

AmTrust

FARMACISTA PROTETTO

Linea Professione Protetta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale del Farmacista



**Il prodotto è stato redatto secondo
le linee guida ANIA “Contratti Semplici e Chiari”
Edizione Settembre 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 Civile Professionale dei Farmacisti

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: "AmTrust FARMACISTA PROTETTO"



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

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa Polizza assicura il farmacista, iscritto al relativo Albo professionale e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata svolta presso o per conto di una Struttura e/o in regime libero professionale, per i Danni causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Assicurata.

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

Che cosa è assicurato?

✓ **Garanzia Base Responsabilità Civile Professionale per colpa grave:** Il patrimonio dell'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare in conseguenza di Danni causati a terzi per colpa grave, nello svolgimento dell'Attività Assicurata, **che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura e/o da parte della impresa di assicurazione della Struttura stessa**

✓ **Garanzia Base Responsabilità Civile Professionale verso terzi:** Il patrimonio dell'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per i Danni causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Assicurata (Valida ed operante in aggiunta alla Garanzia Base - Responsabilità Civile Professionale per colpa grave solo se indicata in Scheda di Polizza e se è stato pagato il relativo Premio)

✓ In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti terzi, la Società risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali

✓ Attività Intramoenia

✓ Ruolo apicale

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

✓ Circostanze pregresse

✓ Omesso adempimento Crediti ECM (sempre valida ed operante se acquistata la **Garanzia Base Responsabilità civile professionale verso terzi**)

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

✓ RC Plus:

- Qualifica direttiva - Perdite Patrimoniali

- Perdite Patrimoniali – CTU e CTP

- Altre Perdite Patrimoniali

- Denuncia cautelativa di Circostanze

- Omesso adempimento Crediti ECM

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

✓ Ultrattività – Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività

Le coperture assicurative operano entro i Massimali per Sinistro e per Periodo di Assicurazione indicati nella Scheda di Polizza, nonché entro i Sottolimiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione.



Che cosa non è assicurato?

✗ Non sono considerati terzi ai fini della copertura: il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive, anche se non presente nello stato di famiglia. Relativamente alla garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus, sezione Perdite Patrimoniali, non sono considerati terzi: la Struttura, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di Responsabilità Amministrativa e/o di surrogazione.

Sono escluse le Richieste di Risarcimento:

✗ Pervenute all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) prima dell'inizio della decorrenza della Polizza o che pervengano all'Assicurato (o, in caso di azione diretta, alla Società) in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, qualora attivato

✗ Relative a eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della Data inizio Retroattività indicata nella Scheda di Polizza (indipendentemente da eventuali precedenti contratti stipulati con la Società o con altre società del gruppo AmTrust)

✗ Notificate all'Assicurato nel corso del Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società oltre 30 giorni successivi alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione

✗ Connesse e/o conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato antecedentemente alla sottoscrizione della Polizza e non dichiarati alla Società, oppure non dichiarati alla Società in occasione di variazioni contrattuali

✗ Connesse e/o conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato antecedentemente alla sottoscrizione di precedenti contratti stipulati con una società del gruppo AmTrust, ancorché senza soluzione di continuità con la Polizza

✗ Connesse e/o conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato successivamente alla sottoscrizione di precedenti contratti stipulati con una società del gruppo AmTrust, ancorché senza soluzione di continuità con la Polizza, qualora non operanti per il medesimo rischio, per la medesima Attività Assicurata ed alle medesime condizioni assicurate con la Polizza

✗ 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 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 Polizza, anche se mai denunciati a precedenti assicuratori

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?

! Salvo quanto previsto dalla garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus, non sono considerate Richieste 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

! L'Assicurazione è prestata con l'applicazione di una Franchigia per Sinistro se indicata in Scheda di Polizza

! Limitatamente alla garanzia aggiuntiva RC Plus, sezione c) Altre Perdite Patrimoniali, l'Assicurazione è prestata con l'applicazione di una Franchigia per Sinistro pari a € 100 per l'attività svolta ai sensi del D. Lgs. 175/2014 e del D.M. del 31 luglio 2014 in materia di raccolta e trasmissione dei dati relativi agli "scontrini parlanti" e allo smarrimento, distruzione o deterioramento di referti, ricette, prenotazioni e ticket.

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



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Polizza.
- Devi dare immediato avviso alla Società dei cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato tramite l'Intermediario incaricato entro i 10 giorni successivi alla data di variazione.
- Devi comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e/o 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 per iscritto alla Società entro 30 giorni da quando ne hai avuto conoscenza e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla cessazione di tale Periodo di Assicurazione, secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione.
- In caso di Sinistro, qualora coesistano più assicurazioni per il medesimo rischio, devi denunciarlo a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri; diversamente potresti perdere il diritto all'Indennizzo.
- Senza il previo consenso scritto della Società, non devi ammettere responsabilità, 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 Assicurata e provvedere al pagamento del relativo Premio aggiuntivo per l'ultrattività entro 15 giorni successivi alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso all'atto della cessazione dell'Attività.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).



Quando e come devo pagare?

Il Premio è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale ed è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Se scegli il frazionamento rateale, dovrai pagare le successive rate alla scadenza stabilita. Dato che la Polizza prevede il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annua dovrai pagare il Premio di rinnovo (secondo le modalità di frazionamento che hai scelto all'origine).

Il Premio aggiuntivo dell'ultrattività per la cessazione definitiva dell'attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione e senza oneri aggiuntivi. Puoi pagare il Premio con 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 comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, se pagato il Premio, oppure dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio se successivo, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nella Scheda di Polizza. La Polizza prevede il tacito rinnovo. **In caso di mancato pagamento del Premio di rinnovo, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno dopo 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 A/R (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 Civile Professionale del Farmacista

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



AmTrust Assicurazioni

Prodotto "AmTrust FARMACISTA PROTETTO"

30/09/2025 Data di realizzazione, il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

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

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

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

Garanzia Base - Responsabilità Civile Professionale per colpa grave

La garanzia è rivolta a tutelare l'Assicurato per l'esercizio dell'Attività Assicurata svolta per conto di una Struttura, 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 e/o da parte dell'impresa di assicurazione della Struttura stessa.**

Per l'attività svolta per conto di una **Struttura pubblica**, la garanzia è operante 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 garanzia è operante per le Richieste di Risarcimento indicate all'Art. 1.6.1 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa è assicurato", pag. 8).

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 garanzia è operante per le Richieste di Risarcimento indicate all'Art. 1.6.1 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa è assicurato", pag. 8).

Per l'attività svolta per conto di una **Struttura privata**, la garanzia è operante 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 garanzia è operante per le Richieste di Risarcimento indicate all'Art. 1.6.1 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa è assicurato", pag. 8).

Garanzia Base - Responsabilità Civile Professionale verso terzi

(Valida ed operante in aggiunta alla GARANZIA BASE - Responsabilità Civile Professionale per colpa grave solo se indicata in Scheda di Polizza e se è stato pagato il relativo Premio)

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

- responsabilità civile verso terzi per fatto colposo, errore od omissione;
- azione di rivalsa esperita dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

Ai fini della presente garanzia, è considerata **Richiesta di Risarcimento quanto indicato all'Art. A.1.6.2 delle Condizioni di Assicurazione** (Sezione "Che cosa è assicurato", pag. 8).

