Aggiuntivo).

Entro il 30°(trentesimo) giorno successivo alla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione** è facoltà del **Contraente** richiedere l'attivazione dell'estensione di ultrattività in caso di cessazione o sostituzione della presente **Polizza** ancorché l'Assicurato continui ad esercitare l'attività professionale.

In caso di accoglimento della richiesta da parte della **Società**, il **Contraente** dovrà versare il **Premio** aggiuntivo come specificato all'Art. 8.3 per l'attivazione del **Periodo di Ultrattività**. In questo caso le **Richieste di Risarcimento** conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla **Data inizio Retroattività** e fino alla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione** in corso, restano coperte alle condizioni in vigore al momento della cessazione o sostituzione 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'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), è pari al Massimale assicurato al momento della cessazione o sostituzione.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a copertura della medesima responsabilità e dei medesimi **Danni** o **Perdite Patrimoniali**, la presente estensione di ultrattività opererà **a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti e per l'importo di danno eccedente il massimale delle stesse, fermi in ogni caso il Massimale assicurato (e i Sottolimiti di Garanzia ove previsti).**



Che cosa non è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

3.1 Esclusioni applicabili a tutte le Garanzie

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

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

- *Richieste di Risarcimento* già pervenute all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) prima dell'inizio della decorrenza della presente *Polizza*;
- *Richieste di Risarcimento* che pervengano all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in data successiva a quella di scadenza del *Periodo di Assicurazione* o del *Periodo di Ultrattività* (in seguito all'attivazione dell'estensione di Ultrattività), 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'Assicurato nel corso del *Periodo di Assicurazione* e da lui denunciate alla Società oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- *Richieste di Risarcimento* relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della *Data inizio Retroattività* indicata nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di *Polizza* (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'Assicurato
 - azioni giudiziarie civili già promosse contro l'Assicurato
 - Circostanze note all'Assicurato

antecedentemente alla decorrenza della presente *Polizza*, oppure antecedentemente alla decorrenza di eventuali precedenti contratti stipulati con la Società o con altre società del gruppo AmTrust purché senza soluzione di continuità con la presente *Polizza*, anche se mai denunciati a precedenti assicuratori.

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'Assicurato, fatta eccezione per le **Garanzie Aggiuntive Opzionali di cui all'Art. 2.1, lettere A, D, E e F, qualora acquistate**;
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'Assicurato è Dipendente, fatta eccezione per le **Garanzie Aggiuntive Opzionali di cui all'Art. 2.1, lettere D, E e F qualora acquistate**;
3. per *Perdite Patrimoniali*, così come definite in *Polizza*, fatta eccezione per quanto stabilito agli **Artt. 1.8.5 e 1.8.6 nonché all'Art. 2.1, lettere C e D**;
4. originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria medica;
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'Assicurato;
7. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato 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'Assicurato dopo che lo stesso abbia cessato l'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;
10. basate sulla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di Medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
11. aventi ad oggetto la restituzione del compenso corrisposto all'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
16. relative alle spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi dell'Art. 6.2;
17. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
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'esercizio dell'Attività Assicurata;
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 Ulteriori esclusioni applicabili al Medico Specializzando

Sono escluse dall'Assicurazione le *Richieste di Risarcimento* conseguenti a qualsiasi attività svolta dall'Assicurato che non sia riconducibile alla regolare frequenza del corso di specializzazione post-laurea presso un Ente Ospedaliero Universitario pubblico o privato, **salvo quanto previsto dalla Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.1, lettera E qualora acquistata.**

Inoltre, l'Assicurazione di cui alle Garanzie Base I e II nonché alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.5 non opera per le *Richieste di Risarcimento* derivanti dall'attività professionale svolta successivamente al conseguimento della specializzazione, oppure successivamente all'instaurazione di 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.

3.2 Ulteriori esclusioni applicabili a Garanzie Aggiuntive Opzionali

3.2.1 Ulteriori esclusioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive Opzionali "Ruolo apicale - Perdite Patrimoniali" e "Altre Perdite Patrimoniali"

Relativamente alle Garanzie Aggiuntive Opzionali di cui all'Art. 2.1, lettere C e D 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'Assicurato 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.

