

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Professionale del Medico

Il Set Informativo contiene:

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

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Edizione Giugno 2019 – Ultimo Aggiornamento Settembre 2023

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



AmTrust Assicurazioni

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "AmTrust Medici"



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 i Medici e i Medici Specializzandi, iscritti al relativo Albo professionale, per i danni causati a terzi nello svolgimento della propria Attività Professionale, nonché i Medici in Quiescenza che svolgono attività di volontariato.

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

I profili di rischio assicurabili sono:

- Libero Professionista e/o Dipendente limitatamente all'Attività *Extramoenia*
- Dipendente Pubblico e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Pubblica, inclusa l'Attività *Intramoenia* anche allargata
- Dipendente Privato e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Privata
- Medico Specializzando
- Medico in Quiescenza



Che cosa è assicurato?

- ✓ Il patrimonio dell'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per i danni conseguenti a lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale, nonché il Medico in Quiescenza per i danni arrecati a terzi nello svolgimento di interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'Attività retribuita, o di Attività di volontariato non remunerata.

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

- ✓ Libero professionista o dipendente che svolge *Extramoenia* - **Garanzia I**;
- ✓ Dipendente pubblico o Convenzionato inclusa l'Attività *Intramoenia* anche allargata e Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Pubblica (assicurazione di colpa grave) - **Garanzia II**;
- ✓ Dipendente privato o Convenzionato e Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Privata (assicurazione di colpa grave) - **Garanzia III**;
- ✓ Medico in Quiescenza – **Garanzia IV**.

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

Direttore Sanitario
Perdite Patrimoniali

Ultrattività - in caso di prosecuzione dell'Attività

Attività libero professionale per il Medico Specializzando

Responsabilità extracontrattuale per il Medico Convenzionato

Le coperture assicurative operano entro i **Sottolimiti previsti per ciascuna Garanzia** e comunque nel limite del Massimale di Polizza (da 1.000.000 a 5.000.000 euro).



Che cosa non è assicurato?

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

La Polizza non assicura i sinistri:

- ✗ Notificati durante il Periodo di Assicurazione e denunciati alla Società oltre 30 giorni dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione stesso.
- ✗ Per fatti accaduti prima della Data di Retroattività
- ✗ Connessi e/o conseguenti a sentenze penali di condanna o di patteggiamento ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Assicurato prima della sottoscrizione di Polizza

Sono escluse le Richieste di Risarcimento per:

- ✗ Mancata rispondenza del risultato degli interventi di medicina e chirurgia estetica
- ✗ Danni causati da esplosioni o emanazioni di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, non conseguenti agli aspetti tipici dell'Attività professionale assicurata
- ✗ Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione
- ✗ Violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione
- ✗ Derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk)
- ✗ Responsabilità diretta del medico sostituto
- ✗ Derivanti da consulenza on line e/o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria

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



Ci sono limiti di copertura?

! È prevista l'applicazione di eventuali franchigie, riportate nella Scheda di Polizza (ad esempio in caso di sinistri pregressi)

- ! In caso di responsabilità solidale con altri responsabili, la Società risponde solo per la quota di tua pertinenza
- ! Le Attività professionali assicurate sono unicamente quelle riportate nella Scheda di Polizza



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.
- ✓ Limitatamente alla Medico in Quiescenza, l'Assicurazione per l'Attività di volontariato non remunerata opera per fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere esclusivamente in Italia.
- ✓ L'Assicurato deve avere residenza o domicilio professionale in Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino 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 Compagnia dei cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato.
- Devi comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del tuo diritto all'indennizzo.
- In caso di Sinistro devi denunciarlo alla Società entro 30 giorni da quando ne hai avuto conoscenza, secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione, e agli altri assicuratori se hai assicurato lo stesso rischio anche con altri; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Senza il previo consenso scritto della Società, non devi ammettere responsabilità o definire la liquidazione o transare o sostenere spese; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Devi comunicare tempestivamente alla Società la cessazione dell'Attività professionale e provvedere alla regolazione del relativo premio per l'Ultrattività.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).



Quando e come devo pagare?

Devi pagare il premio prima della data di decorrenza della polizza e puoi scegliere di pagare l'intero premio annuo, oppure optare per il frazionamento semestrale. Il premio è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Se scegli il frazionamento semestrale, dovrai pagare anche la seconda semestralità 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 di regolazione dell'Ultrattività per la cessazione definitiva dell'Attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione o in due rate semestrali, senza oneri aggiuntivi.

Puoi pagare il premio con denaro contante, assegno (bancario, postale o circolare), bonifico bancario o sistemi di pagamento elettronico.



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 o di una rata dello stesso l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza.



Come posso disdire la polizza?

La copertura si rinnova automaticamente alla scadenza annuale, salvo che non venga inviata una disdetta da parte del Contraente almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, secondo le modalità previste dalle Condizioni di Assicurazione.

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

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

AmTrust Assicurazioni S.p.A.



Prodotto "AmTrust Medici" Ed.06/2019 - Ultimo Aggiornamento 09/2023

30/06/2019 (data di realizzazione), il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

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 autorizzata all'esercizio con Provvedimento ISVAP n. 2595 ed è iscritta dal 14.03.2008 al n° 1.00165 dell'Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in Italia.

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 247.455 migliaia di Euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 5.500 migliaia di Euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 276.419 migliaia di Euro. 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>

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 155.996 migliaia di Euro; l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 38.999 migliaia di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura (OF) è pari a 263.222 migliaia di Euro.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 169,00%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente. I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2022.

Al contratto si applica la legge italiana.



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.

L'Assicurazione è prestata nella forma **Claims made**, ossia opera per Richieste di Risarcimento (come rispettivamente definite nelle seguenti Garanzie I, II, III e IV e Garanzie aggiuntive opzionali) ricevute dall'Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza della Polizza, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività riportata nella Scheda di Polizza.

I profili di rischio assicurabili sono:

- Libero Professionista e/o Dipendente limitatamente all'Attività Extramoenia
- Dipendente Pubblico e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Pubblica, inclusa l'Attività Intramoenia anche allargata
- Dipendente Privato e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Privata
- Medico Specializzando
- Medico in Quiescenza

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

GARANZIA I - Responsabilità del libero professionista o dipendente che svolge Extramoenia

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Libero Professionista e il Dipendente limitatamente all'Attività Extramoenia, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti a lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Professionale, unicamente nei casi di:

- Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'Attività Professionale dichiarata ed indicata nella Scheda di Polizza;
- Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria nonché di Surrogazione dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

L'assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- La comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- L'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione;
- La notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- La ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010;
- La comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o l'impresa di assicurazioni della stessa, si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato.

GARANZIA II - Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato inclusa l'Attività Intramoenia anche allargata e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Pubblica (assicurazione di colpa grave)

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Dipendente pubblico o Convenzionato e lo Specializzando tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Professionale e che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Pubblica, unicamente nei casi di:

- Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Pubblica nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con Sentenza della Corte dei conti passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

L'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la segnalazione, inviata all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria Pubblica, di aver inoltrato informazione alla Corte dei conti in ordine ad eventuali Danni;
- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei conti;
- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica o l'impresa di assicurazione della stessa manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

GARANZIA III - Responsabilità del Dipendente privato o Convenzionato e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Privata (assicurazione di colpa grave)

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Dipendente privato o Convenzionato e lo Specializzando tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Professionale e che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Privata, unicamente nei casi di:

- Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria 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 Sentenza Passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

L'Assicurazione è operante per la seguente Richiesta di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Privata o l'impresa di assicurazioni della stessa manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

GARANZIA IV - Responsabilità del Medico in Quiescenza

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico in Quiescenza tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi unicamente nel caso di Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione:

- nello svolgimento di interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di Medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'Attività retribuita;
- nello svolgimento di Attività di volontariato non remunerata e svolta in Italia.

L'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010.

