

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale del Professionista Sanitario non medico

Il Set Informativo contiene:

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

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Edizione Luglio 2020 – Ultimo Aggiornamento Giugno 2021

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



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

Assicurazione per la RC dei Professionisti Sanitari non Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "AmTrust Professioni Sanitarie Collettiva"



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

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura i Professionisti Sanitari non Medici, iscritti al relativo Albo professionale, per i danni causati a terzi nello svolgimento della propria Attività Professionale.

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

I profili di rischio assicurabili sono:

- Dipendente Pubblico e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Pubblica
- Dipendente Privato e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Privata
- Libero Professionista



Che cosa è assicurato?

- ✓ Il patrimonio dell'Aderente/Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per i danni conseguenti a lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale.

Garanzie aggiuntive opzionali (operanti solo se attivate dall'Aderente/Assicurato e pagato il relativo premio aggiuntivo):

Medical device
Perdite Patrimoniali

Le coperture assicurative operano entro i **Massimali previsti per ciascuna Garanzia** e comunque nel limite del Massimale di Polizza (da 500.000 a 2.000.000 euro).



Che cosa non è assicurato?

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

Relativamente alla Garanzia aggiuntiva opzionale Perdite Patrimoniali, non sono considerati Terzi la Struttura Sanitaria, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di Responsabilità Amministrativa, e/o di Surrogazione.

La Polizza non assicura le Richieste di Risarcimento:

- ✗ Notificate all'Aderente/Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e denunciati alla Società oltre 30 giorni dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione stesso
- ✗ Relative a eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della Data di Retroattività indicata nel Modulo di Adesione

- ✗ Connesse e/o conseguenti a sentenze penali di condanna o di patteggiamento o ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione di Polizza

Sono escluse le Richieste di Risarcimento per:

- ✗ Mancata rispondenza del risultato degli interventi di medicina e chirurgia estetica
- ✗ Danni causati da esplosioni o emanazioni di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, non conseguenti agli aspetti tipici dell'Attività professionale assicurata
- ✗ Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione
- ✗ Violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione
- ✗ Derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk)
- ✗ derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici

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



Ci sono limiti di copertura?

- ! In caso di responsabilità solidale con altri responsabili, la Società risponde solo per la quota di pertinenza dell'Aderente/Assicurato
- ! Le Categorie di rischio assicurate sono unicamente quelle riportate nel Modulo di Adesione



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto all'indennizzo, nonché la cessazione della Polizza.
- Devi dare immediato avviso alla Compagnia dei cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato.
- Devi comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del tuo diritto all'indennizzo.
- In caso di Sinistro devi denunciarlo alla Società entro 30 giorni da quando ne hai avuto conoscenza, secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione, e agli altri assicuratori se hai assicurato lo stesso rischio anche con altri; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Senza il previo consenso scritto della Società, non devi ammettere responsabilità o definire la liquidazione o transare o sostenere spese; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Devi comunicare tempestivamente alla Società la cessazione dell'Attività professionale e provvedere alla regolazione del relativo premio per l'Ultrattività.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).



Quando e come devo pagare?

Devi pagare il premio prima della data di decorrenza riportata nel Modulo di Adesione e puoi scegliere di pagare l'intero premio annuo, oppure optare per il frazionamento semestrale. Il premio è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Se scegli il frazionamento semestrale, dovrai pagare anche la seconda semestralità alla scadenza stabilita. Il premio di regolazione dell'Ultrattività per la cessazione definitiva dell'Attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione.

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura della singola adesione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione, 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 nel Modulo di Adesione.



Come posso disdire la polizza?

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

La singola adesione ha durata annuale e non si rinnova tacitamente alla scadenza come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Assicurazione per la RC dei Professionisti Sanitari non medici

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

AmTrust Assicurazioni S.p.A.



Prodotto "AmTrust Professioni Sanitarie Collettiva" Ed. 07/2020 – Ultimo Agg. 06/2021

30/06/2020 (data di realizzazione), il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

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

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

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 261.486 migliaia di Euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 5.500 migliaia di Euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 255.986 migliaia di Euro. Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link <https://www.amtrust.it/sfcr.pdf>

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 175.865 migliaia di Euro; l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 47.718 migliaia di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura (OF) è pari a 253.341 migliaia di Euro.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 144,1%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente. I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2020.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato ?

