

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

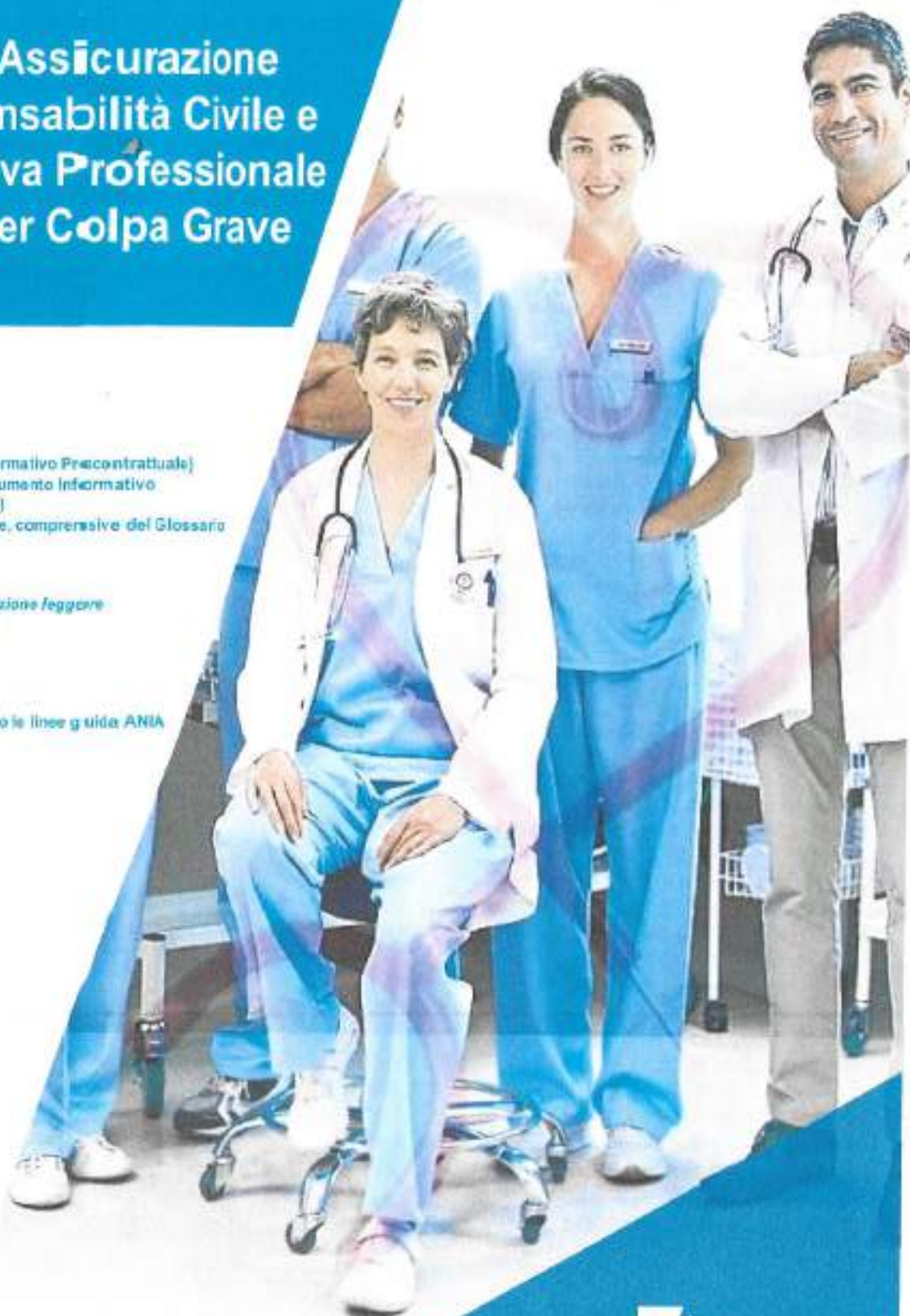
Il Set Informativo contiene:

- 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

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



Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "AmTrust ColpaGraveCollettiva"



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

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

Che tipo di assicurazione è?

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

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.

Che cosa è Assicurato?

✓ Il patrimonio dell'Aderente/Assicurato, che svolge l'attività di Medico Dipendente Pubblico e/o Medico Dipendente Privato o Specializzando, 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 e che abbiano già formato oggetto di Risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Pubblica o Privata.

Garanzie aggiuntive opzionali (operanti solo se attivate dall'Aderente/Assicurato e pagato il relativo premio aggiuntivo):
Ultrattività - in caso di prosecuzione dell'Attività.

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

Che cosa non è assicurato?