Precisazione sui rischi assicurati

L'Assicurazione si intende operante in relazione alla responsabilità in capo all'Assicurato derivante dallo svolgimento delle prestazioni tipiche dell'Attività Assicurata, in base alle garanzie acquistate e indicate in Scheda di Polizza, quali:

- violazione non dolosa dei doveri professionali** nei modi e nei termini previsti dalla Farmacopea Ufficiale, Testo Unico delle Leggi Sanitarie n. 1265/1934, D.P.R. n. 309/1990 e D. Lgs. n. 153/2009 e ss.mm.ii.;
- vendita e somministrazione di farmaci e dispositivi farmaceutici e/o parafarmaceutici nonché di prodotti previsti dai provvedimenti C.I.P. 17/1978 e 30/1983 e ss.mm.ii.;
- errata interpretazione delle ricette mediche;
- difetto del prodotto galenico, omeopatico o d'erboristeria di propria preparazione, nel rispetto delle procedure previste dalla normativa vigente, somministrato o venduto da parte dell'Assicurato, **fermo quanto previsto dall'Art. 3.1.2, n. 33 (Sezione "Che cosa non è assicurato?", pag. 13);**
- partecipazione al servizio di **assistenza domiciliare integrata** in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. n. 153/2009:
 - dispensazione e consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari,
 - preparazione e dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici,
 - dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta,
 - messa a disposizione di operatori sociosanitari, di infermieri e di fisioterapisti per l'effettuazione a domicilio di specifiche prestazioni professionali richieste dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta, **fermo quanto previsto dall'Art. 3.1.2, n. 32 (Sezione "Che cosa non è assicurato?", pag. 13);**
- attività di **farmacovigilanza**;
- erogazione di **servizi di primo livello**, prestati ai sensi del D.M. del 16 dicembre 2010 e del D. Lgs. n. 153/2009;
- erogazione dei **servizi di secondo livello** su prescrizione del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. n. 153/2009;
- effettuazione di **prestazioni analitiche di prima istanza** rientranti nell'ambito dell'autocontrollo nei limiti di quanto previsto dal D. Lgs. n. 153/2009;

- effettuazione di **tamponi, test sierologici, test diagnostici** che prevedono il prelievo di sangue capillare o il **prelevamento del campione biologico** a livello nasale, salivare o orofaringeo;
- **somministrazione di vaccini anti SARS-CoV-2 e antinfluenzali;**
- **prenotazione di prestazioni** di assistenza specialistica ambulatoriale presso strutture pubbliche e private accreditate, pagamento "ticket" e ritiro referti;
- erogazione di prestazioni di **telemedicina**, così come regolamentata dalla normativa vigente;
- proprietà degli apparecchi medicali e dei presidi medici dati in uso a terzi, purché utilizzati nel rispetto delle norme d'uso.

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

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che sono escluse le Richieste di Risarcimento:

1. conseguenti a prestazioni non riferibili all'Attività Assicurata oggetto della presente copertura assicurativa;
2. conseguenti a fecondazione assistita;
3. conseguenti a qualsiasi attività che l'Assicurato abbia esercitato o dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico della Struttura di cui è dipendente, salvo che sia acquistata la Garanzia Base Responsabilità Civile Professionale verso terzi di cui all'Art. 1.6.2 (Sezione "Che cosa è assicurato", pag. 8);
4. per Danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla Struttura con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi a tale scopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
5. per Perdite Patrimoniali, salvo che sia acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus di cui all'Art. 2.1, lett. A (Sezione "Che cosa è assicurato", pag. 10), restando in ogni caso escluse le Perdite Patrimoniali connesse o conseguenti alla fecondazione ed al concepimento umano;
6. originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'Attività Assicurata;
7. per Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza a quanto previsto in materia di Informazione e Consenso del Codice di Deontologia professionale;
8. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
9. derivanti da fatti dolosi commessi dall'Assicurato;
10. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato non fosse iscritto al relativo Albo professionale e/o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento abilitante all'esercizio dell'Attività Assicurata;
11. riconducibili ad attività e pratiche abusive non consentite (es. trattamenti estetici) o svolte senza la necessaria supervisione di un medico o riservate ad altre figure sanitarie professionali, non riconosciute o non autorizzate dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
12. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo professionale, qualora richiesto dalla normativa vigente, o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;
13. aventi ad oggetto inadempienze contrattuali (es. la restituzione del compenso corrisposto all'Assicurato per la relativa prestazione professionale);
14. derivanti da prescrizione di farmaci;
15. derivanti da pratiche considerate doping;
16. derivanti dallo svolgimento di attività di ricerca e di sperimentazione sia clinica che farmaceutica;
17. derivanti da consulenza on line, fatta eccezione per le operazioni peritali da remoto se acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus di cui all'Art. 2.1, lett. A (Sezione "Che cosa è assicurato", pag. 10) e per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente in relazione agli aspetti tipici dell'Attività Assicurata, oppure derivanti da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
18. conseguenti alla conduzione e/o proprietà della Struttura;
19. per pregiudizi alle Cose (inclusi gli immobili) che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
20. relativi 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);
21. 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 (Sezione "Cosa fare in caso di sinistro e come viene gestito il sinistro?", pag. 17);
22. 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;
23. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
24. conseguenti a furto, incendio, esplosione o scoppio;
25. 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;
26. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
27. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione o utilizzo di veicoli, natanti a motore o aeromobili anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'Attività Assicurata;
28. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali;
29. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
30. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
31. per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
32. derivanti da responsabilità imputabile al personale sanitario segnalato o messo a disposizione dalla Struttura;
33. connesse alla vendita di prodotti galenici di propria produzione:
 - direttamente esportati in U.S.A. e Canada;
 - relativamente alle conseguenze derivanti da inibitori selettivi della Cox-2, composti chimici facenti parte della classe dei retinoidi, nonché dalle seguenti sostanze: 8-idrossichinolina alogenata, aristolochia, astemizolo, benfluorex, bromfenac, cantaxantina, catina, catha edulis, cervastatina, cisapride, clobenzorex, danthron, dexfenflurina, dietilstibestrol, efedra, encainide, fenfluramina, flosequinan, garcinia, kava kava, leflunomide, meferonex, mibefradil, nefazodone, fenilpropanolamina, rocuronio, remoxipride, rimonabant, sida cordifolia, temafloxacin, terfenadina, talidomide, thimersol/thiomersol, troglitazone, usnea;
 - relativamente alle conseguenze derivanti dall'utilizzo di germanio, se utilizzato quale ingrediente di integratori alimentari o prodotti dietetici;
34. conseguenti a vizio originario delle Cose vendute, consegnate e/o somministrate;
35. conseguenti a Danni alle Cose vendute, consegnate e/o somministrate, anche a domicilio (compresi medicinali, generi alimentari, prodotti omeopatici, di erboristeria, prodotti galenici e magistrali, nonché altri prodotti consentiti dalla normativa vigente), le spese per le relative riparazioni o sostituzioni, nonché i Danni conseguenti a mancato uso o mancata disponibilità;
36. conseguenti a Danni alle Cose durante le operazioni di trasporto, carico o scarico;
37. conseguenti a Danni verificatisi e/o denunciati oltre 1 anno dalla vendita, consegna o somministrazione degli stessi e, comunque, oltre la data di scadenza del Periodo di Assicurazione;
38. per Danni conseguenti a ritardi nella prenotazione e/o mancata prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale;
39. conseguenti a distruzione o deterioramento di denaro.