3.2.2 Ulteriori esclusioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive Opzionali "Dipendente Pubblico Plus", "Altre Perdite Patrimoniali", "Attività compatibili con la Scuola di specializzazione" ed "Attività accessorie – Responsabilità Civile"

Relativamente alle Garanzie Aggiuntive Opzionali di cui all'Art. 2.1, lettere A, D, E e F sono escluse le *Richieste di Risarcimento* come definite in ciascuna Garanzia Aggiuntiva Opzionale:

- già pervenute all'Assicurato prima dell'attivazione della Garanzia Aggiuntiva Opzionale;
- conseguenti a *Fatti Noti* all'Assicurato prima della data di decorrenza della *Polizza* - anche se mai denunciati a precedenti assicuratori - e in ogni caso prima dell'attivazione di ciascuna Garanzia Aggiuntiva Opzionale.

Per **Fatti Noti** si intendono quei fatti e situazioni, in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Assicurato, 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'Assicurato venga portato a conoscenza di una *Richiesta di Risarcimento*;
- le comunicazioni notificate all'Assicurato dalla *Struttura* ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.

3.3 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'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive anche se non presente nello stato di famiglia. L'Assicurazione è pertanto inefficace a fronte di *Richieste di Risarcimento* conseguenti a *Danni e Perdite Patrimoniali* sofferti da soggetti non considerati terzi.



Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Limitazioni riferite a tutte le Garanzie

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

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

4.2 Sanzioni internazionali

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

4.3 Massimale e Sottolimiti

La **Polizza** opera fino alla concorrenza del **Massimale** indicato nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di **Polizza** e dei **Sottolimiti** riepilogati nella seguente tabella:

Copertura	Sottolimiti per Sinistro e per Periodo di Assicurazione
Perdite Patrimoniali – Privacy	€ 100.000
Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà	€ 1.000.000
Dipendente Pubblico Plus	€ 500.000
Pregressa attività da Dipendente P	€ 1.000.000
Ruolo apicale – Perdite Patrimoniali	€ 200.000
Altre Perdite Patrimoniali	€ 200.000
Attività compatibili con la Scuola di specializzazione	€ 1.000.000
Attività accessorie – Responsabilità Civile	€ 1.000.000



Dove vale la copertura?

Articolo 5 Estensione territoriale

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

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



Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?

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

Articolo 6 *Sinistri*

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

a. *Richiesta di Risarcimento*

L'Assicurato, 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'Assicurato 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'Assicurato 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, lettera A qualora attivata, l'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato denunciare *Circostanze* di cui ha avuto conoscenza nel corso del *Periodo di Assicurazione*, ai sensi dell'Art. 1.8.1, entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla scadenza di tale *Periodo di Assicurazione*. 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'Assicurato 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, l'eventuale coinvolgimento di altri sanitari coinvolti, il nome e la residenza dei danneggiati e ogni altra notizia utile per la Società, incluso quanto previsto dall'Art. 6.3 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'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la Società si riserva il diritto di negare l'Indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.

6.2 *Patto di gestione della lite*

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze in nome e per conto dell'Assicurato in sede stragiudiziale, giudiziale, amministrativa, designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'Assicurato sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale riportato nella sezione Dati del Rischio presente nei documenti di Polizza o dei Sottolimiti indicati all'Art. 4.3. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale, le spese giudiziali si ripartiscono tra la Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse ai sensi dell'art. 1917 Codice civile.

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti la gestione della lite, la Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'Assicurato.

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

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

6.3 Coesistenza di altre assicurazioni

L'Assicurato, in caso di *Sinistro*, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio ed è tenuto a denunciare il *Sinistro* a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 e 1913 del Codice civile.

6.4 Liquidazione del *Sinistro*

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

Altri obblighi derivanti dal contratto

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

7.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese del *Contraente* e riportate nella *Scheda di Polizza* formano la base della presente *Polizza* e rilevano ai fini della decisione della Società di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del *Premio*.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente*, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

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

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

7.2 Altre assicurazioni

L'Assicurato o il *Contraente* 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'Assicurato 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. 6.3.

7.3 Aggravamento e diminuzione del rischio

Il *Contraente* o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni *Variazione del rischio* tramite l'*Intermediario* incaricato entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di variazione. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

In caso di **diminuzione del rischio** durante il *Periodo di Assicurazione* non dovuta a cessazione definitiva dell'attività professionale, le *Richieste di Risarcimento* derivanti dall'*Attività Assicurata* cessata continuano ad essere garantite alle condizioni in vigore, fino alla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* in corso; **in tal caso, al Contraente non sarà dovuto alcun rimborso del Premio**. Qualora durante il *Periodo di Assicurazione* si verifichi un **aggravamento del rischio** nell'ambito delle Categorie assicurabili con la presente *Polizza*, la copertura assicurativa proseguirà fino alla scadenza del *Periodo di Assicurazione* anche in relazione alle *Richieste di Risarcimento* relative alla nuova Categoria di rischio. In entrambi i casi, il *Premio* dovuto sarà rideterminato sulla base della *Variazione di rischio* comunicata dal *Contraente* a decorrere dalla successiva scadenza.

Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale 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.

7.4 Ulteriori variazioni contrattuali per il Medico Specializzando

Costituisce *Variazione del rischio* per il *Medico Specializzando*, che non sarà quindi più ritenuto tale ai sensi di *Polizza*:

- conseguimento della specializzazione;
- instaurazione di rapporto di lavoro, nel corso del penultimo o dell'ultimo anno della scuola di specializzazione, presso *Struttura Sanitaria* ai sensi del D.l. 35/2019 convertito con L. 60/2019 o D.l. 18/2020 convertito con L. 27/2020 e s.m.i.

Al verificarsi di uno degli eventi di cui sopra, che devono essere comunicati per iscritto alla Società, è facoltà del *Contraente* richiedere copertura per la nuova attività e la Società si riserva di offrire una soluzione assicurativa proponendo nuove

condizioni. Nel caso in cui il *Contraente* e/o l'*Assicurato* non accetti le nuove condizioni, l'*Assicurazione* resta efficace sino al termine del *Periodo di Assicurazione* in corso limitatamente alle *Richieste di Risarcimento* derivanti dall'Attività già svolta dall'*Assicurato* in qualità di *Medico Specializzando*, restando pertanto escluse le *Richieste di Risarcimento* derivanti da prestazioni erogate dall'*Assicurato* successivamente al conseguimento della specializzazione.

7.5 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*.

7.6 Assicurazione per conto altrui

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

7.7 Ulteriori Variazioni – Albo e licenziamento

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

La comunicazione scritta di tali eventi alla *Società* comporta la cessazione del contratto alla successiva scadenza annuale, senza possibilità di rinnovo.

7.8 Foro competente

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

7.9 Comunicazioni

a) Comunicazioni alla Società

Ogni comunicazione inerente all'*Assicurazione* deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle parti.

I riferimenti della *Società* sono i seguenti:

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

b) Forma delle comunicazioni in caso di Vendita a Distanza

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

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



Quando e come devo pagare?

Articolo 8 Pagamento e rimborso del Premio

8.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa

Il Premio è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale.

Se il Contraente non paga la prima rata di Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento.

Se alle successive scadenze convenute il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° (quindicesimo) giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste. Resta salva la facoltà della Società di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato al successivo Art. 10.3.

I Premi devono essere pagati alla Società oppure all'Intermediario incaricato.

Le modalità di pagamento dei Premi sono le seguenti:

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

Quando deve essere pagato il Premio?

Il pagamento del Premio, sia per intero o in parte in caso di rateizzazione, è condizione necessaria affinché l'Assicurazione sia valida cioè copra i Sinistri denunciati dall'Assicurato. In caso di mancato pagamento, il contratto sottoscritto non è operante.

Pertanto, quando stipuli il contratto per la prima volta, il pagamento deve avvenire al momento della sottoscrizione se vuoi che la Polizza sia efficace da quel momento.

Per le successive scadenze potrai pagare il Premio entro i 15 giorni successivi alla scadenza.

8.2 Oneri fiscali

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

8.3 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo

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

- per i contratti in vigore a condizioni invariate da almeno 1 annualità completa, 500% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore a condizioni invariate da almeno 2 annualità complete, 300% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;

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'Assicurato verificatosi durante la vigenza della copertura, a vantaggio degli eredi che ne facciano richiesta entro 180 (centottanta) giorni dalla scadenza del Periodo di Assicurazione.

Qualora l'Assicurato 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.

8.4 Rimborso del Premio

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 9 Effetto e durata della *Polizza*

Il primo *Periodo di Assicurazione* ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella *Scheda di Polizza*, se il *Premio* o la prima rata di *Premio* sono stati versati, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

In caso di mancato pagamento delle rate successive di *Premio*, l'*Assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° (quindicesimo) giorno successivo a quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 10.3.

Il contratto ha la durata prevista dalla *Scheda di Polizza* e, in mancanza di disdetta, si rinnova tacitamente ogni volta per un anno, salvo quanto previsto dall'Art. 7.7 e dall'Art. 7.5.



Come posso disdire la *Polizza*?

Articolo 10 Casi di interruzione del contratto

10.1 Disdetta dell'Assicurazione

Le parti possono recedere dall'Assicurazione mediante l'invio di lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza.