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

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

GARANZIA - Responsabilità Civile professionale

La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Aderente/Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale riportata nel Modulo di Adesione, unicamente nei casi descritti di seguito.

Responsabilità del Libero professionista

Per le attività riportate nel Modulo di Adesione, svolte con la qualifica di Libero professionista la Garanzia opera unicamente nei casi di:

- Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'Attività professionale dichiarata ed indicata nel Modulo di Adesione;

- b. Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria nonché di Surrogazione dell'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;

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

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

Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato (assicurazione di colpa grave)

Per le attività riportate nel Modulo di Adesione, svolte con la qualifica di Dipendente Pubblico, la Garanzia opera unicamente nei casi di:

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

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

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

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

Responsabilità del Dipendente privato o Convenzionato (assicurazione di colpa grave)

Per le attività riportate nel Modulo di Adesione, svolte con la qualifica di Dipendente Privato o Convenzionato, la Garanzia opera unicamente nei casi di:

- a. Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- b. Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente/Assicurato **sia stato dichiarato responsabile per colpa grave** con Sentenza Passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

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

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

Estensione di Garanzia incluse nel premio (sempre operanti)

L'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile o Amministrativa dell'Aderente/Assicurato per le Perdite Patrimoniali, comprese quelle derivanti da danno reputazionale o da violazione del Codice della Privacy, incluse nella Responsabilità Amministrativa, nella Rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria/Socio-Sanitaria o nell'azione di Surrogazione dell'Impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria di cui l'Aderente/Assicurato sia responsabile ai sensi di legge, entro un limite del 10% del Danno indennizzato.

Estensione di Garanzia relativa alla Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato

È compresa altresì l'attività professionale non medica intramoenia, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalle norme di legge e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con l'Aderente/Assicurato.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Coordinatore	A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, la presente estensione di Garanzia tiene indenne l'Aderente/Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi relativamente alle responsabilità derivanti dalla Qualifica Direttiva di Coordinatore.
Direttore di Struttura Semplice/Complessa – Direttore delle professioni sanitarie	A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, la presente estensione di Garanzia tiene indenne l'Aderente/Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi relativamente alle responsabilità derivanti dalla Qualifica Direttiva di Direttore di Struttura Semplice/Complessa – Direttore delle professioni sanitarie.
Ultrattività	Qualora l'Aderente/Assicurato cessi definitivamente la propria attività per libera volontà, pensionamento, invalidità o morte e non per altra ragione imposta (es.: cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari) è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto per una copertura di ulteriori 10 anni, alle medesime condizioni in vigore alla data di cessazione dell'attività, relativa a fatti verificatisi durante il Periodo di Assicurazione e comunque non precedenti alla data di Retroattività. In caso di morte dell'Aderente/Assicurato, la copertura è estesa ai suoi eredi e non è assoggettabile a recesso. La stessa estensione può essere richiesta anche in caso di prosecuzione dell'attività professionale dell'Aderente/Assicurato.

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	<p>Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che sono Escluse le Richieste di risarcimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Aderente/Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages); • per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio; • riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore; • per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza, ad eccezione di quanto stabilito agli Artt. 1.3 lettera a, e 2.2 delle Condizioni di Assicurazione, rimanendo comunque esclusi dalla Garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali; • alle Cose mobili e immobili che l'Aderente/Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo ad eccezione di quanto stabilito nella Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Medical device"; • in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere; • la Società non riconosce le spese sostenute dall'Aderente/Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati; • relativi a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Aderente/Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Aderente/Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale; • in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Aderente/Assicurato non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza; • per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo; • per fatti dolosi commessi dall'Aderente/Assicurato; • avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali; • per Danni per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi; • per Danni conseguenti ad attività non indicate nel Modulo di Adesione; • derivanti dall'attività ostetrica di assistenza al parto a domicilio, qualora tale attività non sia supervisionata da un medico; • per inottemperanza a quanto previsto in materia di Informazione e Consenso del Codice di Deontologia professionale, limitatamente ai Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione.



Ci sono limiti di copertura?