Le seguenti estensioni di Garanzia sono sempre valide ed operanti in relazione alla Garanzia acquistata:

Estensioni di garanzia sempre operanti per le GARANZIE I, II e III

L'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile o Amministrativa dell'Assicurato per:

- i Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'Attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve;
Tale estensione opera con un Sottolimito di importo pari a € 1.000.000,00 (un milione) per Periodo di Assicurazione, entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso;
- l'esecuzione e la partecipazione dell'Assicurato ad Attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo di appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;
- i Danni di natura estetica e fisionomica, fermo quanto escluso all'Art 3.1.2 numero 2 delle Condizioni di Assicurazione;
- le prestazioni sanitarie erogate attraverso la telemedicina;
- l'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti all'Attività svolta dall'Assicurato compreso l'impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi e radioterapisti, per scopi terapeutici;
- la pratica della Medicina omeopatica e dell'agopuntura;
- la consegna e la somministrazione diretta e gratuita di farmaci di cui l'Assicurato abbia curato la conservazione;
- i Danni derivanti da fatti commessi dal medico che sostituisce l'Assicurato e per i quali esiste una responsabilità in capo all'Assicurato;
- le Attività prestate per conto di Strutture Sanitarie pubbliche e/o private per far fronte all'emergenza sanitaria Covid-19 (inclusa somministrazione di vaccini ed esecuzione tamponi) fino al termine della stessa, a prescindere dalla vigenza dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri;
- Perdite Patrimoniali cagionate a terzi derivanti da:
 - furto, perdita o divulgazione non autorizzata di dati personali, siano essi comuni o sensibili, che siano in possesso, custodia o controllo dell'Assicurato, o di un terzo;
- inadempimento colposo da parte dell'Assicurato di quella parte della normativa Privacy che esplicitamente:
 - proibisce o limita la diffusione, la divulgazione e la vendita da parte dell'Assicurato di dati personali;
 - richiede all'Assicurato, previo consenso dell'interessato, di garantire l'accesso ai relativi dati personali ovvero la correzione degli stessi in caso di loro incompletezza o imprecisione;
 - ordina l'adozione di procedure e sistemi atti ad evitare la perdita di dati personali;
- danno reputazionale.
Tale estensione opera con un Sottolimito di importo pari a € 100.000,00 (centomila) per Periodo di Assicurazione, entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.

Estensioni di garanzie per Medico legale o Medico del lavoro

Relativamente all'Attività di Medicina legale o Medicina del Lavoro, qualora una di tali Attività sia indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile per Perdite Patrimoniali.

Estensioni di Garanzie per Medicina di base (Medico Generico)

Relativamente all'Attività di Medicina di base, svolta dal Medico che non abbia conseguito alcun master, diploma di specializzazione o formazione specifica post-laurea, qualora tale Attività sia indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione si intende operante in relazione Responsabilità Civile per:

- sostituzione del Medico di Medicina Generale;
- sostituzione del Pediatra di Libera Scelta;
- Attività presso Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e Servizio di Continuità Assistenziale, inclusa applicazione rimozione di punti di sutura;
- Attività di consulenza presso enti pubblici e privati (es. case di cura private, istituti termali, centri benessere);
- medico prelevatore presso laboratori privati od associazioni;
- medico accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;
- Attività di docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;

- assistenza medica di primo soccorso per eventi sportivi e manifestazioni;
- Attività espletata nell'ambito del Corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.lgs. 17/8/1999 N° 368 e successive modifiche e integrazioni, ai sensi dell'art. 18 del Decreto del Ministro della Salute 07/03/2006 – G.U. n. 60 del 13/03/2006;
- Servizio di Guardia Interdivisionale.

Estensioni di garanzie sempre operanti per la GARANZIA II - Responsabilità del Dipendente Pubblico o Convenzionato compresa l'Attività Intramoenia anche allargata e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Pubblica (assicurazione di colpa grave)

In caso di Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi previsti dalla legge o surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica, l'Assicurazione si intende estesa a:

- Danni derivanti dall'esercizio dell'Attività professionale medica Intramoenia, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalle norme di legge e dai regolamenti vigenti al momento del fatto colposo;

L'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Retroattività minore di 10 anni	LIMITATAMENTE ALL'ACQUISTO DELLA GARANZIA I L'Assicurato può chiedere l'attivazione di un Periodo di Retroattività inferiore a 10 anni, in deroga a quello decennale ordinario.
--	--

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Ultrattività	LIMITATAMENTE ALL'ACQUISTO DELLE GARANZIE I, II, III Qualora l'Assicurato cessi definitivamente la propria Attività per libera volontà, pensionamento, invalidità o morte e non per altra ragione imposta (es.: sospensione o cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari) è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto per una copertura di ulteriori 10 anni, alle medesime condizioni in vigore alla data di cessazione dell'Attività, relativa a fatti verificatisi durante il Periodo di Assicurazione e comunque non precedenti alla Data di Retroattività. In caso di morte dell'Assicurato, la copertura è estesa ai suoi eredi e non è assoggettabile a recesso. La stessa estensione può essere richiesta anche in caso di prosecuzione dell'Attività professionale dell'Assicurato.
Retroattività illimitata	LIMITATAMENTE ALL'ACQUISTO DELLA GARANZIA I L'Assicurato può chiedere l'attivazione di un Periodo di Retroattività illimitato, in deroga a quello decennale ordinario.
Direttore Sanitario	LIMITATAMENTE ALL'ACQUISTO DELLE GARANZIE I, II, III La Società tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi derivanti da atti, fatti, omissioni, ritardi commessi nell'esercizio delle proprie funzioni di Direttore Sanitario di struttura complessa o di analoga funzione organizzativa presso una Struttura Sanitaria. L'Assicurazione comprende inoltre: • le Perdite Patrimoniali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina; • le Perdite Patrimoniali che l'Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a terzi a seguito di propri errori. Ai fini della presente estensione di Garanzia non sono considerati Terzi: la Struttura Sanitaria, 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 al punto 1.3 Garanzia II e 1.4 Garanzia III. La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 100.000,00 (centomila) per Periodo di Assicurazione, entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.
Perdite Patrimoniali	LIMITATAMENTE ALL'ACQUISTO DELLE GARANZIE I, II, III

	<i>La Società tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi:</i> • <i>derivanti dallo svolgimento di incarichi di CTU nominato dall'Autorità giudiziaria o CTP;</i> • <i>conseguenti ad incarichi di mediatore come definito dal D. LGS 28/2010, limitatamente alle vertenze su materie rientranti nelle competenze professionali dell'Assicurato;</i> • <i>conseguenti alla partecipazione a corsi di formazione, convegni, congressi nonché per la pubblicazione di testi o articoli professionali;</i> • <i>derivanti dall'Attività di libera docenza e in qualità di titolare di cattedra universitaria;</i> • <i>derivanti dalla necessità di ripristinare, rimpiazzare e/o ricostruire parzialmente o totalmente Medical Device dallo stesso prescritti con altri equivalenti per uso e qualità.</i> <i>La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 100.000,00 (centomila) per Periodo di Assicurazione, entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.</i>
Attività libero professionale per il Medico Specializzando	LIMITATAMENTE ALL'ACQUISTO DELLE GARANZIE II e III <i>La presente Garanzia aggiuntiva opzionale può essere acquistata solamente dai Medici che rivestono la qualifica di Medico Specializzando ed è prestata esclusivamente per le seguenti prestazioni, in conformità alla normativa vigente ad alla compatibilità con la formazione ai sensi del Decreto Legislativo 17/8/1999 N° 368 e successive modifiche e integrazioni:</i> • <i>Sostituzione Medico di Medicina Generale;</i> • <i>Sostituzione del Pediatra di Libera Scelta;</i> • <i>Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e Servizio di Continuità Assistenziale, inclusa applicazione rimozione di punti di sutura;</i> • <i>Guardia turistica;</i> • <i>Servizio di Guardia Interdivisionale;</i> • <i>Collaborazione a titolo gratuito ed occasionale agli enti e alle associazioni che, senza scopo di lucro, svolgono attività di raccolta di sangue ed emocomponenti sulla base di convenzioni stipulate con le regioni o con gli enti del Servizio sanitario nazionale.</i> <i>L'Assicurazione si estende inoltre alle prestazioni "Estensioni di Garanzia per Medicina di base (Medico Generico)" eventualmente svolte dall'Assicurato prima dell'inizio della scuola di specializzazione, purché entro la Data inizio Retroattività di Garanzia.</i> <i>La presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare il Medico Specializzando tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per Danni conseguenti a lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento delle prestazioni sopra individuate ed opera, ferme le Garanzie II e III valide ed operanti, nel caso di:</i> <i>a) Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento delle Attività sopra citate;</i> <i>b) Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria nonché di Surrogazione dell'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;</i> <i>c) Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.</i> <i>L'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:</i> • <i>La comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;</i> • <i>La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;</i> • <i>L'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione;</i> • <i>La notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";</i> • <i>La ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010;</i>