Ulteriori esclusioni applicabili alla garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus**Denuncia cautelativa di Circostanze**

In relazione alla facoltà di denunciare Circostanze prevista dalla garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus, sezione d) Denuncia cautelativa di Circostanze di cui all'Art. 2.1, lett. A, la copertura non è efficace in relazione a:

- Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a Circostanze note all'Assicurato antecedentemente all'acquisto della garanzia aggiuntiva opzionale "RC Plus";
- Circostanze note per la prima volta all'Assicurato nel corso del Periodo di Assicurazione, e da lui denunciate alla Società oltre i 30 giorni successivi alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione;
- Richieste di Risarcimento, connesse e/o conseguenti a Circostanze regolarmente denunciate alla Società, pervenute all'Assicurato oltre i 3 anni successivi alla scadenza dell'ultimo Periodo di Assicurazione in cui l'Assicurato è coperto con la presente Polizza avendo acquistato la garanzia aggiuntiva opzionale "RC Plus".

**Ci sono limiti di copertura?**

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

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

L'Assicurazione comprende:	Sottolimiti di Indennizzo per Sinistro	Sottolimiti di Indennizzo per Periodo di Assicurazione/ Serie di Sinistri
Art. 2.1, lettera A, sezione a) – Qualifica Direttiva - Perdite Patrimoniali	€ 100.000	€ 100.000
Art. 2.1, lettera A, sezione b) Perdite Patrimoniali – CTU e CTP	€ 100.000	€ 100.000
Art. 2.1, lettera A, sezione c) Altre Perdite Patrimoniali	• punti 1, 2 e 3 € 100.000 • punti 4, 5 e 6 € 10.000	• punti 1, 2 e 3 € 100.000 • punti 4, 5 e 6 € 10.000

**A chi è rivolto questo prodotto?**

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai farmacisti, iscritti al relativo Albo professionale e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata svolta presso o per conto di una Struttura e/o in regime libero professionale, residenti in Italia o con domicilio professionale in Italia.

**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	E 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 proponente.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it

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

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- L'arbitrato non è previsto. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Il Premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 22,25% del Premio imponibile annuo. Il Premio pagato 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.
------------------------------	--

	<i>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.</i>
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 <u>NON</u> DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE).	

Gentile Cliente,

AmTrust **FARMACISTA PROTETTO** è l'Assicurazione che protegge il farmacista per i *Danni* causati a terzi nello svolgimento dell'*Attività Assicurata*.

Le Condizioni di Assicurazione sono suddivise in:

Glossario	4
 Che cosa è assicurato?	6
 Che cosa non è assicurato?	10
 Ci sono limiti di copertura?	12
 Dove vale la copertura?	13
 Che obblighi ho? Quali obblighi ha la Società?	14
 Quando e come devo pagare?	17
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	18
 Come posso disdire la Polizza?	19
Norme di Legge utili per la comprensione della Polizza	20
Numeri e riferimenti utili	23

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 **FARMACISTA PROTETTO** ti sarà consegnato 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 - Responsabilità Civile Professionale	8
1.6.1 GARANZIA BASE - Responsabilità Civile Professionale per colpa grave	8
1.6.2 GARANZIA BASE Responsabilità Civile Professionale verso terzi	8
1.7 Precisazione sui rischi assicurati	9
1.8 Estensioni di garanzia	9
1.8.1 Attività Intramoenia	9
1.8.2 Ruolo apicale	9
1.8.3 Pregressa copertura con altro contratto della Società o società facenti parte del Gruppo AmTrust	9
1.8.4 Circostanze pregresse	10
1.9 Estensioni di garanzia valide ed operanti solo se acquistata la Garanzia Base Responsabilità Civile Professionale verso terzi	10
1.9.1 Omesso adempimento Crediti ECM	10
Articolo 2 Estensioni di garanzia e garanzie aggiuntive opzionali a pagamento	10
2.1 Garanzie aggiuntive opzionali a pagamento	10
A. RC Plus	10
2.2 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività	11
Che cosa non è assicurato?	12
Articolo 3 Esclusioni	12
3.1 Esclusioni applicabili a tutte le garanzie	12
3.1.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione	12
3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione	12
3.3 Ulteriori esclusioni applicabili alla garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus	13
3.4 Esclusioni dal novero dei terzi	14
Ci sono limiti di copertura?	15
Articolo 4 Limiti di copertura	15
4.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento	15
4.2 Franchigia	15
4.3 Massimale e Sottolimiti di Indennizzo	15
4.4 Sanzioni Internazionali	15
Dove vale la copertura?	16
Articolo 5 Estensione territoriale	16
Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?	17
Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?	17
Articolo 6 Sinistri	17
6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento	17
6.2 Patto di gestione della lite	17
6.3 Denuncia cautelativa di Circostanze	17
6.4 Gestione del Sinistro	18
6.5 Coesistenza di altre assicurazioni	18
6.6 Liquidazione del Sinistro	18
Altri obblighi derivanti dal contratto	18
Articolo 7 Obblighi in capo alla Società, al Contraente o all'Assicurato	18

7.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	18
7.2 Altre assicurazioni	19
7.3 Variazioni contrattuali - Aggravamento e diminuzione del rischio	19
7.4 Variazioni contrattuali a scadenza	19
7.5 Ulteriori variazioni - Albo e licenziamento	19
7.6 Assicurazione per conto altrui	19
7.7 Foro competente per l'esecuzione del contratto	19
7.8 Comunicazioni	19
Quando e come devo pagare?	20
Articolo 8 Pagamento e rimborso del Premio	20
8.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa	20
8.2 Oneri fiscali	20
8.3 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo	20
8.4 Rimborso del Premio	20
Quando comincia la copertura e quando finisce?	21
Articolo 9 Effetto e durata della Polizza	21
Come posso disdire la Polizza?	22
Articolo 10 Casi di interruzione del contratto	22
10.1 Disdetta dell'Assicurazione	22
10.2 Recesso per Sinistro	22
10.3 Risoluzione per mancato pagamento del Premio	22
10.4 Diritto di ripensamento	22

