

AmTrust

MEDICOUNDER35

Linea Professione Protetta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità
Professionale dei Medici



**Il prodotto è stato redatto secondo
le linee guida ANIA “Contratti Semplici e Chiari”
Edizione Febbraio 2023 – Ultimo aggiornamento Giugno 2026**

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

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



AmTrust Assicurazioni

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: "AmTrust MedicoUnder35"



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

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa Polizza assicura l'esercente la professione sanitaria medica che **non abbia compiuto 35 anni**, iscritto al relativo Albo Professionale, per la propria attività professionale svolta **prima di aver conseguito il diploma di formazione specifica in Medicina Generale o il diploma di specializzazione**, per i Danni causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Assicurata.

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



Che cosa è assicurato?

✓ **Responsabilità civile professionale:** il patrimonio dell'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per i Danni causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Assicurata, unicamente nei casi di:

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

✓ In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti terzi, la Società risponde per l'intero, salvo il regresso pro quota

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

- Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività

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



Che cosa non è assicurato?

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

Sono escluse le Richieste di Risarcimento:

- ✗ Già pervenute all'Assicurato prima della decorrenza della Polizza o che pervengano all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, qualora attivato
- ✗ Pervenute all'Assicurato nel corso del Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società oltre i 30 giorni successivi alla scadenza dello stesso
- ✗ Relative a eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della Data inizio Retroattività indicata in Scheda di Polizza (indipendentemente da eventuali precedenti contratti stipulati con la Società o con altre società del gruppo AmTrust)
- ✗ Connesse e/o conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato antecedentemente alla sottoscrizione della Polizza, oppure antecedentemente alla sottoscrizione di eventuali precedenti contratti stipulati con la Società o con altre società del gruppo AmTrust - purché senza soluzione di continuità con la Polizza - qualora non dichiarati alla Società in occasione di variazioni contrattuali

Non rientrano nell'Attività Assicurata e sono pertanto escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento derivanti:

- ✗ da prestazioni di competenza specialistica erogate in virtù di una specifica obbligazione contrattuale direttamente assunta dall'Assicurato nei confronti del paziente
- ✗ dallo svolgimento di Atti Invasivi/Chirurgici e/o di attività ortopedica, anestesilogica ginecologica ed ostetrica (inclusa assistenza al parto), fatta eccezione per le prestazioni svolte, sotto la supervisione di un tutor, nell'ambito di quanto previsto dai punti 1, 2, 3 e 4 dell'Art. 1.6 "Precisazioni sull'attività oggetto della copertura assicurativa" delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa è assicurato?", pag. 8)
- ✗ dallo svolgimento di trattamenti di medicina estetica, o comunque aventi finalità estetiche, fatta eccezione per le prestazioni svolte, sotto la supervisione di un tutor, nell'ambito di quanto previsto dai punti 1, 2, 3 e 4 dell'Art. 1.6 "Precisazioni sull'attività oggetto della copertura assicurativa" delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa è assicurato?", pag. 8)

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?

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

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

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



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Polizza. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'oblio oncologico.
- Devi dare immediato avviso alla Società 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 Richiesta di Risarcimento devi denunciarlo alla Società entro 30 giorni da quando ne hai avuto conoscenza e, comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione, e agli altri assicuratori se hai assicurato lo stesso rischio anche con altri; diversamente potresti perdere il diritto all'Indennizzo.
- Senza il previo consenso scritto della Società, non devi ammettere responsabilità o definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali o procedere a transazioni o compromessi o sostenere spese; diversamente potresti perdere il diritto all'Indennizzo.
- Devi comunicare tempestivamente alla Società la cessazione dell'attività professionale e provvedere al pagamento del Premio aggiuntivo per l'ultrattività entro 30 giorni successivi alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso all'atto della cessazione dell'attività professionale.
- In caso di sospensione o radiazione dall'Albo Professionale o di licenziamento per giusta causa, devi darne immediata comunicazione scritta alla Società.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).



Quando e come devo pagare?

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

Il Premio aggiuntivo per l'ultrattività in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione.

Puoi pagare il Premio con 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 postale che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

L'Assicurazione cessa di rinnovarsi tacitamente in seguito al compimento del 35° anno di età dell'Assicurato.



Come posso disdire la polizza?

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

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

In caso di Vendita a Distanza puoi, inoltre, recedere dalla Polizza esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto a distanza, coincidente con il giorno di pagamento del Premio, o dal giorno di ricevimento delle condizioni contrattuali, se successivo, inviando comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) all'Intermediario incaricato o alla Società, oppure attraverso le stesse modalità con cui si è conclusa la Vendita a distanza. In tal caso l'Assicurazione sarà annullata dall'origine ed al Contraente verrà rimborsato il Premio pagato, senza trattenuta alcuna.

Il diritto di ripensamento **non** può essere esercitato nel caso in cui, entro il termine di recesso dei 14 giorni:

- hai richiesto alla Società o all'Intermediario incaricato la liquidazione dell'Indennizzo per le prestazioni oggetto dell'Assicurazione;
- si sia verificato un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, in caso di polizza obbligatoria.

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

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



AmTrust Assicurazioni

Prodotto "AmTrust MedicoUnder35"

30/06/2026 Data di aggiornamento, il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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

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

Società

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

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

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 247.685 migliaia di Euro e il risultato economico netto di periodo è pari a 12.885 migliaia di Euro e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2025.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 164,30%.

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato ?