In tal caso l'Assicurazione cesserà di avere effetto dalla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* in corso, ai sensi dell'Art. 9.

10.2 Recesso per *Sinistro*

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

Come previsto dall'Art. 8.4 in caso di recesso, al *Contraente* è dovuto il rimborso della parte di *Premio* imponible relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

10.3 Risoluzione per mancato pagamento del *Premio*

In caso di mancato pagamento del *Premio* nei termini previsti dal precedente Art. 8.1, la *Società* ha facoltà di agire ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile. **Resta inteso che, in caso di risoluzione del contratto per mancato pagamento del *Premio*, anche i *Sinistri* denunciati nei 15 (quindici) giorni successivi alla scadenza della rata di *Premio* non sono in garanzia.**

10.4 Diritto di ripensamento

In caso di *Vendita a Distanza*, l'*Assicurato* ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento. Tale termine decorre dal giorno di pagamento del *Premio*. In tal caso il contratto di assicurazione sarà annullato dall'origine ed al *Contraente* verrà rimborsato il *Premio* pagato, senza trattenuta alcuna. Resta inteso che in caso di esercizio del diritto di ripensamento, tutti gli eventuali *Sinistri* non saranno indennizzati.

La volontà di recedere dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti), inviata all'*Intermediario* incaricato o alla *Società*.

NORME DI LEGGE UTILI PER LA COMPrensIONE DELLA POLIZZA

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

CODICE CIVILE

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1891 Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

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

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

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

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

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

Art. 1897 Diminuzione del rischio

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

La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il Recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il Sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

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

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'Assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 1917 Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Art. 2055 Responsabilità solidale

Se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno.

Colui che ha risarcito il danno ha regresso contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità delle conseguenze che ne sono derivate.

Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali.

CODICE DI PROCEDURA CIVILE**Art. 696 Accertamento tecnico e ispezione giudiziale**

Chi ha urgenza di far verificare, prima del giudizio, lo stato di luoghi o la qualità o la condizione di cose, può chiedere, a norma degli articoli 692 e seguenti, che sia disposto un accertamento tecnico o un'ispezione giudiziale. L'accertamento tecnico di cui al primo comma può comprendere anche valutazioni in ordine alle cause e ai danni relativi all'oggetto della verifica.

Il presidente del tribunale, o il giudice di pace provvede nelle forme stabilite negli articoli 694 e 695, in quanto applicabili, nomina il consulente tecnico e fissa la data dell'inizio delle operazioni.

Art. 696 bis Consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite

L'espletamento di una consulenza tecnica, in via preventiva, può essere richiesto anche al di fuori delle condizioni di cui al primo comma dell'articolo 696, ai fini dell'accertamento e della relativa determinazione dei crediti derivanti dalla mancata inesatta esecuzione di obbligazioni contrattuali o da fatto illecito. Il giudice procede a norma del terzo comma del medesimo articolo 696. Il consulente, prima di provvedere al deposito della relazione, tenta, ove possibile, la conciliazione delle parti. Se le parti si sono conciliate, si forma processo verbale della conciliazione.

Il giudice attribuisce con decreto efficacia di titolo esecutivo al processo verbale, ai fini dell'espropriazione e dell'esecuzione in forma specifica e per l'iscrizione di ipoteca giudiziale. Il processo verbale è esente dall'imposta di registro. Se la conciliazione non riesce, ciascuna parte può chiedere che la relazione depositata dal consulente sia acquisita agli atti del successivo giudizio di merito. Si applicano gli articoli da 191 a 197, in quanto compatibili.

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

Art. 9, comma 5 e 6

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

In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2.

Art. 10, comma 1 e 2 Obbligo di assicurazione

Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.

Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Art. 13 Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità

Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, (entro quarantacinque giorni) dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione (entro quarantacinque giorni) comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte.

L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

NUMERI E RIFERIMENTI UTILI

I riferimenti della Società sono i seguenti:

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

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

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



AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518

Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 • Numero REA MI-2562338

Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Gentile Cliente,

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

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



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

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



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

info-privacy@amtrustgroup.com.

2. Finalità del trattamento dei dati e base giuridica

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

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

I dati forniti potranno essere utilizzati confrontandoli ed arricchendoli mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili, quali i sistemi di informazioni creditizie, utili per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad agevolazioni e vantaggi, quali la rateizzazione del premio. A tali fini, non è richiesto il Suo consenso per il trattamento dei Suoi dati di natura comune strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della Compagnia e di terzi a cui tali dati saranno comunicati.

Inoltre, i dati di recapito da Lei forniti potranno essere utilizzati per inviareLe 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