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

- ✗ Notificate all'Aderente/Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e denunciate 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)
- ✗ Responsabilità diretta del medico sostituto
- ✗ Derivanti da consulenza on line e/o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria

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



Ci sono limiti di copertura?

- ! 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 con una maggiorazione. 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 Responsabilità Professionale dei Medici

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

AmTrust Assicurazioni S.p.A.



Prodotto "AmTrust ColpaGraveCollettiva" Ed.07/2020 - Ultimo Aggiornamento 07/2020

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° 1.00185 dell'Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in Italia.

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 49.011 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 43.511 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 26.906 migliaia di Euro; l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 6.727 migliaia di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura (OF) è pari a 45.928 migliaia di Euro.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 171%; 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 31/12/2019.

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.*

La Garanzia Base – Colpa Grave è rivolta a tutelare il Medico Dipendente pubblico, Privato o Convenzionato e lo Specializzando, relativamente alle qualifiche riportate nel Modulo di Adesione, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Professionale e che abbiano già formato oggetto di Risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Pubblica o Privata, unicamente nei casi di:

a) *Responsabilità Amministrativa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Locale o Struttura Sanitaria Pubblica;*

- Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
 - Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.
- b) *Rivalsa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata:*
- Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
 - Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

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;
- 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.

In ogni caso, 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.**

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

- i Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'Attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve; tale estensione è prestata con un Sottolimito di € 1.000.000,00 (un milione) per Periodo di Assicurazione, entro il Massimale indicato nel Modulo di Adesione e non in aggiunta ad esso;
- l'esecuzione e la partecipazione dell'Aderente/Assicurato ad Attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo di appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;
- i Danni di natura estetica e fisionomica, ferma la successiva esclusione dell'Art. 3.1.2 numero 2 delle Condizioni di Assicurazione;
- le prestazioni sanitarie erogate attraverso la telemedicina;
- l'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti all'Attività svolta dall'Aderente/Assicurato compreso l'impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi, per scopi terapeutici;
- la pratica della Medicina omeopatica e dell'agopuntura;
- la consegna e la somministrazione diretta e gratuita di farmaci di cui l'Aderente/Assicurato abbia curato la conservazione;
- i Danni derivanti da fatti commessi da medico che sostituisce l'Aderente/Assicurato e per i quali esiste una responsabilità in capo all'Aderente/Assicurato stesso;
- i fatti dei medici e delle altre persone addette al reparto delle quali deve rispondere in qualità di Direttore Sanitario;
- le Perdite Patrimoniali cagionate a terzi, derivanti da:
 - furto, perdita o divulgazione non autorizzata di dati personali, siano essi comuni o sensibili, che siano in possesso, custodia o controllo dell'Aderente/Assicurato, o di un terzo;
 - inadempimento colposo da parte dell'Aderente/Assicurato di quella parte della normativa Privacy che esplicitamente:
 - i. proibisce o limita la diffusione, la divulgazione e la vendita da parte dell'Aderente/Assicurato di dati personali;
 - ii. richiede all'Aderente/Assicurato, previo consenso dell'Interessato, di garantire l'accesso ai relativi dati personali, ovvero la correzione degli stessi in caso di loro incompletezza o imprecisione;
 - iii. ordina l'adozione di procedure e sistemi atti ad evitare la perdita di dati personali;
 - danno reputazionale.

Tale estensione è prestata entro un Sottolimito pari al 10% del Danno indennizzato, entro il Massimale indicato nel Modulo di Adesione e non in aggiunta ad esso.

Estensioni di Garanzia per Medico legale o Medico del lavoro

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

Estensioni di Garanzia Base operanti solo in riferimento alla Responsabilità Amministrativa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Locale o Struttura Sanitaria Pubblica

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

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

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Ultrattività

Qualora l'Aderente/Assicurato cessi definitivamente la propria Attività per libera volontà, pensionamento, invalidità o morte e non per altra ragione imposta (es.: sospensione o cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari) è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto per una copertura di ulteriori 10 anni, alle medesime condizioni in vigore alla data di cessazione dell'Attività, relativa a fatti verificatisi durante il Periodo di Assicurazione e comunque non precedenti alla Data di Retroattività. In caso di morte dell'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

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che per tutte le GARANZIE sono escluse le Richieste di risarcimento:

- per Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
- relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'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 all'Art. 1.3 lettera a, 10 e all'Art. 1.3 lettera b delle Condizioni di Assicurazione, rimanendo comunque esclusi dalla Garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali;
- per Danni dovuti al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
- derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
- alle cose mobili e immobili che l'Aderente/Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
- in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
- relative a spese sostenute dall'Aderente/Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati;
- in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'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;
- per Danni derivanti da inadempienze contrattuali (es. restituzione compensi);
- 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;
- relative ai Danni per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
- relative a qualsiasi Attività che l'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.