Glossario

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

Albo professionale	L'apposito albo a cui è necessario essere iscritti per esercitare l'Attività Assicurata, come previsto dalla normativa vigente.
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 nella Scheda di Polizza, che svolge l'attività professionale di farmacista presso e per conto di una Struttura e/o in regime libero professionale, regolarmente iscritta al relativo Albo professionale e il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Attività Assicurata	L'attività professionale di farmacista indicata in Scheda di Polizza ed oggetto della copertura assicurativa , svolta dall'Assicurato presso o per conto di una Struttura e/o in regime libero professionale.
Attività Intramoenia	È considerata intramoenia l'attività libero professionale intramuraria svolta all'interno di Struttura al di fuori del normale orario di lavoro del dipendente, nei limiti e secondo quanto previsto dalle leggi vigenti, ivi compresa l'Attività Intramoenia allargata (svolta in spazi sostitutivi fuori dalla Struttura).
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Circostanze	Costituiscono Circostanze: - 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 oppure dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato; - 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 a eventi pregressi, purché accaduti successivamente alla Data inizio Retroattività indicata nella Scheda di Polizza.
Contraente	Il soggetto indicato nella Scheda di Polizza che stipula il contratto e si obbliga al pagamento del Premio, anche se diverso dall'Assicurato.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Data inizio Retroattività	Le ore 24.00 della data indicata nella Scheda di Polizza.
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.
Fatti Noti	I seguenti atti in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Assicurato che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento nei confronti dell'Assicurato ed in ragione dei quali la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il suo consenso alla sottoscrizione della presente Polizza. Costituiscono Fatto Noto: - la querela, l'avviso di conclusione delle indagini preliminari, l'avviso di garanzia e comunque il primo atto di inchiesta penale di cui venga a conoscenza l'Assicurato, ivi compreso, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il sequestro probatorio disposto dall'autorità inquirente anche per il tramite della Polizia Giudiziaria;

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

Non sono considerati Fatti Noti:

- **le comunicazioni notificate all'Assicurato dalla Struttura ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24, salvo che dalla Struttura pubblica sia stata inviata segnalazione alla Corte dei conti** in ordine ad una eventuale responsabilità dell'Assicurato per Danni erariali;
- **la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura**, salvo i casi in cui con la stessa l'Assicurato venga portato a conoscenza dell'esistenza di una Richiesta di Risarcimento o di un Fatto Noto così come sopra definito.

Franchigia	L'importo, espresso in valore assoluto, che costituisce elemento integrante della Polizza ed indica la parte del danno che per ciascun Sinistro rimane a carico dell'Assicurato.
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	L'intermediario di assicurazioni cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Massimale per Periodo di Assicurazione	La somma massima assicurata indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Massimale per Sinistro	La somma massima assicurata indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ciascun singolo Sinistro.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di lesioni personali, morte o danneggiamento a Cose.
Periodo di Assicurazione	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza nonché, in caso di rinnovo, ciascun periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
Periodo di Ultrattività	Il periodo di tempo, pari a 10 (dieci) anni, successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in cui si verifica la cessazione per qualsiasi causa dell'Attività Assicurata, oppure della copertura assicurativa prestata dalla Polizza.
Polizza	I documenti contrattuali che disciplinano i rapporti tra Società, Contraente e Assicurato.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società per la copertura assicurativa prestata dalla Società.
Richiesta di Risarcimento	La richiesta di risarcimento come definita nella Garanzia Base.
Scheda di Polizza	È il documento che prova il contratto di Assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, l'Attività Assicurata, le garanzie acquistate, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, il Massimale per Sinistro, il Massimale per Periodo di Assicurazione, la Data inizio Retroattività e il Premio imponibile con le relative imposte governative.
Serie di Sinistri	La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato (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 definito in ciascuna garanzia o garanzia aggiuntiva opzionale) conseguenti ad un medesimo evento di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, qualora attivato.
Società	AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.
Sottolimito	La somma massima indicata nella presente Polizza, inclusa nel Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso, che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di

capitale, interessi e spese per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.

Struttura

L'ente pubblico o privato soggetto al diritto italiano (inclusi a titolo esemplificativo farmacia urbana, farmacia comunale, farmacia ospedaliera, parafarmacia) **presso e per conto del quale l'Assicurato svolge l'attività professionale di farmacista.**

Variazione del rischio

Qualunque mutamento del rischio (es: variazione dell'attività svolta) avvenuto successivamente alla stipula dell'Assicurazione.

Vendita a distanza

Qualunque modalità di vendita che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario e del Contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Che cosa sono i box di consultazione?

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

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



Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente *Assicurazione*, prestata nella forma **Claims Made**, è rivolta al farmacista, iscritto al relativo *Albo professionale*, per la propria *Attività Assicurata* svolta presso e per conto di una *Struttura* e/o in regime libero professionale.

L'*Assicurazione* tiene indenne l'*Assicurato*, **nei limiti delle garanzie prestate**, dei danni causati a terzi nello svolgimento della *Attività Assicurata* riportata nella *Scheda di Polizza* e per le quali ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle *Richieste di Risarcimento*.

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 a tale scopo 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.

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, 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 Scheda di Polizza e dei Sottolimiti indicati nella presente Polizza**, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di danni causati a terzi nello svolgimento della *Attività Assicurata* secondo quanto previsto dalle garanzie acquistate e indicate in *Scheda di Polizza*.

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

1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione

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

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

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

L'*Assicurato* (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla *Società* della sopravvenuta cessazione dell'attività professionale ed è tenuto a corrispondere il *Premio* aggiuntivo dovuto a fronte di tale evenienza, come specificato all'Art. 8.3 per l'attivazione del *Periodo di Ultrattività*.

La massima esposizione della Società per l'intero Periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato, è pari rispettivamente al Massimale per Sinistro e al Massimale per Periodo di Assicurazione assicurati al momento della cessazione definitiva dell'attività.

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

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

1.4 Surrogazione

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

1.5 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 - Responsabilità Civile Professionale

1.6.1 GARANZIA BASE - Responsabilità Civile Professionale per colpa grave

La presente garanzia è rivolta a tutelare l'*Assicurato* per l'esercizio dell'*Attività Assicurata* svolta per conto di una *Struttura*, 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* e/o da parte dell'impresa di assicurazione della *Struttura* stessa.

Per l'attività svolta per conto di una ***Struttura pubblica***, la presente garanzia è operante 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.

Per l'attività svolta per conto di una ***Struttura privata***, la presente garanzia è operante 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 *Struttura* 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.

1.6.2 GARANZIA BASE Responsabilità Civile Professionale verso terzi

(Valida ed operante in aggiunta alla GARANZIA BASE - Responsabilità Civile Professionale per colpa grave solo se indicata in Scheda di Polizza e se è stato pagato il relativo Premio).

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

- a. responsabilità civile verso terzi per fatto colposo, errore od omissione;
- b. azione di rivalsa esperita dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

Ai fini della presente garanzia, è considerata *Richiesta di Risarcimento* qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta nel corso del *Periodo di Assicurazione* o del *Periodo di Ultrattività* - qualora attivato - da parte di terzi nei confronti dell'*Assicurato* - anche tramite ricorso ex artt. 696 e 696 bis cpc o convocazione avanti un organismo di mediazione - (o, nel caso di azione diretta, nei confronti della *Società*), per il risarcimento di *Danni* causati dall'*Assicurato* nello svolgimento dell'*Attività Assicurata*, ivi inclusa la costituzione di parte civile in un procedimento penale.