	La comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o l'impresa di assicurazioni della stessa si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato. La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 1.000.000,00 (un milione) per Periodo di Assicurazione entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.
Responsabilità extracontrattuale per il Medico Convenzionato	Relativamente all'Assicurato che svolge l'Attività indicata nella Scheda di Polizza con qualifica di Medico Convenzionato, l'Assicurazione è prestata esclusivamente per la sua responsabilità extracontrattuale nei confronti dei pazienti della Struttura Sanitaria. La presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare il Medico Convenzionato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per Danni conseguenti a lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Professionale, unicamente nel caso di Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento delle Attività indicate in Scheda di Polizza. L'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento: - la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni; - la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione; - l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione; - la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito "Parte Civile"; - la ricezione da parte dell'Assicurato di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010. La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 1.000.000,00 (un milione) per Periodo di Assicurazione entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che per tutte le GARANZIE (I, II, III, IV e GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI) sono escluse le Richieste di risarcimento: - per Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica; - 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); - per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio; - riconguibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore; - per Perdite Patrimoniali così come definite nelle Condizioni di Assicurazione (salvo quanto previsto dalle "Estensioni di garanzie sempre operanti per le GARANZIE I, II e III" e dalle Garanzie aggiuntive Opzionali "Direttore Sanitario" e "Perdite Patrimoniali" se acquistate). Rimangono comunque sempre esclusi dalla Garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali; - per Danni dovuti al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente; - derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici; - alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo; - in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere; - relative a spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati;

- in relazione 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;
- in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'Attività professionale indicata in polizza. Resta inteso che sono altresì escluse le Richieste di Risarcimento riconducibili ad Attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
- per fatti dolosi commessi dall'Assicurato;
- per Danni derivanti da inadempienze contrattuali (es. restituzione compensi);
- per Danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
- per Danni conseguenti ad Attività non indicate in Scheda di Polizza;
- per Danni conseguenti alla conduzione dello studio medico dell'Assicurato.

Limitatamente alla GARANZIA I e alle GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI "Attività libero professionale per il Medico Specializzando" e "Responsabilità extracontrattuale per il Medico Convenzionato" sono escluse anche le Richieste di Risarcimento conseguenti a **Fatti Noti** prima della data di effetto della Polizza, anche se mai denunciati a precedenti assicuratori.

Per **Fatti Noti** si intendono quei fatti, circostanze e situazioni (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, atti giudiziari, indagini, anche interne della Direzione Sanitaria) in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Assicurato, che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento da parte di terzi in conseguenza dell'Attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi sostituti temporanei.

Non si considerano Fatti Noti e pertanto le Richieste di Risarcimento conseguenti saranno considerate Sinistro ai sensi di Polizza:

- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura Sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa l'Assicurato venga portato a conoscenza della esistenza di una Richiesta di Risarcimento relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto;
- le comunicazioni notificate all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.

Limitatamente alle GARANZIE II e III sono escluse anche le Richieste di Risarcimento:

- relative ai Danni per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo 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;
- relative 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 Sanitaria di cui è dipendente.

Limitatamente alle GARANZIE II e III, per l'Attività svolta in qualità di Medico Specializzando, sono escluse anche le Richieste di Risarcimento:

- per qualsiasi Attività svolta dall'Assicurato diversa dalla regolare frequenza di tirocinio obbligatorio post-laurea presso Ente ospedaliero universitario pubblico o di corso di specializzazione universitaria, salvo quanto previsto dall'estensione di Garanzia aggiuntiva opzionale "Attività libero professionale per il Medico Specializzando" eventualmente attivata;
- derivanti dall'Attività professionale svolta successivamente al conseguimento della specializzazione (anche nel caso in cui sia attivata la Garanzia aggiuntiva opzionale "Attività libero professionale per il Medico Specializzando").

Limitatamente alla GARANZIA IV sono escluse anche le Richieste di Risarcimento:

- conseguenti allo svolgimento di Chirurgia e/o Attività Invasiva;
- derivanti dall'Attività Professionale svolta antecedentemente al pensionamento;
- derivanti dall'Attività medica comunque remunerata.

	Salvo il caso di colpa grave dell'Assicurato, l'Assicurazione non opera in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria (ivi comprese Onlus ed associazioni di volontariato) con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo 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. LIMITATAMENTE ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA OPZIONALE "Perdite Patrimoniali" Rimangono sempre esclusi dalla presente Garanzia aggiuntiva opzionale: • gli interventi relativi connessi o conseguenti alla fecondazione ed al concepimento umano; • la Responsabilità Civile che ricade ai sensi di legge sul fabbricante dei prodotti che l'Assicurato utilizza ai fini della propria Attività professionale; • i vizi e difetti che si manifestano oltre i tre mesi successivi alla consegna, all'utilizzo od all'impianto del Medical Device sul paziente.
--	--

	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. Limitatamente alle GARANZIE II e III non sono considerate Richiesta di Risarcimento, e dunque non costituiscono Sinistro: • la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura Sanitaria Pubblica e Privata dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della Struttura Sanitaria stessa; • la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura Sanitaria Pubblica e Privata dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.
---	--

	Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue: la denuncia di sinistro per le Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione (da farsi entro 30 giorni da quando si è avuta conoscenza del sinistro stesso e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla cessazione della Polizza) deve contenere: - la data e la descrizione del fatto; - l'indicazione delle cause e delle conseguenze; - il nome e la residenza dei danneggiati; - ogni altra notizia utile per la Società. Deve essere trasmessa, a: AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici 14 – 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: rcprofessionale@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it che potrà svolgere l'Attività tramite le proprie sedi territoriali. 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. Limitatamente alle GARANZIE II e/o III occorre fornire prova del rapporto di lavoro subordinato o del convenzionamento con la Struttura Sanitaria. 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.
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni false o reticenze sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto possono comportare: • l'annullamento del Contratto se derivanti da dolo o colpa grave o la facoltà di recesso da parte dell'Assicuratore se non sussiste dolo o colpa grave; • la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	L'Impresa si impegna a pagare all'Assicurato gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 45 giorni dalla data di definizione del sinistro o del mancato accordo dell'importo dello stesso.



Quando e come devo pagare?

Premio	Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che: - I premi assicurativi sono pagati con le seguenti modalità: denaro contante (entro i limiti previsti dalla normativa vigente in relazione ai contratti assicurativi contro i danni), assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione oppure 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. - 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 è annuale ma è prevista la possibilità di frazionamento semestrale. - Non sono previste tecniche di vendita multilevel marketing.
Rimborso	Nei casi di Recesso per sinistro o per esercizio del "Diritto di ripensamento", al Contraente è dovuto il rimborso della parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di richiedere la sospensione totale o parziale del contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che, qualora il contratto sia stato promosso o collocato a distanza (c.d. vendita a distanza), il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di Recesso per ripensamento. Tale termine decorre dalla data di conclusione del contratto di Assicurazione. La volontà di recedere dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano), inviata all'Intermediario incaricato o alla Società.
Risoluzione	Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che il Contraente può recedere dal contratto anche in corso d'anno, dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o al rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 30 giorni rispetto alla data di effetto del recesso.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai Medici, iscritti al relativo Albo professionale, per lo svolgimento della propria Attività professionale come Libero Professionista, Dipendente di Struttura Sanitaria o Convenzionato, Medico Specializzando, nonché al Medico in Quiescenza per lo svolgimento di interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'Attività retribuita, o di Attività di volontariato non remunerata.



Quali costi devo sostenere?