	<p>Limitatamente all'Attività svolta in qualità di Medico Specializzando, sono escluse anche le Richieste di Risarcimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per qualsiasi Attività svolta dall'Aderente/Assicurato diversa dalla regolare frequenza di tirocinio obbligatorio post-laurea presso Ente ospedaliero universitario pubblico o di corso di specializzazione universitaria. • L'Assicurazione di cui alle Garanzie I e II non opera per le Richieste di Risarcimento derivanti dall'Attività professionale svolta successivamente al conseguimento della specializzazione, come specificato all'Art. 12.2 delle Condizioni di Assicurazione.
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che non sono considerate Richiesta di Risarcimento, e dunque non costituiscono Sinistro:

- la comunicazione inviata all'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.
- la Richiesta di Risarcimento avanzata o l'azione giudiziale promossa dal Terzo direttamente nei confronti dell'Aderente/Assicurato.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue: la denuncia di sinistro per le Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente/Assicurato durante il Periodo di Assicurazione (da farsi entro 30 giorni da quando si è avuta conoscenza del sinistro stesso o 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 del danneggiato; - ogni altra notizia utile per la Società. <p>Deve essere trasmessa, a: AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Cienci 14 – 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: colpegravi@amtrustgroup.com, sinistramtrust@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>
	<p>Assistenza diretta in convenzione: non prevista.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: non prevista.</p>
	<p>Prescrizione: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
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	<p>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.</p>



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 assicurativi contro i danni), assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o
--------	---

	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 con applicazione dell'aumento del 3%. - Non sono previste tecniche di vendita multilevel marketing.
Rimborso	In caso 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 goduto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>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.</p> <p>La volontà di recedere dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta e mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano), inviata all'intermediario incaricato o alla Società</p>
Risoluzione	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 successivo al pagamento o al rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 30 giorni rispetto alla data di effetto del recesso.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai Medici, iscritti al relativo Albo professionale, per lo svolgimento della propria Attività professionale come Dipendente di Struttura Sanitaria o Convenzionato, Medico Specializzando.



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>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.</p> <p>Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo a cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso.</p> <p>La Compagnia, ricevuto il reclamo, fornirà riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento dello stesso.</p> <p>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.</p>
----------------------------------	--

	<p>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.</p> <p>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.</p>
All'IVASS	<p>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</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
Mediazione	<p>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).</p> <p>La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'impresa, attinente ai contratti assicurativi.</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.</p>
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 (intraçcabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA.

AmTrust Assicurazioni S.p.A. mette a disposizione l'AREA CLIENTI sul proprio sito web destinata ALLA SOLA CONSULTAZIONE di informazioni relative al contratto.

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario.....	3
Che cosa è assicurato?	7
Informazioni sull'Assicurazione.....	7
Articolo 1 - Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie	7
1.1 Disposizioni Comuni della Sezione Responsabilità Civile	7
1.2 GARANZIA BASE – Colpa Grave	8
1.3 Estensioni di Garanzie incluse nel Premio (sempre valide ed operanti).....	8
Articolo 2 - Garanzie aggiuntive opzionali	9
2.1 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	10
Ci sono limiti di copertura?	11
Articolo 4 - Limiti di copertura	11
4.1 Limitazioni riferite alla Garanzia Base – Colpa Grave	11
4.2 Responsabilità solidale	11
Dov'è 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'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 della singola adesione	12
7.3 Determinazione del premio della singola adesione	12
7.4 Premio di regolazione della Sezione Responsabilità Civile - Ultrattività.....	13
7.5 Rimborso del premio	13
Quando comincia la copertura e quando finisce?	13
Articolo 8 - Effetto e durata della copertura assicurativa	13
8.1 Polizza Collettiva	13