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

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

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

Qualora nel Modulo di Adesione sia indicato un importo di Franchigia, l'Assicurazione si intenderà prestata con la detrazione, per ogni Sinistro, di detto importo che rimarrà a carico dell'Aderente/Assicurato.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro:</p> <p>Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa quanto segue: la denuncia di sinistro per le Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente/Assicurato durante il Periodo di Assicurazione (da farsi entro 30 giorni da quando si è avuta conoscenza del sinistro stesso e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla cessazione della Polizza) deve contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la data e la descrizione del fatto; - l'indicazione delle cause e delle conseguenze; - il nome e la residenza dei danneggiati; - ogni altra notizia utile per la Società. <p>Deve essere trasmessa, a: AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici 14 – 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: rcprofessionale@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali. Alla denuncia deve far seguito con urgenza l'invio dei documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.</p> <p>Senza il previo consenso scritto della Società, l'Aderente/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.</p>
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Eventuali dichiarazioni false o reticenze sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto possono comportare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'annullamento del Contratto se derivanti da dolo o colpa grave o la facoltà di recesso da parte dell'Assicuratore se non sussiste dolo o colpa grave; • la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	L'Impresa si impegna a pagare all'Aderente/Assicurato gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 45 giorni dalla data di definizione del sinistro o del mancato accordo dell'importo dello stesso.



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I premi assicurativi sono pagati con le seguenti modalità: denaro contante (entro i limiti previsti dalla normativa vigente in relazione ai contratti di assicurazione contro i danni), assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione oppure sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione. - Il premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 22,25% del premio imponibile annuo. - Il premio è annuale ma è prevista la possibilità di frazionamento semestrale. - Non sono previste tecniche di vendita multilevel marketing.
---------------	--

Rimborso	<i>Nei casi di Recesso per sinistro o per esercizio del "Diritto di ripensamento", all'Aderente/Assicurato è dovuto il rimborso della parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.</i>
-----------------	---



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai Professionisti Sanitari non medici, iscritti al relativo Albo professionale, per lo svolgimento della propria attività professionale.



Quali costi devo sostenere?

Il premio pagato dall'Aderente/Assicurato è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 24,00% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p><i>È da considerarsi reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto a Ufficio Reclami – AmTrust Assicurazioni S.p.A. - Via Clerici 14, 20121 Milano - Fax +39 0283438174 - Email: reclami@amtrustgroup.com.</i></p> <p><i>Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo a cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso.</i></p> <p><i>La Compagnia, ricevuto il reclamo, fornirà riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento dello stesso.</i></p> <p><i>Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori e degli Intermediari a titolo accessorio, il termine di riscontro di cui sopra, potrà essere sospeso per un massimo di 15 (quindici) giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo.</i></p> <p><i>Nel caso di reclami relativi al comportamento degli altri intermediari (Broker e Banche) e loro dipendenti/collaboratori, gli stessi saranno gestiti direttamente dall'Intermediario interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</i></p> <p><i>In caso di rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'articolo 22, comma 10, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221, i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un Broker, sono gestiti dall'intermediario proponente mentre i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un'Agenzia, sono gestiti dall'impresa proponente.</i></p>
----------------------------------	--

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - L'Arbitrato è facoltativo e applicabile in caso di disaccordo in merito alla gestione del sinistro tra l'Aderente/Assicurato e la Società; le parti possono demandare ad un arbitro che decida secondo equità, designato di comune accordo, o in mancanza di accordo, designato dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).

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

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

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario	3
Che cosa è assicurato?	6
Informazioni sull'Assicurazione	6
Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie	6
1.1 Disposizioni Comuni	6
a. Oggetto	6
b. Validità temporale dell'Assicurazione	6
b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione	6
b.2 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività	6
c. Surrogazione	6
1.2 GARANZIA - Responsabilità Civile professionale	6
1.2.2 Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato (assicurazione di colpa grave)	7
1.2.3 Responsabilità del Dipendente privato o Convenzionato (assicurazione di colpa grave)	7
1.3 Estensione di Garanzia	8
a. Estensione di Garanzia incluse nel premio	8
<i>(sempre valide ed operanti)</i>	8
b. Estensione di Garanzia relativa al punto 1.2.2. Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato	8
c. Estensioni di Garanzia con sovrappremio	8
<i>(valide ed operanti solo se indicate nel Modulo di Adesione e pagato il relativo sovrappremio)</i>	8
Articolo 2 Garanzia aggiuntiva opzionale	8
2.1 Medical device	8
2.2 Perdite Patrimoniali	8
2.3 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività	9
Che cosa NON è assicurato?	9
Articolo 3 Esclusioni	9
3.1 Esclusioni sempre applicabili	9
3.1.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione	9
3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione	9
3.1.3 Esclusioni dal novero dei terzi	10
3.2 Esclusioni applicabili agli Articoli 1.2.2 e 1.2.3	10
3.3 Esclusioni Applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale Medical device	10
Ci sono limiti di copertura?	10
Articolo 4 Limiti di copertura	10
4.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento previste dagli Articoli 1.2.2. e 1.2.3	10
4.2 Franchigia	11
4.3 Responsabilità solidale	11
Dove vale la copertura?	11
Articolo 5 Estensione territoriale	11