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

Precisazioni sull'attività oggetto della copertura assicurativa

L'Assicurazione si intende prestata nei limiti dell'Attività Assicurata, così come disciplinata in Polizza e fermo quanto previsto dall'Art. 3.1.2 "Rischi esclusi dall'Attività Assicurata" delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa non è assicurato", pag. 10). A titolo esemplificativo e non esaustivo, nell'Attività Assicurata sono ricomprese le seguenti prestazioni sanitarie mediche:

1. tutte le attività formative previste dalle scuole di specializzazione, di cui al D.Lgs. 368/1999 e s.m.i.;
2. le prestazioni erogate da medici specializzandi, a partire dal secondo anno del corso di formazione specialistica e fino al conseguimento del titolo, in virtù di contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative, sia presso Strutture del Servizio sanitario nazionale, sia presso le Strutture sanitarie private accreditate appartenenti alla rete formativa, sia presso Strutture extra rete in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente (c.d. "Decreto Calabria");
3. tutte le attività formative previste dal corso di formazione specifica in Medicina Generale, di cui al D.Lgs. 368/1999 e s.m.i. ed ai sensi del DM 07/03/2006;
4. le attività formative previste dal corso, scuola o master di medicina estetica;
5. sostituzione a tempo determinato di Medici di Medicina Generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;
6. gli incarichi a tempo determinato (come sostituti, provvisori o temporanei) di Medici di Medicina Generale, limitatamente ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale e fino al conseguimento del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale;
7. sostituzione del Pediatra di Libera Scelta;
8. Servizio di Continuità Assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e Medicalizzazione di mezzi di soccorso nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale;
9. Servizio di Continuità Assistenziale stagionale per turisti (ex Guardia Medica Turistica);
10. somministrazione di vaccini;
11. docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;
12. medico accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;
13. assistenza medica svolta all'interno di eventi sportivi e manifestazioni;
14. Servizio di Guardia Interdivisionale;
15. medico prelevatore presso laboratori privati od associazioni;
16. applicazione e rimozione di punti di sutura;
17. attività di consulenza presso e per conto di Strutture sanitarie o enti pubblici e privati (es. case di cura private, palestre, istituti termali, centri benessere);
18. rilascio di certificati di idoneità sportiva non agonistica secondo le modalità e i requisiti previsti dalla normativa vigente;
19. attività svolta da medici regolarmente iscritti ad una scuola di specializzazione per conto di strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate, **limitatamente ad incarichi conferiti direttamente dalla struttura stessa senza il tramite di cooperative, società private o associazioni, purché tale incarico non comporti l'interruzione definitiva del percorso di formazione specialistica**;
20. Servizio di assistenza sanitaria penitenziaria per conto del Servizio Sanitario Nazionale;
21. interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato al massimale acquistato dal Contraente e riportato in Scheda di Polizza.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che non rientrano nell'Attività Assicurata e sono pertanto escluse le Richieste di Risarcimento derivanti:

1. da prestazioni erogate presso CAU (Centro di Assistenza e Urgenza) e/o reparti di Pronto soccorso, anche qualora erogate per conto di una Struttura, cooperativa, società privata o associazioni di volontariato e/o per il Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica 118, fatta eccezione per le prestazioni svolte, sotto la supervisione di un tutor, nell'ambito di quanto previsto dai punti 1 e 2 dell'Art. 1.6 oppure di quanto previsto dal punto 19 dell'Art. 1.6 e salvo quanto previsto al punto 8 dell'Art. 1.6 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa è assicurato?", pag. 8);
2. da attività svolta a bordo dei mezzi di soccorso in genere anche qualora svolta per conto di una Struttura, cooperativa, società privata o associazioni di volontariato e/o per il Servizio di Urgenza ed Emergenza 118, fatta eccezione per le prestazioni svolte, sotto la supervisione di un tutor, nell'ambito di quanto previsto dai punti 1,2,8 e 18 dell'Art. 1.6 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa è assicurato?", pag. 8);
3. dallo svolgimento di attività di medicina iperbarica, fatta eccezione per le prestazioni svolte, sotto la supervisione di un tutor, nell'ambito di quanto previsto dai punti 1 e 2 dell'Art. 1.6 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa è assicurato?", pag. 8).

4. da attività incompatibili con la formazione specifica o con la formazione specialistica ai sensi del D.lgs. 368/1999, salvo quanto espressamente disciplinato dalla presente Polizza;
5. da attività odontoiatrica;
6. dall'attività svolta in qualità di medico di bordo;
7. da Danni e Perdite Patrimoniali derivanti dal ruolo di direttore sanitario o di analoga funzione organizzativa presso una Struttura nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie di un ruolo apicale rivestito dall'Assicurato, ivi incluse le Richieste di Risarcimento derivanti da fatti delle persone di cui l'Assicurato sia tenuto a rispondere per legge;
8. da qualunque prestazione eseguita successivamente al conseguimento del diploma di formazione specifica in Medicina Generale o del diploma di specializzazione.