1.7 Precisazione sui rischi assicurati

L'*Assicurazione* si intende operante in relazione alla responsabilità in capo all'*Assicurato* derivante dallo svolgimento delle prestazioni tipiche dell'*Attività Assicurata*, in base alle garanzie acquistate e indicate in *Scheda di Polizza* e **fermo quanto previsto dall'Art. 3.1.2**, quali:

- **violazione non dolosa dei doveri professionali** nei modi e nei termini previsti dalla Farmacopea Ufficiale, Testo Unico delle Leggi Sanitarie n. 1265/1934, D.P.R. n. 309/1990 e D. Lgs. n. 153/2009 e ss.mm.ii.;
- vendita e somministrazione di farmaci e dispositivi farmaceutici e/o parafarmaceutici nonché di prodotti previsti dai provvedimenti C.I.P. 17/1978 e 30/1983 e ss.mm.ii.;
- errata interpretazione delle ricette mediche;
- difetto del prodotto galenico, omeopatico o d'erboristeria di propria preparazione, nel rispetto delle procedure previste dalla normativa vigente, somministrato o venduto da parte dell'*Assicurato*, **fermo quanto previsto dall'Art. 3.1.2, n. 33**;
- partecipazione al servizio di **assistenza domiciliare integrata** in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. n. 153/2009:
 - dispensazione e consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari,
 - preparazione e dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici,
 - dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta,
 - messa a disposizione di operatori sociosanitari, di infermieri e di fisioterapisti per l'effettuazione a domicilio di specifiche prestazioni professionali richieste dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta, **fermo quanto previsto dall'Art. 3.1.2, n. 32**;
- attività di **farmacovigilanza**;
- erogazione di **servizi di primo livello**, prestati ai sensi del D.M. del 16 dicembre 2010 e del D. Lgs. n. 153/2009;
- erogazione dei **servizi di secondo livello** su prescrizione del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. n. 153/2009;
- effettuazione di **prestazioni analitiche di prima istanza** rientranti nell'ambito dell'autocontrollo nei limiti di quanto previsto dal D. Lgs. n. 153/2009;
- effettuazione di **tamponi, test sierologici, test diagnostici** che prevedono il prelievo di sangue capillare o il **prelevamento del campione biologico** a livello nasale, salivare o orofaringeo;
- **somministrazione di vaccini anti SARS-CoV-2 e antinfluenzali**;
- **prenotazione di prestazioni** di assistenza specialistica ambulatoriale presso strutture pubbliche e private accreditate, pagamento "ticket" e ritiro referti;
- erogazione di prestazioni di **telemedicina**, così come regolamentata dalla normativa vigente;
- proprietà degli apparecchi medicali e dei presidi medici dati in uso a terzi, purché utilizzati nel rispetto delle norme d'uso.

1.8 Estensioni di garanzia

(sempre valide ed operanti)

1.8.1 Attività Intramoenia

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*.

1.8.2 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* nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie del ruolo apicale di responsabile o direttore sanitario 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.

Resta fermo quanto previsto dall'esclusione di cui al punto 6 dell'Art. 3.1.2.

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

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

1.8.4 Circostanze pregresse

A parziale deroga dell'esclusione di cui all'Art. 3.1.1 all'ultimo punto, la copertura della presente *Polizza* è operante in relazione a *Richieste di Risarcimento* pervenute per la prima nel corso del *Periodo di Assicurazione* o del *Periodo di Ultrattività* (in seguito all'attivazione dell'estensione di ultrattività) connesse e/o conseguenti a una *Circostanza* nota all'*Assicurato* antecedentemente alla decorrenza della presente *Polizza*, a condizione che tale *Circostanza* e/o la conseguente pretesa risarcitoria non potesse essere denunciata e garantita da un precedente contratto assicurativo ed inoltre a condizione che l'inoperatività della copertura non derivi da violazione colposa o dolosa delle prescrizioni contrattuali da parte dell'*Assicurato*.

Restano in ogni caso escluse *Richieste di Risarcimento* che siano connesse e/o conseguenti sentenze penali di condanna o di patteggiamento emesse contro l'*Assicurato* o ad azioni giudiziarie civili già promosse contro l'*Assicurato*.

1.9 Estensioni di garanzia valide ed operanti solo se acquistata la Garanzia Base Responsabilità Civile Professionale verso terzi

1.9.1 Omesso adempimento Crediti ECM

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

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. RC Plus

La presente garanzia aggiuntiva opzionale è composta dalle seguenti sezioni, **operanti in relazione alla Garanzia Base acquistata**:

a) Qualifica direttiva - Perdite Patrimoniali

L'*Assicurazione* si estende alla responsabilità civile e amministrativa derivante all'*Assicurato* in conseguenza di *Perdite Patrimoniali* cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi commessi nell'esercizio del ruolo apicale di responsabile o direttore sanitario.

L'*Assicurazione* comprende inoltre:

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

La presente sezione della garanzia aggiuntiva opzionale opera fino a concorrenza del Sottolimito di € 100.000 (centomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

b) Perdite Patrimoniali – CTU e CTP

L'*Assicurazione* si estende alla responsabilità civile e amministrativa derivante all'*Assicurato* in conseguenza di *Perdite Patrimoniali* cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi nell'ambito dell'*Attività Assicurata* e 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;

La presente sezione della garanzia aggiuntiva opzionale opera fino a concorrenza del Sottolimito di € 100.000 (centomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

c) Altre Perdite Patrimoniali

L'*Assicurazione* si estende alla responsabilità civile e amministrativa derivante all'*Assicurato* in conseguenza di *Perdite Patrimoniali* cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi nell'ambito dell'*Attività Assicurata* derivanti da:

1. danno reputazionale;
2. attività di vigilanza e ispezione sanitaria per conto del S.S.N. e/o per Enti Pubblici e Privati;
3. attività di certificazione o dall'espletamento di funzioni di carattere pubblico.

Per i punti 1, 2 e 3 di cui sopra, la presente sezione della garanzia aggiuntiva opzionale opera fino a concorrenza del Sottolimito di € 100.000 (centomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

Inoltre, l'Assicurazione si estende alla responsabilità civile e amministrativa derivante all'Assicurato in conseguenza di *Perdite Patrimoniali* cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi nell'ambito dell'Attività Assicurata derivanti da:

4. furto, perdita o divulgazione non autorizzata di dati personali, siano essi comuni o sensibili, che siano in possesso, custodia o controllo dell'Assicurato, oppure da inadempimento colposo da parte dell'Assicurato 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, oppure 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;
5. attività svolta ai sensi del D. Lgs. 175/2014 e del DM del 31 luglio 2015 e successive modifiche e integrazioni in materia di raccolta e trasmissione dei dati relativi agli "scontrini parlanti" **con l'applicazione di una Franchigia per Sinistro di € 100 (cento);**
6. smarrimento, distruzione o deterioramento di referti e ricette nonché da prenotazioni e ticket **con l'applicazione di una Franchigia per Sinistro di € 100 (cento).**

Per i punti 4, 5 e 6 di cui sopra, la presente sezione della garanzia aggiuntiva opzionale opera fino a concorrenza del Sottolimito di € 10.000 (diecimila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

d) Denuncia cautelativa di Circostanze

L'Assicurato ha facoltà di denunciare cautelativamente, secondo le modalità previste dall'Art. 6.3, *Circostanze* di cui ha avuto conoscenza per la prima volta nel corso del *Periodo di Assicurazione* e da cui possano derivare *Richieste di Risarcimento* secondo quanto previsto dalle Garanzie acquistate.