Il premio pagato dal Contraente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 21,50% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	È da considerarsi reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto a Ufficio Reclami – AmTrust Assicurazioni S.p.A. - Via Clerici 14, 20121 Milano - Fax +39 0283438174 - Email: reclami@amtrustgroup.com. 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:	
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 è facoltativo e applicabile in caso di disaccordo in merito alla gestione del sinistro tra l'Assicurato e la Società; le parti possono demandare ad un arbitro che decida secondo equità, designato di comune accordo, o in mancanza di accordo, designato dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. - 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).

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

AMTRUST ASSICURAZIONI S.P.A. METTE A DISPOSIZIONE DEI PROPRI CLIENTI UN' AREA RISERVATA DEL PROPRIO SITO WEB DESTINATA ALLA SOLA CONSULTAZIONE DI INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO.

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario.....	3
Che cosa è assicurato?	7
Informazioni sull'Assicurazione	7
Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie.....	7
1.1 Disposizioni Comuni	7
a. Oggetto.....	7
b. Validità temporale dell'Assicurazione	7
b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione	7
b.2 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'Attività.....	7
c. Surrogazione	8
1.2 GARANZIA I - Responsabilità del Libero professionista o dipendente che svolge <i>Extramoenia</i>	8
1.3 GARANZIA II - Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato inclusa l'Attività <i>Intramoenia</i> anche allargata e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Pubblica (assicurazione di colpa grave)	8
1.4 GARANZIA III - Responsabilità del Dipendente privato o Convenzionato e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Privata (assicurazione di colpa grave)	8
1.5 GARANZIA IV - Responsabilità del Medico in Quiescenza	9
1.6 Estensioni di Garanzie incluse nel Premio	9
a. Estensioni di Garanzie sempre operanti per le Garanzie I, II e III.....	9
b. Estensioni di Garanzie per Medico legale o Medico del lavoro	10
c. Estensioni di Garanzie per Medicina di base (Medico Generico)	10
d. Estensioni per la Garanzia II - Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato inclusa l'Attività <i>Intramoenia</i> anche allargata e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Pubblica (assicurazione di colpa grave)	10
Articolo 2 Garanzie aggiuntive opzionali.....	10
2.1 Direttore Sanitario.....	10
2.2 Perdite Patrimoniali	11
2.3 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività	11
2.4 Attività libero professionale per il Medico Specializzando	11
2.5 Responsabilità extracontrattuale per il Medico Convenzionato	12
Che cosa NON è assicurato?	13
Articolo 3 Esclusioni	13
3.1 Esclusioni applicabili a tutte le Garanzie (I, II, III e IV e Garanzie aggiuntive opzionali)	13
3.2 Esclusioni applicabili alla Garanzia I e alle Garanzie aggiuntive opzionali "Attività libero professionale per il Medico Specializzando" e "Responsabilità extracontrattuale del Medico convenzionato"	14
3.3 Esclusioni applicabili alle Garanzie II e III	14
3.4 Esclusioni applicabili alla Garanzia IV	15
3.5 Esclusioni applicabili alla Garanzia aggiuntiva opzionale "Perdite Patrimoniali"	15
Ci sono limiti di copertura?.....	15
Articolo 4 Limiti di copertura	15
4.1 Limitazioni riferite alla Garanzia II e III.....	15
4.2 Franchigia.....	15
4.3 Responsabilità solidale	15

4.4 Sanzioni Internazionali	15
Dove vale la copertura?	16
Articolo 5 Estensione territoriale.....	16
Articolo 6 Sinistri	16
6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro	16
6.2 Gestione delle vertenze e spese legali	16
6.3 Liquidazione del Sinistro.....	16
6.4 Coesistenza di altre assicurazioni	17
Quando e come devo pagare?	17
Articolo 7 Pagamento, regolazione e rimborso del Premio	17
7.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa.....	17
7.2 Premio di Regolazione - Ultrattività	17
7.3 Rimborso del Premio	17
Quando comincia la copertura e quando finisce?	17
Articolo 8 Effetto e durata della Polizza.....	17
Recesso e risoluzione.....	18
Articolo 9 Casi di interruzione del Contratto	18
9.1 Recesso per Sinistro	18
9.2 Risoluzione per mancato pagamento del Premio	18
9.3 Diritto di ripensamento.....	18
Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie	18
Articolo 10 Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro.....	18
Altre Disposizioni Contrattuali	18
Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	18
Articolo 12 Variazioni contrattuali	18
12.1 Aggravamento e diminuzione del rischio	18
12.2 Ulteriori Variazioni contrattuali per il Medico Specializzando.....	18
Articolo 13 Altre Assicurazioni	19
Articolo 14 Assicurazione per conto altrui.....	19
Articolo 15 Oneri fiscali.....	19
Articolo 16 Variazioni contrattuali a scadenza	19
Articolo 17 Foro competente per l'esecuzione del Contratto	19
Articolo 18 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione.....	19
Articolo 19 Forma delle comunicazioni in caso di vendita a distanza	19
Articolo 20 Rinvio alle norme di legge	19

Glossario

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

Assicurato	La persona fisica indicata nella Scheda di Polizza, che svolge la specifica Attività professionale ivi indicata ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione, secondo quanto previsto per ciascuna Garanzia (I, II, III e IV) che risulti attivata nella Scheda di Polizza.
Attività del Dipendente privato	L'Attività professionale - indicata nella Scheda di Polizza - svolta dal Medico Assicurato all'interno o per conto della Struttura Sanitaria Privata con rapporto di lavoro dipendente e subordinato, esclusa qualunque Attività libero professionale che comporti l'instaurazione di un'obbligazione contrattuale con il paziente.
Attività del Dipendente pubblico	L'Attività professionale - indicata nella Scheda di Polizza - svolta dal Medico Assicurato all'interno o per conto della Struttura Sanitaria Pubblica, con rapporto di lavoro dipendente e subordinato, inclusa l'eventuale Attività <i>Intramoenia</i> esclusa qualunque Attività Libero Professionale esterna.
Attività del Medico Convenzionato	L'Attività professionale - indicata nella Scheda di Polizza - svolta dal Medico Assicurato non alle dirette dipendenze della Struttura Sanitaria, ma di cui essa si avvale per l'erogazione di prestazioni inerenti alle obbligazioni contrattuali assunte da quest'ultima, e che presta la propria Attività professionale presso o per conto della Struttura o delle Strutture, con rapporto di lavoro autonomo ed in assenza di qualunque obbligo contrattuale instaurato con il paziente.
Attività del Medico Libero professionista	L'Attività libero professionale - indicata nella Scheda di Polizza - svolta dal Medico Assicurato all'esterno delle Strutture Sanitarie, o anche all'interno delle stesse, allorché si avvale, per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale <u>direttamente assunta con il paziente</u> , di Strutture Sanitarie delle quali non è né Dipendente né Convenzionato.
Attività del Medico Specializzando	L'Attività professionale - indicata nella Scheda di Polizza - svolta dal Medico Assicurato in relazione alla regolare frequenza del tirocinio obbligatorio post-laurea presso un Ente Ospedaliero Universitario pubblico o privato o di corso di specializzazione universitaria, nonché, <u>se espressamente indicata nella Scheda di Polizza attivando l'apposita Garanzia Aggiuntiva</u> , l'Attività libero professionale.
Attività Extramoenia	È considerata <i>Extramoenia</i> l'Attività Libero Professionale svolta privatamente dal medico Dipendente pubblico all'esterno della Struttura Sanitaria Pubblica cui non sia legato da vincolo di esclusività.
Attività Intramoenia	È considerata <i>intramoenia</i> l'Attività svolta dai soggetti che rispondono a determinati requisiti soggettivi: - Personale dipendente dirigente del servizio sanitario nazionale; - Docenti universitari e ricercatori che effettuano Attività assistenziale presso cliniche e istituti universitari di ricovero e cura anche se gestiti direttamente dalle università; - Personale laureato e medico di ruolo in servizio nelle strutture delle facoltà di Medicina e chirurgia delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria; - Dipendenti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto privato; - Personale autorizzato ad operare presso studi privati o strutture non accreditate; purché l'Attività rispetti i criteri fissati dal D.M. Sanità 31/7/1997 e successivamente negli atti adottati dai direttori generali delle Strutture Sanitarie.