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. per danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla Struttura con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi a tale scopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
2. per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza;
3. originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria medica;
4. 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;
5. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici nonché derivanti da fatti dolosi commessi dall'Assicurato;
6. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato non fosse iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata;
7. riconducibili ad attività e pratiche abusive, non consentite, non riconosciute o non autorizzate dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso (ivi inclusa la risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 "Statuto delle Medicine non Convenzionali" e s.m.i.);
8. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;
9. basate sulla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
10. aventi ad oggetto inadempienze contrattuali (es. la restituzione del compenso corrisposto all'Assicurato per la relativa prestazione professionale);
11. derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci e sostanze biologicamente o farmacologicamente attive per scopi non diagnostici o terapeutici, nonché derivanti da pratiche mediche considerate doping;
12. derivanti dallo svolgimento di attività di ricerca e di sperimentazione sia clinica che farmaceutica;
13. derivanti da consulenza on line, fatta eccezione per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente, o derivanti da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
14. conseguenti alla proprietà e/o conduzione dello studio medico;
15. per pregiudizi alle Cose (inclusi gli immobili) che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
16. 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);
17. relative alle spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi dell'Art. 6.2 "Patto di gestione della lite" delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?", pag. 14);
18. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
19. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
20. conseguenti a furto, incendio, esplosione o scoppio;
21. per pregiudizi che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'Attività Assicurata;
22. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
23. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'Attività Assicurata;
24. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali;
25. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
26. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
27. per danni connessi ad atti di guerra e/o terrorismo.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa quanto segue:

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

L'Assicurazione comprende:	Sottolimito di Indennizzo per Sinistro	Sottolimito di Indennizzo per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri
Art. 1.6 n.19 - Attività svolta da medici regolarmente iscritti ad una scuola di specializzazione, per conto di strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate, limitatamente ad incarichi conferiti direttamente dalla struttura stessa senza il tramite di cooperative, società private o associazioni, purché tale incarico non comporti l'interruzione definitiva del percorso di formazione specialistica	€ 500.000	€ 500.000

Art. 1.6 n. 21 - Interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita		€ 1.000.000	€ 1.000.000
 A chi è rivolto questo prodotto?			
Il presente prodotto assicurativo è destinato all'esercente la professione sanitaria medica che non abbia ancora compiuto 35 anni, per l'esercizio della propria attività professionale svolta prima di aver conseguito il diploma di formazione specifica in Medicina Generale o il diploma di specializzazione, purché l'attività professionale sia svolta in conformità alle leggi che la regolano e sempreché l'Assicurato sia regolarmente iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata. Si precisa che il prodotto assicurativo è altresì rivolto all'esercente la professione sanitaria medica non appartenente all'UE per l'esercizio dell'Attività Assicurata svolta in Italia presso o per conto di Struttura, purché: - sia titolare di permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio conseguito all'interno dell'UE; - o in alternativa sia in possesso di dichiarazione rilasciata dall'autorità consolare italiana del paese non europeo ove sia stato conseguito il titolo in cui si affermi che quest'ultimo soddisfa pienamente le direttive UE.			
 Quali costi devo sostenere?			
Il Premio pagato dal Contraente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'Intermediario che sono pari al 21,00% del Premio imponibile.			
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?			
All'impresa assicuratrice	Eventuali Reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati, esclusivamente per iscritto, ad AmTrust Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Via Clerici 14, 20121 Milano - Email: reclami@amtrustgroup.com – Pec: reclami.amtrust.assicurazioni@pec.it. L'Ufficio Reclami di AmTrust Assicurazioni S.p.A., quale funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del Reclamo (con una possibile sospensione fino a 15 giorni per le integrazioni istruttorie in caso di Reclamo riferito ai comportamenti degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori di cui la Compagnia si avvale per lo svolgimento dell'attività di distribuzione assicurativa). Ulteriori informazioni sui reclami relativi al comportamento degli Agenti, degli intermediari bancari, dei broker e dei loro dipendenti e collaboratori sono consultabili sul sito www.amtrust.it nella sezione Reclami.		
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it , Info su: www.ivass.it		
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:			
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile		
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi.		
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.		
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- L'arbitrato non è previsto. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).		
REGIME FISCALE			
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Il Premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 22,25% del Premio imponibile annuo. Il Premio pagato non è detraibile in sede di dichiarazione dei redditi.		
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?			
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link www.amtrust.it.		
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.		
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.		
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE, DOPO LA SOTTOSCRIZIONE E PREVIA REGISTRAZIONE AL SEGUENTE LINK WWW.AMTRUST.IT, POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO, SECONDO LE FUNZIONALITA' DI VOLTA IN VOLTA DISPONIBILI.			

Gentile Cliente,

AmTrust MedicoUnder35 è l'Assicurazione che protegge l'esercente la professione sanitaria medica che non abbia ancora compiuto 35 anni, iscritto al relativo Albo professionale, per la propria attività professionale svolta prima di aver conseguito il diploma di formazione specifica in Medicina Generale o il diploma di specializzazione.

Le Condizioni di Assicurazione sono suddivise in:

Glossario	4
 Che cosa è assicurato?	7
 Che cosa non è assicurato?	10
 Ci sono limiti di copertura?	12
 Dove vale la copertura?	13
 Che obblighi ho? Quali obblighi ha la Società?	14
 Quando e come devo pagare?	17
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	18
 Come posso disdire la Polizza?	19
Norme di Legge utili per la comprensione della Polizza	20
Numeri e riferimenti utili	23

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

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

Il set informativo **AmTrust MedicoUnder35** è disponibile sul sito internet della Compagnia www.amtrust.it e ti sarà comunque consegnato contestualmente all'acquisto della *Polizza*.