Tale denuncia cautelativa sarà a tutti gli effetti trattata come *Sinistro* verificatosi durante tale *Periodo di Assicurazione* esclusivamente nel momento in cui l'Assicurato riceva per la prima volta una *Richiesta di Risarcimento* - come definita dalle Garanzie acquistate - riferita alla *Circostanza* denunciata:

- nel corso del *Periodo di Assicurazione* - anche successivo a quello in cui è avvenuta la denuncia cautelativa purché in continuità di copertura con esso - oppure durante il *Periodo di Ultrattività* (qualora attivato), qualora sia acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale "RC Plus";
- o in alternativa entro e non oltre 3 (tre) anni dalla scadenza dell'ultimo *Periodo di Assicurazione* in cui l'Assicurato è coperto con la presente *Polizza* e abbia acquistato la garanzia aggiuntiva opzionale "RC Plus";
- a condizione che tale *Richiesta di Risarcimento* venga regolarmente denunciata alla Società nei termini e nelle modalità previste in *Polizza*.

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

e) Omesso adempimento Crediti ECM

L'estensione di garanzia di cui all'Art. 1.9.1 si intende operante anche in caso di acquisto della presente garanzia aggiuntiva opzionale.

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*, fatte salve eventuali variazioni delle condizioni normative (es. *Franchigia*) o tariffarie in relazione al verificarsi di *Sinistri*. Le *Richieste di Risarcimento* conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla *Data inizio Retroattività* e fino alla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* al termine del quale è attivata la presente estensione restano coperte a tali condizioni in vigore per ulteriori 10 (dieci) anni.

La massima esposizione della Società per l'intero Periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato, è pari rispettivamente al Massimale per Sinistro ed al Massimale per Periodo di Assicurazione assicurati al momento della cessazione o sostituzione.

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



Che cosa non è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

3.1 Esclusioni applicabili a tutte le garanzie

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

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

- *Richieste di Risarcimento* già pervenute all'Assicurato (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);
- *Richieste di Risarcimento* relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della *Data inizio Retroattività* indicata nella *Scheda di Polizza* (indipendentemente da eventuali precedenti contratti stipulati con la Società o con altre società del gruppo AmTrust);
- *Richieste di Risarcimento* notificate all'Assicurato nel corso del *Periodo di Assicurazione* e da lui denunciate alla Società oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza di tale *Periodo di Assicurazione*;
- *Richieste di Risarcimento* connesse e/o conseguenti a *Fatti Noti* all'Assicurato antecedentemente alla sottoscrizione della presente *Polizza* e non dichiarati alla Società, oppure non dichiarati alla Società in occasione di variazioni contrattuali;
- *Richieste di Risarcimento* connesse e/o conseguenti a *Fatti Noti* all'Assicurato antecedentemente alla sottoscrizione di precedenti contratti stipulati con una società del gruppo AmTrust, ancorché senza soluzione di continuità con la presente *Polizza*;
- *Richieste di Risarcimento* connesse e/o conseguenti a *Fatti Noti* all'Assicurato successivamente alla sottoscrizione di precedenti contratti stipulati con una società del gruppo AmTrust, ancorché senza soluzione di continuità con la presente *Polizza*, qualora non operanti per il medesimo rischio, per la medesima *Attività Assicurata* ed alle medesime condizioni assicurate con la presente *Polizza*;
- *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. conseguenti a prestazioni non riferibili all'*Attività Assicurata* oggetto della presente copertura assicurativa;
2. conseguenti a fecondazione assistita;
3. conseguenti a qualsiasi attività che l'Assicurato abbia esercitato o dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico della *Struttura* di cui è dipendente, salvo che sia acquistata la Garanzia Base Responsabilità Civile Professionale verso terzi di cui all'Art. 1.6.2;
4. per *Danni* per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla *Struttura* con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi a tale scopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
5. per *Perdite Patrimoniali*, salvo che sia acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus di cui all'Art. 2.1, lett. A, restando in ogni caso escluse le *Perdite Patrimoniali* connesse o conseguenti alla fecondazione ed al concepimento umano;
6. originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'*Attività Assicurata*;
7. per *Danni* da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza a quanto previsto in materia di Informazione e Consenso del Codice di Deontologia professionale;
8. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
9. derivanti da fatti dolosi commessi dall'Assicurato;
10. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato non fosse iscritto al relativo *Albo professionale* e/o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento abilitante all'esercizio dell'*Attività Assicurata*;
11. riconducibili ad attività e pratiche abusive non consentite (es. trattamenti estetici) o svolte senza la necessaria supervisione di un medico o riservate ad altre figure sanitarie professionali, non riconosciute o non autorizzate dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
12. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'*Albo professionale*, oppure dopo che per qualunque motivo

l'*Assicurato* venga sospeso o radiato dall'*Albo professionale* o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;

13. aventi ad oggetto inadempienze contrattuali (es. la restituzione del compenso corrisposto all'*Assicurato* per la relativa prestazione professionale);
14. derivanti da prescrizione di farmaci;
15. derivanti da pratiche considerate doping;
16. derivanti dallo svolgimento di attività di ricerca e di sperimentazione sia clinica che farmaceutica;
17. derivanti da consulenza on line, fatta eccezione per le operazioni peritali da remoto se acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus di cui all'Art. 2.1, lett. A e per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente in relazione agli aspetti tipici dell'*Attività Assicurata*, oppure derivanti da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
18. conseguenti alla conduzione e/o proprietà della *Struttura*;
19. per pregiudizi alle *Cose* (inclusi gli immobili) che l'*Assicurato* abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
20. 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*);
21. 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;
22. 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;
23. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
24. conseguenti a furto, incendio, esplosione o scoppio;
25. 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*;
26. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
27. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione o utilizzo di veicoli, natanti a motore o aeromobili anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'*Attività Assicurata*;
28. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali;
29. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
30. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
31. per danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
32. derivanti da responsabilità imputabile al personale sanitario segnalato o messo a disposizione dalla *Struttura*;
33. connesse alla vendita di prodotti galenici di propria produzione:
 - direttamente esportati in USA e Canada;
 - relativamente alle conseguenze derivanti da inibitori selettivi della Cox-2, composti chimici facenti parte della classe dei retinoidi, nonché dalle seguenti sostanze: 8-idrossichinolina alogenata, aristolochia, astemizolo, benfluorex, bromfenac, cantaxantina, catina, catha edulis, cerivastatina, cisapride, clobenzorex, danthron, dexfenflurina, dietilstibestolo, efedra, encainide, fenfluramina, flosequinan, garcinia, kava kava, leflunomide, meferonex, mibefradil, nefazodone, fenilpropanolamina, rocuronio, remoxipride, rimonabant, sida cordifolia, temafloxacin, terfenadina, talidomide, thimersosal/thiomersal, troglitazone, usnea;
 - relativamente alle conseguenze derivanti dall'utilizzo di germanio, se utilizzato quale ingrediente di integratori alimentari o prodotti dietetici;
34. conseguenti a vizio originario delle *Cose* vendute, consegnate e/o somministrate;
35. conseguenti a *Danni* alle *Cose* vendute, consegnate e/o somministrate, anche a domicilio (compresi medicinali, generi alimentari, prodotti omeopatici, di erboristeria, prodotti galenici e magistrali, nonché altri prodotti consentiti dalla normativa vigente), le spese per le relative riparazioni o sostituzioni, nonché i *Danni* conseguenti a mancato uso o mancata disponibilità;
36. conseguenti a *Danni* alle *Cose* durante le operazioni di trasporto, carico o scarico;
37. conseguenti a *Danni* verificatisi e/o denunciati oltre 1 (uno) anno dalla vendita, consegna o somministrazione degli stessi e, comunque, oltre la data di scadenza del *Periodo di Assicurazione*;
38. per *Danni* conseguenti a ritardi nella prenotazione e/o mancata prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale;
39. conseguenti a distruzione o deterioramento di denaro.