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

Glossario

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

Aderente/Assicurato	La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione, che svolge la specifica Attività professionale ivi indicata ed il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Attività Professionale	l'attività sanitaria/socio-sanitaria, non medica, connessa alla qualifica indicata nel Modulo di Adesione e svolta dall'Aderente/Assicurato presso la o per conto dell'Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria, oppure in regime libero professionale.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Claims Made	Formola di operatività dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute dall'Aderente/Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se riferite a fatti od atti pregressi, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività indicata del Modulo di Adesione.
Contraente	Il soggetto che stipula la Polizza Collettiva.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Danni	La/le conseguenza/e pregiudizievole/i del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'assicurazione. I Danni possono essere patrimoniali o non patrimoniali.
Danni non patrimoniali	Tutti i danni conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.
Danni Patrimoniali	Il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose nonché conseguenti ai Danni da lesioni personali e morte che riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.
Data di Retroattività	Le ore 24.00 della data indicata nel Modulo di Adesione.
Franchigia	L'importo prestabilito che per ciascun Sinistro viene dedotto dal Danno liquidato, restando a carico esclusivo dell'Aderente/Assicurato.
Impresa di assicurazione	Si veda "Società".
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	L'intermediario di assicurazioni iscritto alla sezione A o B del RUI cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Massimale	La somma massima indicata nel Modulo di Adesione 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 pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Medical device	Qualunque strumento, apparecchio, impianto, sostanza, con esclusione dei software, utilizzato da solo o in combinazione con altri <i>Medical device</i> o farmaci, utilizzato per attività di prevenzione, diagnosi, controllo, terapia o attenuazione di una malattia, compensazione di una ferita o di un handicap, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico.

Modulo di Adesione	Il documento contrattuale che certifica i termini dell'Adesione dell'Aderente/Assicurato alla Polizza Collettiva stipulata dal Contraente con la Società.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di danni materiali e corporali.
Periodo di Assicurazione della Polizza Collettiva	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza e nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del premio.
Periodo di Assicurazione del Modulo di Adesione	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nel Modulo di Adesione e nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del premio.
Polizza	Il documento contrattuale che disciplina i rapporti tra Società, Contraente e Aderente /Assicurato.
Premio	La somma dovuta dal Contraente e/o dall'Aderente/Assicurato alla Società a titolo di corrispettivo della copertura assicurativa prestata dalla Società, ivi inclusa la regolazione premio dovuta nei casi previsti in Polizza.
Scheda di Polizza	È il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, che prova il contratto di Assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza Collettiva, il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.
Sentenza passata in giudicato	È il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché decorsi i termini o perché già esperite tutte le impugnazioni possibili.
Set Informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Aderente/Assicurato, prima dell'Adesione alla Polizza Collettiva, composto da: Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario, DIP danni, DIP Aggiuntivo, Modulo di Proposta ove previsto.
Sinistro	Una o più Richieste di Risarcimento conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Aderente/Assicurato, per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione.
Serie di Sinistri	Una pluralità di Sinistri, anche conseguenti a differenti eventi, riconducibili ad uno stesso atto, o a più atti o fatti tutti riconducibili ad una stessa causa o aventi il medesimo nesso eziopatologico. La data del primo Sinistro sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.
Società	L'Impresa AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.
Sottolimito	La somma massima inclusa nel Massimale indicato nel Modulo di Adesione 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 pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Struttura Sanitaria	Le strutture, cliniche o istituti sanitari o le aziende sanitarie pubbliche o private che erogano prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale o prestazioni sociosanitarie.

Variazione del rischio

Qualunque variazione del rischio (es: variazione dell'Attività svolta, della Qualifica o della Qualifica direttiva) avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione.

Vendita a distanza

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

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione, prestata nella forma **Claims Made**, è rivolta al Professionista Sanitario non medico, iscritto al relativo Albo professionale, per la propria attività professionale svolta come Libero professionista o Dipendente di Struttura Sanitaria o Convenzionato.