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

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario	4
Che cosa è assicurato?	7
Informazioni sull'Assicurazione	7
Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'Assicurazione	7
1.1 Oggetto	7
1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione	7
1.3 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale	7
1.4 Surrogazione	8
1.5 Garanzia - Responsabilità Civile professionale	8
1.6 Precisazioni sull'attività oggetto della copertura assicurativa	8
Articolo 2 Estensioni di garanzia e garanzie aggiuntive opzionali a pagamento	9
2.1 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività	9
Che cosa non è assicurato?	10
Articolo 3 Esclusioni	10
3.1 Esclusioni applicabili a tutte le garanzie	10
3.1.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione	10
3.1.2 Rischi esclusi dall'Attività Assicurata	10
3.1.3 Rischi esclusi dall'Assicurazione	10
3.2 Esclusioni dal novero dei terzi	11
Ci sono limiti di copertura?	12
Articolo 4 Limiti di copertura	12
4.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento	12
4.2 Sanzioni Internazionali	12
4.3 Massimale e Sottolimiti di Indennizzo	12
Dove vale la copertura?	13
Articolo 5 Estensione territoriale	13
Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?	14
Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?	14
Articolo 6 Sinistri	14
6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento	14
6.2 Patto di gestione della lite	14
6.3 Coesistenza di altre assicurazioni	14
6.4 Liquidazione del Sinistro	15
Altri obblighi derivanti dal contratto	15
Articolo 7 Obblighi in capo alla Società, al Contraente o all'Assicurato	15
7.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	15
7.2 Altre assicurazioni	15
7.3 Aggravamento e diminuzione del rischio	15
7.4 Variazioni contrattuali a scadenza	15
7.5 Ulteriori variazioni – Albo e licenziamento	15
7.6 Assicurazione per conto altrui	16
7.7 Foro competente	16
7.8 Comunicazioni	16
Quando e come devo pagare?	17
Articolo 8 Pagamento e rimborso del Premio	17
8.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa	17
8.2 Oneri fiscali	17
8.3 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo	17
8.4 Rimborso del Premio	17
Quando comincia la copertura e quando finisce?	18
Articolo 9 Effetto e durata della Polizza	18
Come posso disdire la Polizza?	19
Articolo 10 Casi di interruzione del Contratto	19

10.1 Disdetta dell'Assicurazione	19
10.2 Recesso per Sinistro	19
10.3 Mancato pagamento del Premio	19
10.4 Diritto di ripensamento	19

Glossario

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

Arbitro Assicurativo	Il sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie, previsto dagli articoli 141, comma 7, del codice del consumo e 187.1 del codice delle assicurazioni, istituito presso l'IVASS e disciplinato dal Decreto n. 215/2024.
Assicurato	La persona fisica indicata nella Scheda di Polizza, che svolge l'Attività Assicurata e il cui interesse è protetto dall'Assicurazione, fintanto che non abbia: - compiuto 35 (trentacinque) anni; - conseguito il diploma di formazione specifica in Medicina Generale; - conseguito il diploma di specializzazione.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Attività Assicurata	L'attività professionale medica, così come disciplinata nella presente Polizza , erogata anche attraverso la telemedicina, così come disciplinata dalle vigenti leggi e regolamenti, prima del conseguimento del diploma di formazione specifica in Medicina Generale o del diploma di specializzazione.
Atti Invasivi/Chirurgici	Quegli atti diagnostici e/o terapeutici che comportino utilizzo di laser, prelievo cruento di tessuti, cruentazione e sutura di tessuto anche per introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo nonché qualsiasi atto che richieda accesso alla sala operatoria, utilizzo di anestesia o necessiti la presenza dell'anestesista.
Claims Made	Regime di operatività temporale dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e/o durante il Periodo di Ultrattività, anche se riferite a eventi pregressi, purché accaduti successivamente alla Data inizio Retroattività indicata nella Scheda di Polizza.
Contraente	Il soggetto indicato nella Scheda di Polizza che stipula il contratto e si obbliga al pagamento del Premio anche se diverso dall'Assicurato.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Danni	Le conseguenze pregiudizievoli del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'Assicurazione. Vi rientrano: - i Danni patrimoniali, conseguenti a lesioni personali e morte, nonché il pregiudizio economico derivante dal danneggiamento a Cose; - i Danni non patrimoniali, conseguenti a lesioni personali o morte.
Data inizio Retroattività	Le ore 24.00 della data indicata nella Scheda di Polizza.
Fatti Noti	Per Fatti Noti si intendono quei fatti, circostanze e situazioni 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. A titolo esemplificativo, costituiscono Fatto Noto: - la querela, l'avviso di conclusione delle indagini preliminari, l'avviso di garanzia e comunque il primo atto di inchiesta penale di cui venga a conoscenza l'Assicurato, ivi compreso, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il sequestro probatorio disposto dall'autorità inquirente anche per il tramite dalla Polizia Giudiziaria; - una Richiesta di Risarcimento già indirizzata a soggetti diversi dall'Assicurato in conseguenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi collaboratori, sostituti temporanei e/o sottoposti, di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza; - la comunicazione da parte di una Struttura che ha segnalato un evento alla Corte dei conti o la messa in mora dell'Assicurato da parte di una Struttura in ordine a una sua possibile responsabilità per danno erariale; - notizie di pubblico dominio risultanti da un qualunque mezzo di informazione e dalle quali emergano presunte o possibili responsabilità dell'Assicurato atte a generare una Richiesta di Risarcimento.