3.3 Ulteriori esclusioni applicabili alla garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus

Denuncia cautelativa di *Circostanze*

In relazione alla facoltà di denunciare *Circostanze* prevista dalla garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus, sezione d) Denuncia cautelativa di *Circostanze* di cui all'Art. 2.1, lett. A, la copertura non è efficace in relazione a:

- *Richieste di Risarcimento* connesse e/o conseguenti a *Circostanze* note all'*Assicurato* antecedentemente all'acquisto della garanzia aggiuntiva opzionale "RC Plus";
- *Circostanze* note per la prima volta all'*Assicurato* nel corso del *Periodo di Assicurazione*, e da lui denunciate alla *Società* oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza di tale *Periodo di Assicurazione*;

- *Richieste di Risarcimento*, connesse e/o conseguenti a *Circostanze* regolarmente denunciate alla *Società*, pervenute all'*Assicurato* oltre i 3 (tre) anni successivi alla scadenza dell'ultimo *Periodo di Assicurazione* in cui l'*Assicurato* è coperto con la presente *Polizza* avendo acquistato la garanzia aggiuntiva opzionale "RC Plus".

3.4 Esclusioni dal novero dei terzi

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

Relativamente alla garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus, sezione *Perdite Patrimoniali* di cui all'Art. 2.1, lett. A non sono considerati terzi: la *Struttura*, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di Responsabilità Amministrativa e/o di surrogazione come previsto all'Art. 1.6.1.



Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento

Salvo quanto previsto dalla garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus di cui all'Art. 2.1, lett. A, non sono considerate **Richieste di Risarcimento**, e dunque non costituiscono **Sinistro**:

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

4.2 Franchigia

L'Assicurazione è prestata con l'applicazione di una *Franchigia* per *Sinistro* se indicata in *Scheda di Polizza*, fermo quanto indicato all'Art. 6.4.

Limitatamente alla garanzia aggiuntiva **RC Plus di cui all'Art. 2.1, lett. A, sezione c)**, l'Assicurazione è prestata con l'applicazione di una *Franchigia* per *Sinistro* pari a € 100 (cento) per l'attività svolta ai sensi del D. Lgs. 175/2014 e del D.M. del 31 luglio 2014 in materia di raccolta e trasmissione dei dati relativi agli "scontrini parlanti" e allo smarrimento, distruzione o deterioramento di referti, ricette, prenotazioni e ticket.

4.3 Massimale e Sottolimiti di Indennizzo

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

L'Assicurazione comprende:	Sottolimito di Indennizzo per Sinistro	Sottolimito di Indennizzo per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri
Art. 2.1, lettera A, sezione a) – Qualifica Direttiva - <i>Perdite Patrimoniali</i>	€ 100.000	€ 100.000
Art. 2.1, lettera A, sezione b) <i>Perdite Patrimoniali</i> – CTU e CTP	€ 100.000	€ 100.000
Art. 2.1, lettera A, sezione c) Altre <i>Perdite Patrimoniali</i>	- punti 1, 2 e 3 € 100.000 - punti 4, 5 e 6 € 10.000	- punti 1, 2 e 3 € 100.000 - punti 4, 5 e 6 € 10.000

4.4 Sanzioni Internazionali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente *Polizza*, la *Società* non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi *Contraente*, *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.



Dove vale la copertura?

Articolo 5 Estensione territoriale

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

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

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

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



Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?

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

Articolo 6 *Sinistri*

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

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 denunciare per iscritto alla Società ciascun *Sinistro* entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 (trenta) giorni dalla cessazione di tale *Periodo di Assicurazione*.

Tale denuncia deve contenere la data e la descrizione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e la residenza dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per la Società.

Alla denuncia deve far seguito con urgenza l'invio dei documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al *Sinistro*, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti, impegnandosi a prestare la massima collaborazione alla Società nell'istruzione e nella gestione del *Sinistro* stesso.

Nel caso in cui l'Assicurato riceva una *Richiesta di Risarcimento* connessa o conseguente ad una *Circostanza* pregressa di cui all'Art. 1.8.4, l'Assicurato dovrà allegare alla denuncia il contratto di assicurazione in corso al momento in cui è venuto per la prima volta a conoscenza della *Circostanza* e la Società si riserva di richiedere documentazione integrativa in relazione ai precedenti assicurativi dell'Assicurato.

In caso di avviso tardivo che comporti qualsiasi pregiudizio alla Società – ivi compresa l'impossibilità di coinvolgere anche in sede giudiziale co-responsabili - l'Assicurato incorre nella possibilità che l'eventuale *Indennizzo* relativo al *Sinistro* tardivamente denunciato possa essere proporzionalmente ridotto o addirittura non dovuto in ragione del pregiudizio causato alla Società.

Senza il previo consenso scritto della Società, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare *Danni* e *Perdite Patrimoniali*, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la Società si riserva il diritto di negare l'*Indennizzo* ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.

Le denunce di *Sinistro* dovranno essere inoltrate all'Intermediario o direttamente a:

AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano,
rcprofessionale@amtrustgroup.com - sinistriamtrust@pec.it

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

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

6.2 Patto di gestione della lite

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze in nome e per conto dell'Assicurato tanto in sede stragiudiziale, giudiziale, amministrativa, compresi i procedimenti di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010, designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

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

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

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

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

6.3 Denuncia cautelativa di *Circostanze*

È facoltà dell'Assicurato denunciare *Circostanze* di cui ha avuto conoscenza nel corso del *Periodo di Assicurazione*, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza e comunque tassativamente non oltre 30 (trenta) giorni dalla

cessazione di tale *Periodo di Assicurazione* ai sensi della garanzia aggiuntiva opzionale RC Plus di cui all'Art. 2.1 lett. A, sezione d) qualora acquistata.

L'*Assicurato* è tenuto 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. **La denuncia di una *Circostanza* non obbliga la *Società* a farsi carico della gestione della vertenza e delle relative spese.**

6.4 Gestione del *Sinistro*

La gestione del *Sinistro* sarà la seguente:

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

6.5 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 degli artt. 1910 e 1913 del Codice civile.