L'Assicurazione tiene indenne l'Aderente/Assicurato dei danni causati a terzi nello svolgimento delle attività professionali riportate nel Modulo di Adesione e per le quali ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di Risarcimento.

Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie

1.1 Disposizioni Comuni

a. Oggetto

La Società tiene indenne l'Aderente/Assicurato, **fino alla concorrenza del Massimale e dei Sottolimiti per Periodo di Assicurazione indicati nel Modulo di Adesione**, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali anche a cose, causati a terzi nello svolgimento delle attività professionali riportate nel Modulo di Adesione.

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

b. Validità temporale dell'Assicurazione

b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione

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

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

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. b.1, se durante il Periodo di Assicurazione l'attività Professionale dell'Aderente/Assicurato viene a cessare definitivamente, per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari), le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data di Retroattività, restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione nonché per ulteriori 10 (dieci) anni.

Il Massimale assicurato in tale Periodo di Assicurazione rappresenta la massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente/Assicurato. L'Aderente/Assicurato (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Società della sopravvenuta cessazione dell'attività Professionale ed è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto a fronte di tale evenienza come specificato all'Art. 7.3.

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

c. Surrogazione

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

1.2 GARANZIA - Responsabilità Civile professionale

La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Aderente/Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale riportata nel Modulo di Adesione, unicamente nei casi descritti di seguito.

1.2.1 Responsabilità del Libero professionista

Per le attività riportate nel Modulo di Adesione, svolte con la qualifica di Libero professionista la Garanzia opera unicamente nei casi di:

- a. Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'Attività professionale dichiarata ed indicata nel Modulo di Adesione;
- b. Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria nonché di Surrogazione dell'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

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

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

1.2.2 Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato (assicurazione di colpa grave)

Per le attività riportate nel Modulo di Adesione, svolte con la qualifica di Dipendente Pubblico, la Garanzia opera unicamente nei casi di:

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

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

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

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

1.2.3 Responsabilità del Dipendente privato o Convenzionato (assicurazione di colpa grave)

Per le attività riportate nel Modulo di Adesione, svolte con la qualifica di Dipendente Privato o Convenzionato, la Garanzia opera unicamente nei casi di:

- a. Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- b. Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente/Assicurato **sia stato dichiarato responsabile per colpa grave** con Sentenza Passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

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

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

1.3 Estensione di Garanzia

a. Estensione di Garanzia incluse nel premio

(sempre valide ed operanti)

L'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile o Amministrativa dell'Aderente/Assicurato per le Perdite Patrimoniali, comprese quelle derivanti da danno reputazionale o da violazione del Codice della Privacy, incluse nella Responsabilità Amministrativa, nella Rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria/Socio-Sanitaria o nell'azione di Surrogazione dell'Impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria di cui l'Aderente/Assicurato sia responsabile ai sensi di legge, entro un limite del 10% del Danno indennizzato.

b. Estensione di Garanzia relativa al punto 1.2.2. Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato

È compresa altresì l'attività professionale non medica intramoenia, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalle norme di legge e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

c. Estensioni di Garanzia con sovrappremio

(valide ed operanti solo se indicate nel Modulo di Adesione e pagato il relativo sovrappremio)

c.1 Coordinatore

A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente estensione di Garanzia tiene indenne l'Aderente/Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi relativamente alle responsabilità derivanti dalla Qualifica Direttiva di Coordinatore.

c.2 Direttore di Struttura Semplice/Complessa – Direttore delle professioni sanitarie

A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente estensione di Garanzia tiene indenne l'Aderente/Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi relativamente alle responsabilità derivanti dalla Qualifica Direttiva di Direttore di Struttura Semplice/Complessa – Direttore delle professioni sanitarie.

Articolo 2 Garanzia aggiuntiva opzionale

(valide ed operanti solo se indicate nel Modulo di Adesione e pagato il relativo sovrappremio)

2.1 Medical device

(la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale può essere acquistata solo dagli Aderenti/Assicurati che svolgono almeno una tra le seguenti attività, se riportata nel Modulo di Adesione: Tecnico audioprotesista, Tecnico ortopedico, Podologo, Ottico, Odontotecnico)

A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'Aderente/Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali causate a terzi, inclusi i pazienti, derivanti da errori, negligenza ed imperizia nello svolgimento dell'Attività Professionale, che abbiano determinato la necessità di ripristinare, rimpiazzare e/o ricostruire parzialmente o totalmente *Medical device* dallo stesso prodotti su specifica prescrizione medica - odontoiatrica con altri equivalenti per uso e qualità.