Non sono considerati Fatti Noti:

- **la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura, 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 ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.**

Franchigia	L'importo, espresso in valore assoluto, che costituisce elemento integrante della Polizza ed indica la parte del danno che per ciascun Sinistro rimane a carico dell'Assicurato.
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	L'intermediario assicurativo cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Massimale per Periodo di Assicurazione	La somma massima assicurata indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e qualunque sia il numero delle persone danneggiate.
Massimale per Sinistro	La somma massima assicurata indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ciascun singolo Sinistro.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di lesioni personali, morte o danneggiamento a Cose.
Periodo di Assicurazione	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza nonché, in caso di rinnovo, ciascun periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
Periodo di Ultrattività	Il periodo di tempo, pari a 10 (dieci) anni, successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in cui si verifica la cessazione per qualsiasi causa dell'Attività Assicurata, oppure della copertura assicurativa prestata dalla presente Polizza.
Polizza	I documenti contrattuali che disciplinano i rapporti tra Società, Contraente e Assicurato.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società per la copertura assicurativa prestata dalla Società.
Richiesta di Risarcimento	Qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività - qualora attivato - da parte di terzi nei confronti dell'Assicurato - anche tramite ricorso ex artt. 696 e 696 bis cpc o convocazione avanti un organismo di mediazione - (o, nel caso di azione diretta, nei confronti della Società), per il risarcimento di danni causati dall'Assicurato nello svolgimento dell'Attività Assicurata, ivi inclusa la costituzione di parte civile in un procedimento penale. Costituisce altresì Richiesta di Risarcimento l'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa e di rivalsa anche civilistica, o in via di surroga, nei confronti dell'Assicurato esercente, a qualunque titolo, la professione sanitaria medica presso una Struttura laddove questi sia ritenuto responsabile per colpa grave , nonché il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei conti.
Scheda di Polizza	È il documento che prova il contratto di Assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, il Massimale per Sinistro, il Massimale per Periodo di Assicurazione, la Data inizio Retroattività e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.
Serie di Sinistri	La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, che rappresentano nella formula Claims Made altrettanti Sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso). La data e il Periodo di Assicurazione del primo Sinistro sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.
Sinistro	Una o più Richieste di Risarcimento conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, qualora attivato.

Società	AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.
Sottolimito	La somma massima inclusa nel Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso, che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Struttura	L'ente pubblico o privato (ivi incluse le cooperative e le residenze sanitarie assistenziali) soggetto al diritto italiano che eroga a qualunque titolo, in regime autonomo o accreditato con il S.S.N., prestazioni sanitarie e sociosanitarie assistenziali per la cura dell'individuo e delle collettività ivi incluse attività di prevenzione e profilassi, diagnostiche e terapeutiche, riabilitative e palliative, di medicina legale, di formazione ed aggiornamento.
Variazione del rischio	Qualunque mutamento del rischio (es: conseguimento della specializzazione) avvenuto successivamente alla stipula dell'Assicurazione.
Vendita a distanza	Qualunque modalità di vendita che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario e del Contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Che cosa sono i box di consultazione?

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

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



Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente *Assicurazione*, prestata nella forma **Claims Made**, è rivolta all'esercente la **professione sanitaria medica** che non abbia ancora compiuto 35 anni, iscritto al relativo Albo professionale, per la propria attività professionale svolta prima di aver conseguito il diploma di formazione specifica in Medicina Generale o il diploma di specializzazione e per la quale ha inteso assicurarsi.

L'*Assicurazione* tiene indenne l'*Assicurato*, nei limiti delle **garanzie prestate**, dei *Danni* causati a terzi nello svolgimento dell'*Attività Assicurata*, nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle *Richieste di Risarcimento*.

L'*Assicurazione* è valida a condizione che l'*Attività Assicurata* sia svolta in conformità alle leggi che la regolano e sempreché l'*Assicurato* sia regolarmente **iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o sia in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata**. L'*Assicurazione* è altresì rivolta all'*Assicurato* non appartenente all'UE relativamente all'esercizio della propria *Attività Assicurata* svolta in Italia presso o per conto di *Struttura*, purché titolare di permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio conseguito all'interno dell'UE o in alternativa di dichiarazione rilasciata dall'autorità consolare italiana del paese non europeo ove sia stato conseguito il titolo in cui si affermi che quest'ultimo soddisfa pienamente le direttive UE.

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

Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'Assicurazione

1.1 Oggetto

La *Società* tiene indenne il medico *Assicurato*, fino alla concorrenza del **Massimale per Sinistro** e per **Periodo di Assicurazione** indicati nella **Scheda di Polizza** e dei **Sottolimiti** indicati nella presente **Polizza**, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di *Danni*, derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali anche a Cose, causati a terzi nello svolgimento dell'*Attività Assicurata*.

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

1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione

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

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

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. 1.2, se durante il **Periodo di Assicurazione** l'attività professionale dell'*Assicurato* viene a cessare definitivamente, per sua libera volontà, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari), le *Richieste di Risarcimento* conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla **Data inizio Retroattività** e fino al momento in cui avviene la cessazione definitiva, restano coperte alle Condizioni di Assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza di tale **Periodo di Assicurazione**, nonché per il **Periodo di Ultrattività** di 10 (dieci) anni.

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

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

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

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

1.4 Surrogazione

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

1.5 Garanzia - Responsabilità Civile professionale

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

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

In caso di responsabilità solidale dell'*Assicurato* con altri soggetti terzi, la *Società* risponde per l'intero, salvo il regresso pro quota, in via di surrogazione, nei confronti dei condebitori solidali dell'*Assicurato* ai sensi degli articoli 2055 e 1916 del Codice civile.

L'*Assicurato* dichiara di cedere alla *Società* tutti i propri diritti ed azioni per il recupero delle somme versate in virtù della presente garanzia.