Attività Invasiva	Quell'Attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo sia a fini diagnostici che terapeutici.
Chirurgia	Quell'Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto per fini terapeutici.
Chirurgia Minore	Quell'Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto per fini terapeutici, senza l'utilizzo di anestesia se non di tipo locale.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Danno/Danni	La/le conseguenza/e pregiudizievole/i del fatto illecito o dell'evento assicurato. I Danni possono essere Patrimoniali o Non Patrimoniali.
Danni non patrimoniali	Tutti i Danni conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale della vittima.
Danni Patrimoniali	Il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose (ivi compresi gli animali) nonché quelli consequenziali ai Danni da lesioni personali e morte che riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.
Fatti Noti	Per Fatti Noti si intendono quei fatti, circostanze e situazioni (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, atti giudiziari, indagini, anche interne della Direzione Sanitaria) in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Assicurato, che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento da parte di terzi in conseguenza dell'Attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi sostituti temporanei. Non sono considerati Fatti Noti: • la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura Sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa l'Assicurato venga portato a conoscenza della esistenza di una Richiesta di Risarcimento relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto; • le comunicazioni notificate all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.
Franchigia	L'importo indicato nella Scheda di Polizza che viene dedotto dal Danno ed è a carico dell'Assicurato.
Impresa di assicurazione	Si veda "Società".
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Massimale	La somma massima 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 pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Medical Device	Qualunque strumento, apparecchio, impianto, sostanza, con esclusione dei software, utilizzato da solo o in combinazione con altri Medical Device o farmaci, utilizzato per Attività di prevenzione, diagnosi, controllo, terapia o attenuazione di una malattia, compensazione di una ferita o di un handicap, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico.
Medico Convenzionato:	Il medico, non alle dirette dipendenze della Struttura Sanitaria, di cui quest'ultima si avvale per l'erogazione delle prestazioni inerenti le obbligazioni dalla stessa assunte, e che presta la propria Attività con rapporto di lavoro

autonomo presso e/o per conto della Struttura Sanitaria in assenza di uno specifico rapporto contrattuale assunto con il paziente.

Medico in Quiescenza

Il medico, già percettore del trattamento pensionistico che non esercita ulteriormente Attività professionale comunque remunerata ed è Assicurato esclusivamente per le prestazioni di primo soccorso per motivi deontologici nonché per l'Attività di volontariato.

Medico Specializzando

Il medico in formazione specialistica, che non abbia già una specializzazione, iscritto ad una scuola di specializzazione post universitaria con accesso alle unità operative ed ai dipartimenti assistenziali, sino e non oltre la data di conseguimento della specializzazione e comunque non oltre il compimento del trentottesimo anno d'età.

Medico Libero professionista

Il medico che svolge la propria Attività libero professionale all'esterno delle Strutture Sanitarie, o anche all'interno delle stesse, allorché si avvale, per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale direttamente assunta con il paziente, di Strutture Sanitarie delle quali non è né Dipendente né Convenzionato.

Medico Dipendente privato

Il medico che assume con un Soggetto, Ente od Impresa Privati, un rapporto di lavoro dipendente subordinato. A tal fine per Soggetto, Ente od Impresa Privata si intendono tutti i soggetti, datori di lavoro, diversi dalla Pubblica Amministrazione, a titolo esemplificativo: Case di Cura ed Enti Sanitari privati anche se convenzionati con il SSN; Case di Riposo, Cooperative, ONLUS ed Associazioni senza fini di Lucro; Istituti Universitari ed IRCCS privati; etc.

Medico Dipendente pubblico

Il medico che assume con la Pubblica Amministrazione un rapporto subordinato di impiego, a tempo determinato o indeterminato, con rapporto esclusivo od a tempo parziale, indipendentemente che detto rapporto sia giuridicamente regolato dalla disciplina pubblica o privatistica. A tal fine per Pubblica Amministrazione si intendono: le Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato; le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane ed i Consorzi costituiti fra le stesse; le Scuole e le Università; gli IACP; le CCIAA; gli Enti Pubblici non economici Nazionali o Regionali; Le Aziende e gli Enti del SSN e gli IPAB e le RSA; l'Aran e le Agenzie di diritto Pubblico; in generale tutti gli Enti il cui personale dipendente è assoggettato al giudizio per Responsabilità Contabile e per Danno Erariale da parte della Corte dei conti.

Perdite Patrimoniali

Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di Danni materiali e corporali.

Periodo di Assicurazione

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

Periodo di Retroattività

Il periodo intercorrente dalla Data di Retroattività indicata in Scheda di Polizza e la data di decorrenza del Periodo di Assicurazione entro il quale devono essere accaduti i fatti denunciati nella Richiesta di Risarcimento pervenuta durante il Periodo di Assicurazione.

Polizza

Il documento contrattuale che disciplina i rapporti tra Società, Contraente e Assicurato.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società a titolo di corrispettivo della copertura assicurativa prestata dalla Società, ivi inclusa la regolazione Premio dovuta nei casi previsti in Polizza.

Scheda di Polizza	È il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, che prova il contratto di assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, l'Attività professionale svolta dall'Assicurato che viene fatta oggetto di copertura, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, l'eventuale Franchigia, il Massimale, il Periodo di Retroattività e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.
Sentenza passata in giudicato	È il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché scaduto il termine per poterlo fare, o perché sono già state esperite tutte le impugnazioni possibili. Quindi il provvedimento passato in giudicato è caratterizzato dall'incontrovertibilità della cosa giudicata, ovvero nessun giudice può nuovamente pronunciarsi su quella sentenza.
Set Informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, prima della sottoscrizione del Contratto o della proposta di Assicurazione, composto da: Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario, DIP danni, DIP Aggiuntivo, Modulo di proposta ove previsto.
Sinistro	Una o più Richieste di Risarcimento (come definito in ciascuna Garanzia o Garanzia aggiuntiva opzionale) conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato, per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione.
Serie di Sinistri	Una pluralità di Sinistri, anche conseguenti a differenti eventi, riconducibili ad uno stesso atto, o a più atti o fatti tutti riconducibili ad una stessa causa o aventi il medesimo nesso eziologico. La data del primo Sinistro sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.
Società	L'Impresa AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.
Sottolimito	La somma massima inclusa nel Massimale 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 specifica Garanzia per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Struttura Sanitaria	Le strutture sanitarie o le aziende sanitarie pubbliche o private che erogano prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di Medicina legale o prestazioni sociosanitarie.
Variazione del rischio	Qualunque mutamento del rischio (es: cambio Attività, specializzazione, cambio contratto) avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione.
Vendita a distanza	Qualunque modalità di vendita che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore e del Contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione, prestata nella forma **Claims made**, è rivolta al Medico iscritto al relativo Albo professionale, per la propria Attività professionale svolta come Libero professionista o Dipendente di Struttura Sanitaria o Convenzionato, Medico Specializzando o al Medico in Quiescenza che presta Attività di primo soccorso per motivi deontologici e svolge Attività di volontariato. L'Assicurazione tiene indenne il Medico Assicurato dei Danni causati a terzi nello svolgimento delle Attività professionali specificate nella Scheda di Polizza e per le quali ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, le eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di risarcimento.

Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie

1.1 Disposizioni Comuni

a. Oggetto

La Società tiene indenne il Medico Assicurato, **fino alla concorrenza del Massimale e dei Sottolimiti di Garanzia per Periodo di Assicurazione indicati nella Scheda di Polizza**, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivati da lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale, dichiarata nella Scheda di Polizza, alternativamente o contemporaneamente, in qualità di:

- Libero professionista e/o Dipendente limitatamente all'Attività *Extramoenia* (Garanzia I);
- Dipendente pubblico e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Pubblica, inclusa l'Attività *Intramoenia* anche allargata (Garanzia II) - assicurazione di colpa grave;
- Dipendente privato e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Privata (Garanzia III) - assicurazione di colpa grave;
- Medico Specializzando (Garanzia II e III) - assicurazione di colpa grave;
- Medico in Quiescenza (Garanzia IV).