La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 10.000,00 (diecimila) per Periodo di Assicurazione, entro il Massimale indicato nel Modulo di Adesione e non in aggiunta ad esso.

2.2 Perdite Patrimoniali

(la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale può essere acquistata solo dagli Aderenti/Assicurati che svolgono e hanno acquistato l'estensione di Garanzia "Qualifica direttiva")

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

L'Assicurazione comprende inoltre:

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

La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 100.000,00 (centomila) per Periodo di Assicurazione, entro il Massimale indicato nel Modulo di Adesione e non in aggiunta ad esso.

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

(attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione)

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

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

Il Massimale assicurato in tale Periodo di Assicurazione rappresenta la massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente/Assicurato.

L'Aderente/Assicurato è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto per l'attivazione dell'Ultrattività, come specificato all'Art. 7.3.

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

Che cosa NON è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

3.1 Esclusioni sempre applicabili

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 notificate all'Aderente/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 di Retroattività indicata nel Modulo di Adesione;
- Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a sentenze penali di condanna o di patteggiamento o ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Aderente/Assicurato antecedentemente la data di prima stipulazione della presente Assicurazione.

3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. per inottemperanza a quanto previsto in materia di Informazione e Consenso del Codice di Deontologia professionale, limitatamente ai Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione;
2. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Aderente/Assicurato;
3. derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
4. alle cose mobili e immobili che l'Aderente/Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo ad eccezione di quanto stabilito all'Art. 2.1;
5. relativi a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Aderente/Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
6. per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
7. per Danni che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale dichiarata dall'Aderente/Assicurato;

8. per Danni derivanti da somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
9. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
10. la Società non riconosce le spese sostenute dall'Aderente/Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati;
11. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
12. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'Attività Professionale dell'Aderente/Assicurato;
13. per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza, ad eccezione di quanto stabilito agli Artt.1.3 lettera a, e 2.2, rimanendo comunque esclusi dalla Garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali;
14. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
15. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Aderente/Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Aderente/Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale;
16. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Aderente/Assicurato non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'attività professionale indicata in Polizza;
17. per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
18. per fatti dolosi commessi dall'Aderente/Assicurato;
19. avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali;
20. per Danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
21. per Danni conseguenti ad attività non indicate nel Modulo di Adesione;
22. derivanti dall'attività ostetrica di assistenza al parto a domicilio, qualora tale attività non sia supervisionata da un medico.

3.1.3 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'Aderente/Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive, anche se non presente nello stato di famiglia. L'Assicurazione è pertanto inefficace a fronte di Richieste di Risarcimento conseguenti a danni sofferti da soggetti non considerati terzi.

Relativamente alla Garanzia aggiuntiva opzionale di cui all'Art. 2.2 non sono considerati Terzi: la Struttura Sanitaria, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di Responsabilità Amministrativa, e/o di Surrogazione come previsto agli Artt. 1.2.2 e 1.2.3.

3.2 Esclusioni applicabili agli Articoli 1.2.2 e 1.2.3

L'Assicurazione non opera:

- a) in relazione ai danni per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi.
- b) in relazione a qualsiasi Attività che l'Aderente/Assicurato abbia esercitato o dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico della Struttura Sanitaria di cui è dipendente.

3.3 Esclusioni Applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale Medical device

Rimangono sempre esclusi dalla Garanzia Aggiuntiva Opzionale:

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

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento previste dagli Articoli 1.2.2. e 1.2.3

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

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

4.2 Franchigia

Qualora nel Modulo di Adesione sia indicato un importo di Franchigia, l'Assicurazione si intenderà prestata con la detrazione, per ogni Sinistro, di detto importo che rimarrà a carico dell'Aderente/Assicurato.

È facoltà della Società anticipare l'importo della Franchigia e in tal caso l'Aderente/Assicurato sarà tenuto al rimborso di tale importo entro 30 (trenta) giorni dal pagamento.

4.3 Responsabilità solidale

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

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

Dove vale la copertura?

Articolo 5 Estensione territoriale

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

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

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

Articolo 6 Sinistri

6.1 Obblighi dell'Aderente/Assicurato in caso di Sinistro

L'Aderente/Assicurato, rendendosi parte diligente del contratto, deve denunciare alla Società qualsiasi Sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, fermi i termini di decadenza e di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.