1.6 Precisazioni sull'attività oggetto della copertura assicurativa

L'*Assicurazione* si intende prestata nei limiti dell'*Attività Assicurata*, così come disciplinata nella presente *Polizza* e **fermo quanto previsto dall'Art. 3.1.2.** A titolo esemplificativo e non esaustivo, nell'*Attività Assicurata* sono ricomprese le seguenti prestazioni sanitarie mediche:

1. tutte le attività formative previste dalle scuole di specializzazione, di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m.i.;
2. le prestazioni erogate da medici specializzandi, a partire dal secondo anno del corso di formazione specialistica e **fino al conseguimento del titolo**, in virtù di contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative, sia presso *Strutture* del Servizio sanitario nazionale, sia presso *Strutture* sanitarie private accreditate appartenenti alla rete formativa, sia presso *Strutture* extra rete in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente (c.d. Decreto Calabria);
3. tutte le attività formative previste dal corso di formazione specifica in Medicina Generale, di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m.i. ed ai sensi del DM 07/03/2006;
4. le attività formative previste dal corso, scuola o master di medicina estetica;
5. sostituzione a tempo determinato di Medici di Medicina Generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;
6. gli incarichi a tempo determinato (come sostituti, provvisori o temporanei) di Medici di Medicina Generale, limitatamente ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale **e fino al conseguimento del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale**;
7. sostituzione del Pediatra di Libera Scelta;
8. Servizio di Continuità Assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e Medicalizzazione di mezzi di soccorso nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale;
9. Servizio di Continuità Assistenziale stagionale per turisti (ex Guardia Medica Turistica);
10. somministrazione di vaccini;
11. docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;
12. medico accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;
13. assistenza medica svolta all'interno di eventi sportivi e manifestazioni;
14. Servizio di Guardia Interdivisionale;
15. medico prelevatore presso laboratori privati od associazioni;
16. applicazione e rimozione di punti di sutura;
17. attività di consulenza presso e per conto di strutture sanitarie o enti pubblici e privati (es. case di cura private, palestre, istituti termali, centri benessere);
18. rilascio certificati di idoneità sportiva non agonistica, secondo le modalità e i requisiti previsti dalla normativa vigente;
19. attività svolta da medici regolarmente iscritti ad una scuola di specializzazione, per conto di strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate, **limitatamente ad incarichi conferiti direttamente dalla struttura stessa senza il tramite di cooperative, società private o associazioni, purché tale incarico non comporti l'interruzione definitiva del percorso di formazione specialistica. In relazione a tali Danni, l'Assicurazione è prestata ai sensi dell'Art. 1.5 lettera c. e fino alla concorrenza del Sottolimito di € 500.000 (cinquecentomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione**;
20. Servizio di assistenza sanitaria penitenziaria per conto del Servizio Sanitario Nazionale;

21. interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita. **In relazione a tali Danni, l'Assicurazione è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito di € 1.000.000 (un milione) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.**

Articolo 2 Estensioni di garanzia e garanzie aggiuntive opzionali a pagamento

2.1 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività

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

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

In caso di accoglimento della richiesta da parte della *Società*, il *Contraente* dovrà versare il *Premio* aggiuntivo come specificato all'Art. 8.3 per l'attivazione del *Periodo di Ultrattività* fatte salve eventuali variazioni delle condizioni normative (es. *Franchigia*) o tariffarie in relazione al verificarsi di *Sinistri*. Le *Richieste di Risarcimento* conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla *Data inizio Retroattività* e fino alla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* al termine del quale è attivata la presente estensione restano coperte a tali condizioni per ulteriori 10 (dieci) anni.

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

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



Che cosa non è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

3.1 Esclusioni applicabili a tutte le garanzie

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

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

- *Richieste di Risarcimento* già pervenute all'Assicurato prima della decorrenza della presente *Polizza*;
- *Richieste di Risarcimento* che pervengano all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla *Società*) in data successiva a quella di scadenza del *Periodo di Assicurazione* o del *Periodo di Ultrattività* (in seguito all'attivazione dell'estensione di ultrattività);
- *Richieste di Risarcimento* che pervengano all'Assicurato nel corso del *Periodo di Assicurazione* e da lui denunciate alla *Società* oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- *Richieste di Risarcimento* relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della *Data inizio Retroattività* indicata nella *Scheda di Polizza* (indipendentemente da eventuali precedenti contratti stipulati con la *Società* o con altre società del gruppo AmTrust);
- *Richieste di Risarcimento* connesse e/o conseguenti a *Fatti Noti* all'Assicurato antecedentemente alla sottoscrizione della presente *Polizza*, oppure antecedentemente alla sottoscrizione di eventuali precedenti contratti stipulati con la *Società* o con altre società del gruppo AmTrust - purché senza soluzione di continuità con la presente *Polizza* - qualora non dichiarati alla *Società* in occasione di variazioni contrattuali.

3.1.2 Rischi esclusi dall'Attività Assicurata

Con riferimento all'attività professionale medica, **non rientrano nell'Attività Assicurata dalla presente Polizza e sono pertanto escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento derivanti:**