Si intendono operanti le Garanzie (I, II, III e IV) che risultano attivate nella Scheda di Polizza, secondo le modalità di seguito esplicitate. L'Assicurato potrà richiedere l'attivazione di una o più tra le Garanzie I e/o II e/o III o la Garanzia IV, determinare i Sottolimiti di Garanzia, il Massimale di Polizza, il Periodo di Retroattività e le ulteriori Garanzie aggiuntive opzionali, valide a condizione che sia stato pagato il relativo Premio aggiuntivo dovuto nei termini previsti dal contratto.

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 Sottolimito di Garanzia. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Sottolimito di Garanzia, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse con le modalità riportate al successivo Art. 6.2.

b. Validità temporale dell'Assicurazione

b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata nella forma **Claims made**, ossia opera per Richieste di Risarcimento (come rispettivamente definite nelle seguenti Garanzie I, II, III, IV e Garanzie aggiuntive opzionali) ricevute dall'Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui 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 anche prima del Periodo di Assicurazione, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività riportata nella Scheda di Polizza.

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

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. b.1, 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 di Retroattività, restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza Periodo di Assicurazione in corso, nonché per ulteriori 10 (dieci) anni.

Il Sottolimito per Garanzia e il Massimale assicurato in tale Periodo di Assicurazione rappresentano la massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato.

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 la regolazione del Premio dovuto a fronte di tale evenienza come specificato all'Art. 7.2.

La presente estensione di Ultrattività non può essere fatta oggetto di alcun recesso da parte della Società e in caso di morte dell'Assicurato si intende estesa agli eredi stessi.

c. Surrogazione

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

1.2 GARANZIA I - Responsabilità del Libero professionista o dipendente che svolge Extramoenia

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Libero professionista e il Dipendente limitatamente all'Attività *Extramoenia*, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale, unicamente nei casi di:

- a. Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'Attività professionale dichiarata ed indicata nella Scheda di Polizza;
- b. Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria nonché di Surrogazione dell'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- c. Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

L'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione da parte dell'Assicurato di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010;
- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o l'impresa di assicurazioni della stessa, si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato.

1.3 GARANZIA II - Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato inclusa l'Attività Intramoenia anche allargata e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Pubblica (assicurazione di colpa grave)

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Dipendente pubblico o Convenzionato e lo Specializzando tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale e che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Pubblica, unicamente nei casi di:

- a. Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- b. Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Assicurato **sia stato dichiarato responsabile per colpa grave** con Sentenza della Corte dei conti passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

L'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la segnalazione, inviata all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria Pubblica, di aver inoltrato informazione alla Corte dei conti in ordine ad eventuali Danni;
- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei conti;
- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica, o l'impresa di assicurazione della stessa, manifesta all'Assicurato l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

1.4 GARANZIA III - Responsabilità del Dipendente privato o Convenzionato e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Privata (assicurazione di colpa grave)

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Dipendente privato o Convenzionato e lo Specializzando tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di

Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale e che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Privata, unicamente nei casi di:

- a. Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- b. Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria 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 Sentenza Passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

L'Assicurazione è operante per la seguente Richiesta di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Privata o l'impresa di assicurazione della stessa, manifesta all'Assicurato l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

1.5 GARANZIA IV - Responsabilità del Medico in Quiescenza

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico in Quiescenza tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi unicamente nel caso di Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione:

- a. nello svolgimento di interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di Medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'Attività retribuita;
- b. nello svolgimento di Attività di volontariato non remunerata e svolta in Italia.

L'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010.

1.6 Estensioni di Garanzie incluse nel Premio

(sempre valide ed operanti relativamente alla Garanzia acquistata)

a. Estensioni di Garanzie sempre operanti per le Garanzie I, II e III

L'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile o Amministrativa dell'Assicurato per:

- a.1 i Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'Attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve; tale estensione è prestata con un Sottolimito di € 1.000.000,00 (un milione) per Periodo di Assicurazione, entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso;
- a.2 l'esecuzione e la partecipazione dell'Assicurato ad Attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo di appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;
- a.3 i Danni di natura estetica e fisionomica, ferma la successiva esclusione dell'Art. 3.1.2 numero 2;
- a.4 le prestazioni sanitarie erogate attraverso la telemedicina;
- a.5 l'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti all'Attività svolta dall'Assicurato compreso l'impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi e radioterapisti, per scopi terapeutici;
- a.6 la pratica della Medicina omeopatica e dell'agopuntura;
- a.7 la consegna e la somministrazione diretta e gratuita di farmaci di cui l'Assicurato abbia curato la conservazione;
- a.8 i Danni derivanti da fatti commessi dal medico che sostituisce l'Assicurato e per i quali esiste una responsabilità in capo all'Assicurato;
- a.9 le Attività prestate per conto di Strutture Sanitarie pubbliche e/o private per far fronte all'emergenza sanitaria Covid-19 (inclusa somministrazione di vaccini ed esecuzione tamponi) fino al termine della stessa, a prescindere dalla vigenza dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri;

a.10 le Perdite Patrimoniali cagionate a terzi, derivanti da:

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

Tale estensione è prestata entro un Sottolimito di € 100.000,00 (centomila) per Periodo di Assicurazione, entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.

b. Estensioni di Garanzie per Medico legale o Medico del lavoro

Relativamente all'Attività di Medicina legale o Medicina del lavoro, qualora una di tali Attività sia indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile per Perdite Patrimoniali.

c. Estensioni di Garanzie per Medicina di base (Medico Generico)

Relativamente all'Attività di Medicina di base, svolta dal Medico che non abbia conseguito alcun master, diploma di specializzazione o formazione specifica post-laurea, qualora tale Attività sia indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione si intende operante in relazione alla Responsabilità Civile per:

- sostituzione del Medico di Medicina Generale;
- sostituzione del Pediatra di Libera Scelta;
- Attività presso Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e Servizio di Continuità Assistenziale, inclusa applicazione rimozione di punti di sutura;
- Attività di consulenza presso enti pubblici e privati (es. case di cura private, istituti termali, centri benessere);
- medico prelevatore presso laboratori privati od associazioni;
- medico accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;
- Attività di docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;
- assistenza medica di primo soccorso per eventi sportivi e manifestazioni;
- Attività espletata nell'ambito del Corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.lgs. 17/8/1999 N° 368 e successive modifiche e integrazioni, ai sensi dell'art. 18 del Decreto del Ministro della Salute 07/03/2006 – G.U. n. 60 del 13/03/2006;
- Servizio di Guardia Interdivisionale.

d. Estensioni per la Garanzia II - Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato inclusa l'Attività *Intramoenia* anche allargata e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Pubblica (assicurazione di colpa grave)

In caso di Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi previsti dalla legge o di surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica, l'Assicurazione si intende estesa ai Danni derivanti dall'esercizio dell'Attività professionale medica *Intramoenia*, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalle norme di legge e dai regolamenti vigenti al momento del fatto colposo.

Articolo 2 Garanzie aggiuntive opzionali

(valide ed operanti relativamente alla Garanzia acquistata, solo se indicate nella Scheda di Polizza e pagato il relativo sovrappremio)

Per gli Assicurati con Garanzia I, II e III

2.1 Direttore Sanitario

A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente Garanzia aggiuntiva opzionale può essere acquistata solamente dai Medici che rivestono la qualifica di Direttore Sanitario di struttura complessa o di analoga funzione organizzativa presso una Struttura Sanitaria. La presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di

soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi derivanti da atti, fatti, omissioni, ritardi commessi nell'esercizio delle proprie funzioni. L'Assicurazione comprende inoltre:

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

Ai fini della presente Garanzia aggiuntiva opzionale non sono considerati Terzi: la Struttura Sanitaria, 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. 1.3 Garanzia II e 1.4 Garanzia III.

La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 100.000,00 (centomila) per Periodo di Assicurazione, entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.

2.2 Perdite Patrimoniali

A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi:

- derivanti dallo svolgimento di incarichi di CTU nominato dall'Autorità giudiziaria o CTP;
- conseguenti ad incarichi di mediatore come definito dal D. LGS 28/2010, limitatamente alle vertenze su materie rientranti nelle competenze professionali dell'Assicurato;
- conseguenti alla partecipazione a corsi di formazione, convegni, congressi nonché per la pubblicazione di testi o articoli professionali;
- derivanti dall'Attività di libera docenza e in qualità di titolare di cattedra universitaria;
- derivanti dalla necessità di ripristinare, rimpiazzare e/o ricostruire parzialmente o totalmente Medical Device dallo stesso prescritti con altri equivalenti per uso e qualità.