Nel caso in cui l'Aderente/Assicurato riceva una Richiesta di Risarcimento deve denunciare per iscritto alla Società ciascun Sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 (trenta) giorni dalla cessazione del Periodo di Assicurazione in corso.

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

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

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

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

6.2 Gestione delle vertenze e spese legali

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

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

La Società non riconosce le spese sostenute dall'Aderente/Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'Aderente/Assicurato.

6.3 Liquidazione del Sinistro

L'Impresa si impegna a pagare all'Aderente/Assicurato le somme derivanti dagli obblighi contrattuali entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di definizione dell'importo del Sinistro.

6.4 Coesistenza di altre assicurazioni

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

Quando e come devo pagare?

Articolo 7 Pagamento, regolazione e rimborso del Premio

7.1 Pagamento del premio della Polizza collettiva

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

7.2 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa

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

Se l'Aderente/Assicurato non paga la prima rata di Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento.

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

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

Le modalità di pagamento dei Premi sono le seguenti:

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

7.3 Premio di Regolazione - Ultrattività

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

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

Il Premio di regolazione può essere corrisposto in unica soluzione.

Per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete, l'estensione di Ultrattività decennale è prestata a titolo gratuito in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato verificatosi durante la vigenza della copertura, a vantaggio degli eredi.

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

7.4 Rimborso del Premio

In caso di Recesso per Sinistro esercitato ai sensi dell'Art. 9.1 o in caso di Recesso per Ripensamento esercitato ai sensi dell'Art. 9.3, all'Aderente/Assicurato è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 8 Effetto e durata della Copertura assicurativa

8.1 Polizza Collettiva

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

8.2 Singola adesione

La singola adesione ha la durata prevista nel Modulo di Adesione, e non si rinnova tacitamente.

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

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

La Società può formulare una proposta di rinnovo per ulteriori 12 (dodici) mesi. L'Aderente/Assicurato può manifestare la volontà di accettare la proposta di rinnovo del contratto entro il 30° giorno successivo alla scadenza del Periodo di Assicurazione mediante il pagamento del premio propositogli dalla Società senza la necessità di compilare un nuovo Modulo di Adesione, salvo il caso di variazione del rischio. L'Aderente che alla scadenza intenda estendere le coperture assicurative, modificare quelle esistenti o eliminare alcune di esse dovrà stipulare un nuovo contratto.

Recesso e risoluzione

Articolo 9 Casi di interruzione del Contratto

9.1 Recesso per Sinistro della singola adesione

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, tanto l'Aderente/Assicurato che la Società possono recedere dalla copertura assicurativa mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano) dando un preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla data di effetto del recesso. Come previsto dall'Art. 7.4 in caso di recesso, all'Aderente/Assicurato è dovuto il rimborso della parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.

9.2 Risoluzione per mancato pagamento del Premio

In caso di mancato pagamento del premio nei termini previsti dal precedente Art. 7.2, decorsi 30 giorni dalla scadenza della rata di premio ed entro il semestre, in alternativa ad agire per l'esecuzione, la Società ha facoltà di dichiarare risolto il contratto per inadempimento, a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano), con diritto di esigere il pagamento dei premi scaduti, ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile.

9.3 Diritto di Ripensamento

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

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

Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie

Articolo 10 Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro

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

Altre Disposizioni Contrattuali

Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Aderente/Assicurato e riportate nel Modulo di Adesione 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 dell'Aderente/Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Aderente/Assicurato ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 12 Variazioni contrattuali - Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Aderente/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.

Articolo 13 Altre Assicurazioni

L'Aderente/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'Aderente/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. 6.4.

Articolo 14 Assicurazione per conto altrui

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

Articolo 15 Oneri fiscali

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

Articolo 16 Variazioni contrattuali a scadenza

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

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

Articolo 17 Foro competente per l'esecuzione del Contratto

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

Articolo 18 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

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

I riferimenti della Società sono i seguenti:

AmTrust Assicurazioni S.p.A.:

Via Clerici, 14 - 20121, Milano

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Sito Internet: www.amtrust.it

Articolo 19 Forma delle comunicazioni in caso di vendita a distanza

Qualora il contratto sia stato promosso o collocato a distanza, l'Aderente/Assicurato.

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

Articolo 20 Rinvio alle norme di legge

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

AmTrust Assicurazioni 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)



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company