1. da prestazioni di competenza specialistica erogate in virtù di una specifica obbligazione contrattuale direttamente assunta dall'Assicurato nei confronti del paziente;
2. dallo svolgimento di *Atti Invasivi/Chirurgici* e/o di attività ortopedica, anestesilogica ginecologica ed ostetrica (inclusa assistenza al parto), **fatta eccezione per le prestazioni svolte, sotto la supervisione di un tutor, nell'ambito di quanto previsto dai punti 1, 2, 3 e 4 dell'Art. 1.6;**
3. dallo svolgimento di trattamenti di medicina estetica, o comunque aventi finalità estetiche, **fatta eccezione per le prestazioni svolte, sotto la supervisione di un tutor, nell'ambito di quanto previsto dai punti 1, 2, 3 e 4 dell'Art. 1.6;**
4. da prestazioni erogate presso CAU (Centro di Assistenza e Urgenza) e/o reparti di Pronto soccorso, anche qualora erogate per conto di una *Struttura*, cooperativa, società privata o associazioni di volontariato e/o per il Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica 118, **fatta eccezione per le prestazioni svolte, sotto la supervisione di un tutor, nell'ambito di quanto previsto dai punti 1 e 2 dell'Art. 1.6 oppure di quanto previsto dal punto 19 dell'Art. 1.6 e salvo quanto previsto al punto 8 dell'Art. 1.6;**
5. da attività svolta a bordo dei mezzi di soccorso in genere, anche qualora svolta per conto di una *Struttura*, cooperativa, società private o associazioni di volontariato e/o per il Servizio di Urgenza ed Emergenza 118, **fatta eccezione per le prestazioni svolte, sotto la supervisione di un tutor, nell'ambito di quanto previsto dai punti 1, 2, 8 e 18 dell'Art. 1.6;**
6. dallo svolgimento di attività di medicina iperbarica, **fatta eccezione per le prestazioni svolte, sotto la supervisione di un tutor, nell'ambito di quanto previsto dai punti 1 e 2 dell'Art. 1.6;**
7. da attività incompatibili con la formazione specifica o con la formazione specialistica ai sensi del D.lgs. 368/1999, **salvo quanto espressamente disciplinato dalla presente Polizza;**
8. da attività odontoiatrica;
9. dall'attività svolta in qualità di medico di bordo;
10. da *Danni e Perdite Patrimoniali* derivanti dal ruolo di direttore sanitario o di analoga funzione organizzativa presso una *Struttura* nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie di un ruolo apicale rivestito dall'Assicurato, ivi incluse le *Richieste di Risarcimento* derivanti da fatti delle persone di cui l'Assicurato sia tenuto a rispondere per legge;
11. da qualunque prestazione eseguita successivamente al conseguimento del diploma di formazione specifica in Medicina Generale o del diploma di specializzazione.

3.1.3 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. per danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla *Struttura* con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi a tale scopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
2. per *Perdite Patrimoniali* così come definite in *Polizza*;
3. originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria medica;
4. 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;

5. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici nonché derivanti da fatti dolosi commessi dall'*Assicurato*;
6. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'*Assicurato* non fosse iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'*Attività Assicurata*;
7. riconducibili ad attività e pratiche abusive, non consentite, non riconosciute o non autorizzate dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso (ivi inclusa la risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 "Statuto delle Medicine non Convenzionali" e s.m.i);
8. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'*Assicurato* abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'*Assicurato* venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;
9. basate sulla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'*Assicurato*;
10. aventi ad oggetto inadempienze contrattuali (es. la restituzione del compenso corrisposto all'*Assicurato* per la relativa prestazione professionale);
11. derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci e sostanze biologicamente o farmacologicamente attive per scopi non diagnostici o terapeutici, nonché derivanti da pratiche mediche considerate *doping*;
12. derivanti dallo svolgimento di attività di ricerca e di sperimentazione sia clinica che farmaceutica;
13. derivanti da consulenza on line, **fatta eccezione per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente**, o derivanti da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
14. conseguenti alla proprietà e/o conduzione dello studio medico;
15. per pregiudizi alle *Cose* (inclusi gli immobili) che l'*Assicurato* abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
16. 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*);
17. relative alle spese sostenute dall'*Assicurato* per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla *Società* ai sensi dell'Art. 6.2;
18. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'*Assicurato* negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
19. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
20. conseguenti a furto, incendio, esplosione o scoppio;
21. per pregiudizi che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'*Attività Assicurata*;
22. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
23. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'*Attività Assicurata*;
24. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali;
25. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
26. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
27. per danni connessi ad atti di guerra e/o terrorismo.

3.2 Esclusioni dal novero dei terzi

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



Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Limitazioni relative alle *Richieste di Risarcimento*

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

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

4.2 Sanzioni Internazionali

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

4.3 Massimale e Sottolimiti di Indennizzo

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

L' <i>Assicurazione</i> comprende:	Sottolimito di Indennizzo per Sinistro	Sottolimito di Indennizzo per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri
Art. 1.6 n.19 - Attività svolta da medici regolarmente iscritti ad una scuola di specializzazione, per conto di strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate, limitatamente ad incarichi conferiti direttamente dalla struttura stessa senza il tramite di cooperative, società private o associazioni, purché tale incarico non comporti l'interruzione definitiva del percorso di formazione specialistica	€ 500.000	€ 500.000
Art. 1.6 n. 21 - Interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita	€ 1.000.000	€ 1.000.000



Dove vale la copertura?

Articolo 5 Estensione territoriale

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

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

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

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



Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?

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

Articolo 6 *Sinistri*

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

In caso di *Richiesta di Risarcimento* pervenuta all'Assicurato resta convenuto che l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 (trenta) giorni dalla scadenza del *Periodo di Assicurazione* in corso, fermi i termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.

Tale avviso deve contenere la data e la 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.

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

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

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

Gli avvisi di *Sinistro* dovranno essere inoltrati all'Intermediario o direttamente a:

AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano

rcprofessionale@amtrustgroup.com

sinistriamtrust@pec.it

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

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

6.2 Patto di gestione della lite

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

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

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

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

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

6.3 Coesistenza di altre assicurazioni

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

6.4 Liquidazione del Sinistro

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

Altri obblighi derivanti dal contratto

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

7.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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

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

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

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

7.2 Altre assicurazioni

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

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

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

In caso di *Sinistro* vale quanto disposto dall'Art. 6.3.