La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 100.000,00 (centomila) per Periodo di Assicurazione, entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.

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

(attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione)

È facoltà dell'Assicurato richiedere l'attivazione dell'estensione di Ultrattività della Garanzia anche in caso di prosecuzione dell'Attività professionale in caso di disdetta, recesso o sostituzione della presente Polizza.

In questo caso le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data di Retroattività restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione, nonché per ulteriori 10 anni.

Il Sottolimito per Garanzia e il Massimale assicurato in tale Periodo di Assicurazione rappresentano la massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato.

L'Assicurato è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto per l'attivazione dell'Ultrattività, come specificato all'Art. 7.2.

La presente estensione di Ultrattività non può essere fatta oggetto di alcun recesso da parte della Società e in caso di morte dell'Assicurato si intende estesa agli eredi stessi.

Per il Medico Specializzando

2.4 Attività libero professionale per il Medico Specializzando

A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, la presente Garanzia aggiuntiva opzionale può essere acquistata solamente dai Medici che rivestono la qualifica di Medico Specializzando ed è prestata esclusivamente per le seguenti prestazioni, in conformità alla normativa vigente ed alla compatibilità con la formazione ai sensi del Decreto Legislativo 17/8/1999 N° 368 e successive modifiche e integrazioni:

- Sostituzione del Medico di Medicina Generale;
- Sostituzione del Pediatra di Libera Scelta;

- Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e Servizio di Continuità Assistenziale, inclusa applicazione rimozione di punti di sutura;
- Guardia turistica;
- Servizio di Guardia Interdivisionale;
- Collaborazione a titolo gratuito ed occasionale agli enti e alle associazioni che, senza scopo di lucro, svolgono attività di raccolta di sangue ed emocomponenti sulla base di convenzioni stipulate con le regioni o con gli enti del Servizio sanitario nazionale.

L'Assicurazione si estende inoltre alle prestazioni previste all'Art. 1.6 lettera c "Estensioni di Garanzia per Medicina di base (Medico Generico)" eventualmente svolte dall'Assicurato prima dell'inizio della scuola di specializzazione, purché entro la Data inizio Retroattività di Garanzia.

La presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare il Medico Specializzando tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per Danni conseguenti a lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento delle prestazioni sopra individuate ed opera, ferme le Garanzie II e III valide ed operanti, nel caso di:

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

L'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione da parte dell'Assicurato di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010;
- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o l'impresa di assicurazioni della stessa, si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato.

La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 1.000.000,00 (un milione) per Periodo di Assicurazione entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.

Per il Medico Convenzionato

2.5 Responsabilità extracontrattuale per il Medico Convenzionato

Relativamente all'Assicurato che svolge l'Attività indicata nella Scheda di Polizza con qualifica di Medico Convenzionato, l'Assicurazione è prestata esclusivamente per la sua responsabilità extracontrattuale nei confronti dei pazienti della Struttura Sanitaria.

La presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare il Medico Convenzionato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per Danni conseguenti a lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale, unicamente nel caso di Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento delle Attività indicate in Scheda di Polizza.

L'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione;

- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione da parte dell'Assicurato di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010.

La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 1.000.000,00 (un milione) per Periodo di Assicurazione entro il Sottolimito di Garanzia indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.

Che cosa NON è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

3.1 Esclusioni applicabili a tutte le Garanzie (I, II, III e IV e Garanzie aggiuntive opzionali)

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 ai Sinistri:

- derivanti da Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato nel corso del Periodo di Assicurazione, e da lui denunciati alla Società oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- relativi a fatti dannosi accaduti prima della Data di Retroattività stabilita nella Scheda di Polizza;
- connessi e/o conseguenti a sentenze penali di condanna o di patteggiamento o ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Assicurato antecedentemente la data di prima stipulazione della presente Assicurazione.

3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. per Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
2. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di Medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
3. 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*);
4. per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
5. per Danni 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 professionale dichiarata dall'Assicurato;
6. per Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
7. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
8. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;
9. per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza, ad eccezione di quanto stabilito agli Artt.1.6 lettera a.10, 2.1 e 2.2, rimanendo comunque esclusi dalla Garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali;
10. derivanti da violazione di sistemi informatici (*cyber risk*);
11. relative a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di Assicurato;
12. derivante da consulenza on line e/o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
13. per Danni dovuti al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
14. derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
15. alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
16. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
17. relative alle spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati;
18. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato, dopo che lo stesso abbia cessato l'Attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale;
19. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato, qualora lo stesso non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'Attività professionale indicata in Polizza. Resta inteso che sono altresì

- escluse le Richieste di Risarcimento riconducibili ad Attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
20. per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
 21. per fatti dolosi commessi dall'Assicurato;
 22. per Danni derivanti da inadempienze contrattuali (es. restituzione compensi);
 23. per Danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo 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;
 24. per Danni conseguenti ad Attività non indicate in Scheda di Polizza;
 25. per Danni conseguenti alla conduzione dello studio medico dell'Assicurato.

3.1.3 Esclusioni dal novero dei terzi

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. 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 di cui all'Art. 2.1 non sono considerati Terzi: la Struttura Sanitaria, 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. 1.3 Garanzia II e 1.4 Garanzia III.

3.2 Esclusioni applicabili alla Garanzia I e alle Garanzie aggiuntive opzionali “Attività libero professionale per il Medico Specializzando” e “Responsabilità extracontrattuale del Medico convenzionato”

Relativamente all'Art. 1.2 Garanzia I e alle Garanzie aggiuntive opzionali di cui agli Artt. 2.4 e 2.5, sono escluse le Richieste di Risarcimento conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato prima della data di effetto della Polizza, anche se mai denunciati ai precedenti assicuratori.

Per **Fatti Noti**, come definiti nel Glossario, si intendono quei fatti, circostanze e situazioni in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Assicurato, che potrebbero determinare in futuro Richieste di Risarcimento da parte di terzi in conseguenza dell'Attività professionale.

Tuttavia non sono considerati Fatti Noti, e pertanto le Richieste di Risarcimento conseguenti saranno considerate Sinistro ai sensi di Polizza:

- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura Sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa l'Assicurato venga portato a conoscenza della esistenza di una Richiesta di Risarcimento relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto;
- le comunicazioni notificate all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.

3.3 Esclusioni applicabili alle Garanzie II e III

3.3.1 Esclusioni operanti per le Garanzie II e III

L'Assicurazione non opera:

- a. in relazione ai danni per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo 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.
- b. in relazione 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 Sanitaria di cui è dipendente.

3.3.2 Ulteriori esclusioni per il Medico Specializzando

È esclusa l'Assicurazione di cui alle Garanzie II e III per qualsiasi Attività svolta dall'Assicurato diversa dalla regolare frequenza di tirocinio obbligatorio post-laurea presso Ente ospedaliero universitario pubblico o di corso di specializzazione universitaria, salvo quanto previsto dall'estensione di Garanzia aggiuntiva opzionale di cui all'Art. 2.4 eventualmente attivata.

L'Assicurazione di cui alle Garanzie II e III, nonché alla Garanzia aggiuntiva opzionale di cui all'Art. 2.4 qualora attivata, non opera per le Richieste di Risarcimento derivanti dall'Attività professionale svolta successivamente al conseguimento della specializzazione, come specificato all'Art. 12.2.

3.4 Esclusioni applicabili alla Garanzia IV

Sono escluse dall'Assicurazione del Medico in Quiescenza le Richieste di Risarcimento:

- conseguenti allo svolgimento di Chirurgia e/o Attività Invasiva;
- derivanti dall'Attività professionale svolta antecedentemente al pensionamento;
- derivanti dall'Attività medica comunque remunerata.

Salvo il caso di colpa grave dell'Assicurato, l'Assicurazione non opera in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria (ivi comprese *Onlus* ed associazioni di volontariato) con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo 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.