6.6 Liquidazione del *Sinistro*

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

Il *Contraente* e l'*Assicurato* devono comunicare in modo completo e veritiero le informazioni che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della *Società*.

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

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

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.

In caso di *Sinistro* vale quanto disposto dall' Art. 6.5.

7.3 Variazioni contrattuali - Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni *Variazione del rischio* tramite l'Intermediario incaricato entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di *Variazione del rischio*.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile.

7.4 Variazioni contrattuali a scadenza

Se alla scadenza del *Periodo di Assicurazione* la Società voglia apportare variazioni alle condizioni normative, deve darne comunicazione al Contraente almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza.

Per l'accettazione delle eventuali variazioni normative è richiesto un consenso esplicito da parte del Contraente, in mancanza del quale, l'Assicurazione cesserà di avere efficacia alla scadenza del *Periodo di Assicurazione*.

Alla scadenza contrattuale e previo preavviso di almeno 90 (novanta) giorni, anche ai sensi della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al 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; in tal caso il Contraente può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie e normative esplicitamente, oppure ritirando la nuova quietanza e pagando il nuovo *Premio*.

7.5 Ulteriori variazioni - Albo e licenziamento

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

La comunicazione scritta di tali eventi alla Società comporta l'automatica cessazione della presente *Polizza* alla successiva scadenza annuale con esclusione del tacito rinnovo.

7.6 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 del Codice civile.

7.7 Foro competente per l'esecuzione del contratto

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

7.8 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

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 il **Contraente** non paga le rate di **Premio** successive alla prima, ivi incluso il pagamento del **Premio** aggiuntivo per il **Periodo di Ultrattività** qualora attivato, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° (quindicesimo) giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste.

Fermo quanto previsto dal comma precedente, decorsi i termini ivi previsti, la **Società** ha facoltà di accettare il pagamento del **Premio** previa compilazione e sottoscrizione, da parte dell'**Assicurato**, di apposita documentazione integrativa.

Resta salva la facoltà della **Società** di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato al successivo Art. 10.3.

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

Le modalità di pagamento dei **Premi** sono le seguenti:

- 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 efficace cioè copra i Sinistri denunciati dall'Assicurato. In caso di mancato pagamento, il contratto sottoscritto non è operante. Pertanto, quando stipuli l'Assicurazione 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 Assicurata** secondo quanto indicato all'Art. 1.3, il **Contraente** (e/o i suoi eredi) è tenuto a corrispondere il **Premio** aggiuntivo per l'attivazione dell'estensione di ultrattività decennale della garanzia **entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione** in corso all'atto della cessazione dell'**Attività Assicurata**, secondo quanto di seguito specificato:

- 500% del **Premio** annuo lordo;
- 300% del **Premio** annuo lordo per i contratti in vigore a condizioni invariate (**salvo il caso di adeguamento di precedente contratto ai sensi del D.M. 232 del 15 dicembre 2023**) da almeno 2 (due) annualità complete ed in assenza di **Sinistri** denunciati dall'**Assicurato**.

Il **Premio** aggiuntivo deve essere corrisposto in unica soluzione.

Per i contratti in vigore da almeno 5 (cinque) 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 riprenda a svolgere l'attività professionale e/o stipuli altra assicurazione per gli stessi rischi, l'estensione di ultrattività decennale cesserà e diverrà immediatamente inefficace a partire da tale data.

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

8.4 Rimborso del Premio

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 9 Effetto e durata della *Polizza*

Il primo *Periodo di Assicurazione* ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella *Scheda di Polizza*, se il *Premio* o la prima rata di *Premio* sono stati pagati, 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 dopo quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 10.3.

L'*Assicurazione* ha la durata prevista dalla *Scheda di Polizza* e, in mancanza di disdetta, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 (uno) anno salvo quanto previsto dall'Art. 7.4.



Come posso disdire la *Polizza*?

Articolo 10 Casi di interruzione del contratto

10.1 *Disdetta dell'Assicurazione*

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

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

10.2 *Recesso per Sinistro*

Dopo ogni denuncia di *Sinistro* e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'*Indennizzo*, il *Contraente* può recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

La *Società* può recedere dal presente contratto assicurativo con le medesime modalità in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'*Assicurato* per più di un *Sinistro*, accertata con sentenza definitiva, che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

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

10.3 *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. **Il contratto è risolto di diritto se la Società, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata di Premio sono scaduti, non agisce per la riscossione.** Resta inteso che, in caso di risoluzione del contratto per mancato pagamento del *Premio*, anche i *Sinistri* denunciati nei 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza della rata di *Premio* non sono in garanzia.

10.4 *Diritto di ripensamento*

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

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

NORME DI LEGGE UTILI PER LA COMPrensIONE DELLA POLIZZA

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

CODICE CIVILE

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto

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

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

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

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

Art. 1897 Diminuzione del rischio

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

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

Art. 1898 Aggravamento del rischio

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

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

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

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

Art. 1899 Durata dell'assicurazione

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

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

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

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

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

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è 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 darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

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

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

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore

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

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

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

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

Art. 1917 Assicurazione della responsabilità civile

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

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

Art. 2055 Responsabilità solidale

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

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

Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali.

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

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

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

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

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

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

Art. 9, comma 5 e 6

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

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

Art. 10, comma 1 e 2 Obbligo di assicurazione

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

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

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

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

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

NUMERI E RIFERIMENTI UTILI

I riferimenti della *Società* sono i seguenti:

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

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

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



AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Gentile Cliente,

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

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



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

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



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

info-privacy@amtrustgroup.com.

2. Finalità del trattamento dei dati e base giuridica

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

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

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

Inoltre, i dati di recapito da Lei forniti potranno essere utilizzati per inviarLe comunicazioni di servizio strumentali e utili al miglioramento della gestione del rapporto assicurativo, nel quadro dei servizi al cliente e della verifica della qualità dei servizi stessi. In assenza di tali dati non sarà possibile contattarLa tempestivamente per fornirLe informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale e ad altre comunicazioni di servizio.

3. Natura del conferimento dei dati



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

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

4. Modalità del trattamento e periodo di conservazione dei dati



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

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

5. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali



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

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

6. Diffusione dei dati



I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione.

7. Trasferimenti dei dati all'estero



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

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

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



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

9. Diritti dell'interessato



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

- a) chiedere alla Compagnia l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- b) opporsi al trattamento dei Suoi dati personali;
- c) esercitare il diritto alla portabilità dei dati (quando il trattamento di tali dati si basa sul Suo consenso o su di un contratto di cui Lei è parte ed il trattamento è effettuato con mezzi automatizzati);
- d) revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità dei trattamenti svolti dalla Compagnia basati sul Suo consenso prestato prima della revoca;
- e) in caso non sia pienamente soddisfatto delle risposte della Compagnia alle Sue richieste, proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente per territorio.

I diritti sopra descritti possono essere esercitati con richiesta rivolta alla Compagnia e/o al proprio Responsabile della Protezione dei Dati (DPO), senza particolari formalità, all'indirizzo di posta elettronica: info-privacy@amtrustgroup.com