7.3 Aggravamento e diminuzione del rischio

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

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

Il Contraente o l'Assicurato deve dare **immediata comunicazione scritta** alla Società qualora l'Assicurato consegua il diploma di formazione specifica in Medicina Generale o il diploma di specializzazione. L'Assicurazione resta efficace sino al termine del *Periodo di Assicurazione* in corso limitatamente alle *Richieste di Risarcimento* derivanti dall'*Attività Assicurata* già svolta dall'Assicurato, **restando pertanto escluse le Richieste di Risarcimento derivanti da prestazioni erogate dall'Assicurato successivamente a tali eventi.**

La comunicazione scritta di tali eventi alla Società comporta la cessazione dell'Assicurazione alla successiva scadenza annuale, senza possibilità di rinnovo.

7.4 Variazioni contrattuali a scadenza

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

7.5 Ulteriori variazioni – Albo e licenziamento

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

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

7.6 Assicurazione per conto altrui

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

7.7 Foro competente

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

7.8 Comunicazioni

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

a) Comunicazioni alla Società

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

I riferimenti della **Società** sono i seguenti:

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

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

Email : amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

PEC : amtrust.assicurazioni@pec.it

Sito Internet: www.amtrust.it

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

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

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



Quando e come devo pagare?

Articolo 8 Pagamento e rimborso del Premio

8.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa

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

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

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

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

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

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

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

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla **Società** o all'**Intermediario** della **Società** a cui è assegnata l'**Assicurazione**;
- sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario la **Società** o l'**Intermediario** della **Società** a cui è assegnata l'**Assicurazione**.

Quando deve essere pagato il Premio?

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

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

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

8.2 Oneri fiscali

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

8.3 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo

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

- per i contratti in vigore a condizioni invariate da almeno 1 (una) annualità completa, 500% del **Premio** corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore a condizioni invariate da almeno 2 (due) annualità complete ed in assenza di **Sinistri** denunciati dall'**Assicurato**, 300% del **Premio** corrisposto per l'ultima annualità;

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

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

In caso di accoglimento della richiesta da parte della **Società**, per attivare l'estensione di ultrattività facoltativa prevista all'Art. 2.1 sarà necessario corrispondere il relativo **Premio** secondo le medesime percentuali sopra indicate.

8.4 Rimborso del Premio

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 9 Effetto e durata della *Polizza*

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

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

L'*Assicurazione* ha la durata prevista dalla *Scheda di Polizza* e, in mancanza di disdetta, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 (un) anno, salvo quanto previsto dagli Artt. 7.3, 7.4 e 7.5.

L'*Assicurazione* cessa inoltre di rinnovarsi tacitamente in seguito al compimento del 35° (trentacinquesimo) anno di età dell'*Assicurato*.



Come posso disdire la *Polizza*?

Articolo 10 Casi di interruzione del Contratto

10.1 Disdetta dell'*Assicurazione*

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

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

10.2 Recesso per *Sinistro*

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

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

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

10.3 Mancato pagamento del *Premio*

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

10.4 Diritto di ripensamento

In caso di *Vendita a distanza*, l'*Assicurato* ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento. Tale termine decorre dal giorno di conclusione del contratto a distanza, coincidente con il giorno di pagamento del *Premio*, o dal giorno di ricevimento delle condizioni contrattuali, se successivo.

In tal caso l'*Assicurazione* sarà annullata dall'origine ed al *Contraente* verrà rimborsato il *Premio* pagato, senza trattenuta alcuna.

L'*Assicurato* non può esercitare il diritto di ripensamento nel caso in cui, entro il termine di recesso dei 14 giorni:

- abbia richiesto alla *Società* o all'*Intermediario* incaricato la liquidazione dell'*Indennizzo* per le prestazioni oggetto della presente *Assicurazione*;
- si sia verificato un *Sinistro* indennizzabile ai termini di *Polizza*, in caso di polizza obbligatoria.

Resta inteso che in caso di esercizio del diritto di ripensamento alle condizioni di cui sopra, tutti gli eventuali *Sinistri* non saranno indennizzati.

La volontà di recedere dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti), inviata all'*Intermediario* incaricato o alla *Società*, oppure attraverso le stesse modalità con cui si è conclusa la *Vendita a distanza*.

NORME DI LEGGE UTILI PER LA COMPrensIONE DELLA POLIZZA

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

CODICE CIVILE

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto

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

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

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

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

Art. 1897 Diminuzione del rischio

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

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

Art. 1898 Aggravamento del rischio

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

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

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

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

Art. 1899 Durata dell'assicurazione

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

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

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

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

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

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

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

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

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

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

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

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'Assicuratore

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

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

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

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

Art. 1917 Assicurazione della responsabilità civile

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

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

Art. 2055 Responsabilità solidale

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

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

Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali.

CODICE DI PROCEDURA CIVILE

Art. 696 Accertamento tecnico e ispezione giudiziale

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

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

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

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

Il giudice attribuisce con decreto efficacia di titolo esecutivo al processo verbale, ai fini dell'espropriazione e dell'esecuzione in forma specifica e per l'iscrizione di ipoteca giudiziale. Il processo verbale è esente dall'imposta di registro. Se la conciliazione non riesce, ciascuna parte può

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

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

Art. 9, comma 5 e 6

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

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

Art. 10, comma 1 e 2 Obbligo di assicurazione

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

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

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

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

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

NUMERI E RIFERIMENTI UTILI

I riferimenti della Società sono i seguenti:

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

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

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



AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Gentile Cliente,

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

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



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

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



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

info-privacy@amtrustgroup.com.

2. Finalità del trattamento dei dati e base giuridica

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

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

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

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

3. Natura del conferimento dei dati



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

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

4. Modalità del trattamento e periodo di conservazione dei dati



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

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

5. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali



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

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

6. Diffusione dei dati



I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione.

7. Trasferimenti dei dati all'estero



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

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

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



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

9. Diritti dell'interessato



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

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

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