3.5 Esclusioni applicabili alla Garanzia aggiuntiva opzionale “Perdite Patrimoniali”

Relativamente alla Garanzia aggiuntiva opzionale Perdite Patrimoniali sono sempre esclusi:

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

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Limitazioni riferite alla Garanzia II e III

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

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

4.2 Franchigia

Qualora nella Scheda di Polizza sia indicato un importo di Franchigia, l'Assicurazione si intenderà prestata con la detrazione per ogni Sinistro di detto importo che rimarrà a carico dell'Assicurato.

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.

4.3 Responsabilità solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la Società risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, determinata sia in quota certa con sentenza, sia presuntivamente ai sensi degli artt. 1298 e/o 2055 Codice civile.

La Società non risponde, nemmeno in via provvisoria, della quota di pertinenza di terzi.

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.

Limitatamente a quanto riportato all'Art. 1.5 Garanzia IV, l'Assicurazione per l'Attività di volontariato non remunerata vale per le Richieste di Risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere esclusivamente in Italia.

È sempre condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. La Società pertanto non è obbligata per Richieste di Risarcimento fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

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

Articolo 6 Sinistri

6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

L'Assicurato, rendendosi parte diligente del contratto, deve denunciare alla Società qualsiasi 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 del Periodo di Assicurazione in corso.

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 del Sinistro stesso.

Qualora coesistano più assicurazioni sul medesimo rischio, l'Assicurato deve denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 Codice civile.

In caso di attivazione delle Garanzie II e/o III occorre fornire prova del rapporto di lavoro subordinato o del convenzionamento con la Struttura Sanitaria.

Le denunce di sinistro dovranno essere inoltrate a AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano, rcprofessionale@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it, che potrà svolgere l'Attività tramite le proprie sedi territoriali.

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

6.2 Gestione delle vertenze e spese legali

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze in nome e per conto dell'Assicurato tanto in sede stragiudiziale che giudiziale civile, 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 Sottolimito di Garanzia riportato nella Scheda di Polizza. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Sottolimito di Garanzia, le spese giudiziali si ripartiscono tra la Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse ai sensi dell'art. 1917 Codice civile.

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.

6.3 Liquidazione del Sinistro

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

6.4 Coesistenza di altre assicurazioni

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

Quando e come devo pagare?

Articolo 7 Pagamento, regolazione e rimborso del Premio

7.1 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 il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste. Resta salva la facoltà della Società di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato al successivo Art. 9.2.

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

Le modalità di pagamento dei Premi sono le seguenti:

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

7.2 Premio di Regolazione - Ultrattività

In caso di cessazione definitiva dell'Attività secondo quanto indicato all'Art. 1.1 lettera b.2., il Contraente (e/o gli eredi dell'Assicurato) è tenuto a corrispondere il Premio di Regolazione dovuto per l'attivazione dell'estensione di Ultrattività decennale entro il trentesimo giorno successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso all'atto della cessazione dell'Attività professionale, secondo quanto di seguito specificato.

- per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa, 500% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete, 400% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete, 300% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete, 250% del Premio corrisposto per l'ultima annualità.

Il Premio di regolazione può essere corrisposto in unica soluzione o in due rate semestrali, senza oneri aggiuntivi.

Per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete, l'estensione di Ultrattività decennale è prestata a titolo gratuito in caso di decesso dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato decida di attivare l'estensione di Ultrattività facoltativa prevista all'Art. 2.3, sarà necessario corrispondere il Premio di Regolazione secondo le medesime percentuali sopra indicate.

7.3 Rimborso del Premio

In caso di recesso per sinistro esercitato ai sensi dell'Art. 9.1 o in caso di recesso per Ripensamento esercitato ai sensi dell'Art. 9.3, al Contraente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 8 Effetto e durata della Polizza

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

In caso di mancato pagamento delle rate successive di Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 9.2.

Il contratto ha la durata prevista dalla Scheda di polizza e, in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano) spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 anno.

Recesso e risoluzione

Articolo 9 Casi di interruzione del Contratto

9.1 Recesso per Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, tanto il Contraente che la Società possono recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano) dando un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso. Come previsto dall'Art. 7.3 in caso di recesso, al Contraente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.

9.2 Risoluzione per mancato pagamento del Premio

In caso di mancato pagamento del premio nei termini previsti dal precedente Art. 7.1, la Società ha facoltà di dichiarare risolto il contratto per inadempimento, a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano), con diritto di esigere il pagamento dei premi scaduti, ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile.

9.3 Diritto di ripensamento

Qualora il contratto sia stato promosso o collocato a distanza (c.d. vendita a distanza), il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di Recesso per ripensamento. Tale termine decorre dalla data di conclusione del contratto di Assicurazione.

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

Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie

Articolo 10 Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro

In caso di disaccordo in merito alla gestione del sinistro tra l'Assicurato e la Società, la decisione può venire demandata ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. **Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.** In via alternativa è possibile adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.

Altre Disposizioni Contrattuali

Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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

Articolo 12 Variazioni contrattuali

12.1 Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione del rischio.

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

12.2 Ulteriori Variazioni contrattuali per il Medico Specializzando

Il Medico Specializzando non sarà più ritenuto tale ai sensi di Polizza al verificarsi di almeno uno dei seguenti eventi:

- a. al compimento del trentottesimo anno di età: in questo caso l'Assicurazione resta efficace alle condizioni in corso sino al termine del Periodo di Assicurazione, al termine del quale potrà rinnovare la Polizza alle nuove condizioni proposte dalla Società;

- b. al conseguimento della specializzazione, che deve essere comunicata alla Società: in questo caso la Società al ricevimento della comunicazione scritta del conseguimento della specializzazione offrirà di includere nella copertura anche l'Attività svolta successivamente proponendo nuove condizioni;
- c. qualora, nel corso del penultimo o dell'ultimo anno della scuola di specializzazione inizi a svolgere la propria attività con rapporto di lavoro presso Struttura Sanitaria ai sensi del D.l. 35/2019 convertito con L. 60/2019 o D.l. 18/2020 convertito con L. 27/2020 e s.m.i.

Al verificarsi di uno degli eventi di cui sopra, è facoltà del Contraente richiedere copertura per la nuova. Nel caso in cui il Contraente non accetti le nuove condizioni, l'Assicurazione resta efficace sino al termine del Periodo di Assicurazione in corso limitatamente alle Richieste di Risarcimento derivanti dall'Attività già svolta dall'Assicurato in qualità di Medico Specializzando. Restano pertanto escluse le richieste di Risarcimento derivanti da prestazioni sanitarie erogate dal Medico Assicurato successivamente al conseguimento della specializzazione.

Articolo 13 Altre Assicurazioni

L'Assicurato o il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo.

L'Assicurato è esonerato dal comunicare l'esistenza di altre assicurazioni derivanti da rapporti contrattuali con istituti di credito e/o finanziari (conti correnti, carte di credito, mutui, finanziamenti, ecc.) o da accordi collettivi di lavoro nazionali o aziendali.

In caso di sinistro vale quanto disposto dall'Art. 6.1.

Articolo 14 Assicurazione per conto altrui

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

Articolo 15 Oneri fiscali

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

Articolo 16 Variazioni contrattuali a scadenza

Se alla scadenza del contratto la Società voglia apportare variazioni alle condizioni tariffarie o normative, deve darne comunicazione al Contraente almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza. In caso di mancato consenso del Contraente alle suddette variazioni, il Contratto cesserà di avere efficacia alla scadenza.

Il Contraente può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie esplicitamente, oppure ritirando la nuova quietanza e pagando il relativo nuovo Premio. Per l'accettazione delle eventuali novazioni normative, invece, è richiesto un consenso esplicito da parte del Contraente, in mancanza del quale, il Contratto cesserà di avere efficacia alla scadenza.

Articolo 17 Foro competente per l'esecuzione del Contratto

Foro competente è quello di residenza o di domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato (se persona fisica) oppure quello della sua sede legale (se persona giuridica).

Articolo 18 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

Ogni comunicazione inerente l'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

Articolo 19 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.

Articolo 20 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della presente Polizza, valgono le norme di legge.



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)