8.2 Singola adesione	13
Recesso e risoluzione	14
Articolo 9 - Casi di interruzione del Contratto	14
9.1 Recesso per Sinistro dalla singola adesione	14
9.2 Risoluzione per mancato pagamento del premio.....	14
9.3 Diritto di ripensamento	14
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	14
12.1 Aggravamento e diminuzione del rischio	14
12.2 Ulteriori Variazioni contrattuali per il Medico Specializzando	15
Articolo 13 - Altre Assicurazioni.....	15
Articolo 14 - Assicurazione per conto altrui	15
Articolo 15 - Oneri fiscali.....	15
Articolo 16 - Variazioni contrattuali a scadenza.....	15
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 del Dipendente Privato	L'Attività professionale/qualifica - indicata nel Modulo di Adesione - svolta dal Medico Assicurato all'interno o per conto della Struttura Sanitaria Privata con rapporto di lavoro dipendente e subordinato, esclusa qualunque Attività libero professionale che comporti l'instaurazione di un'obbligazione contrattuale con il paziente.
Attività del Dipendente Pubblico	L'Attività professionale/qualifica - indicata nel Modulo di Adesione - svolta dal Medico Assicurato all'interno o per conto della Struttura Sanitaria Pubblica, con rapporto di lavoro dipendente e subordinato, inclusa l'eventuale Attività <i>intramoenia</i> esclusa qualunque Attività libero Professionale esterna.
Attività del Medico Convenzionato	L'Attività professionale/qualifica - indicata nel Modulo di Adesione - svolta dal Medico Assicurato non alle dirette dipendenze della Struttura Sanitaria, ma di cui essa si avvale per l'erogazione di prestazioni inerenti alle obbligazioni contrattuali assunte da quest'ultima, e che presta la propria Attività professionale presso o per conto della Struttura o delle Strutture, con rapporto di lavoro autonomo ed in assenza di qualunque obbligo contrattuale instaurato con il paziente.
Attività del Medico Specializzando	L'Attività professionale/qualifica - indicata nel Modulo di Adesione - svolta dal Medico Assicurato in relazione alla regolare frequenza del tirocinio obbligatorio post laurea presso un Ente Ospedaliero Universitario pubblico o privato o di corso di specializzazione universitaria, nonché, <u>se espressamente indicata nel Modulo di Adesione attivando l'apposita Garanzia Aggiuntiva</u> , l'Attività libero professionale.
Attività Intramoenia	È considerata <i>intramoenia</i> l'attività libero professionale svolta all'interno di struttura ospedaliera e comunque al di là dell'impegno di servizio da soggetti che rispondono a determinati requisiti soggettivi: <ul style="list-style-type: none">- Personale dipendente dirigente del servizio sanitario nazionale;- Docenti universitari e ricercatori che effettuano Attività assistenziale presso cliniche e istituti universitari di ricovero e cura anche se gestiti direttamente dalle università;- Personale laureato e medico di ruolo in servizio nelle strutture delle facoltà di Medicina e chirurgia delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria;- Dipendenti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto privato;- Personale autorizzato ad operare presso studi privati o strutture non accreditate, purché l'Attività rispetti i criteri fissati dal D.M. Sanità 31/7/1997 e successivamente negli atti adottati dai direttori generali delle Strutture Sanitarie.
Attività Chirurgica	Quell'Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto per fini terapeutici.
Attività Invasiva	Quell'Attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo a soli fini diagnostici.
Chirurgia Minore	Quell'Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto per fini terapeutici, senza l'utilizzo di anestesia se non di tipo locale.

Contraente	Il soggetto che stipula la Polizza Collettiva.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Danno/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 della vittima.
Danni Patrimoniali	Il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose (ivi compresi gli animali) nonché quelli consequenziali ai danni da lesioni personali e morte che riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.
Data Di Retroattività	Le ore 24.00 della data indicata nel Modulo di Adesione.
Impresa di Assicurazione	Si veda "Società".
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro
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.
Medico Convenzionato:	Il medico, non alle dirette dipendenze della Struttura Sanitaria, di cui quest'ultima si avvale per l'erogazione delle prestazioni inerenti le obbligazioni dalla stessa assunte, e che presta la propria Attività con rapporto di lavoro autonomo presso e/o per conto della Struttura Sanitaria in assenza di uno specifico rapporto contrattuale assunto con il paziente.
Medico Dipendente privato	Il medico che assume con un Soggetto, Ente od Impresa Privati, un rapporto di lavoro dipendente subordinato. A tal fine per Soggetto, Ente od Impresa Privata si intendono tutti i soggetti, datori di lavoro, diversi dalla Pubblica Amministrazione, a titolo esemplificativo: Case di Cura ed Enti Sanitari privati anche se convenzionati con il SSN; Case di Riposo, Cooperative, ONLUS ed Associazioni senza fini di Lucro; Istituti Universitari ed IRCCS privati; etc.
Medico Dipendente pubblico	Il medico che assume con la Pubblica Amministrazione un rapporto subordinato di impiego, a tempo determinato o indeterminato, con rapporto esclusivo od a tempo parziale, indipendentemente che detto rapporto sia giuridicamente regolato dalla disciplina pubblica o privatistica. A tal fine per Pubblica Amministrazione si intendono: le Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato; le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane ed i Consorzi costituiti fra le stesse; le Scuole e le Università; gli IACP; le CCIAA; gli Enti Pubblici non economici Nazionali o Regionali; Le Aziende e gli Enti del SSN e gli IPAB e le RSA; l'Aran e le Agenzie di diritto Pubblico; in generale tutti gli Enti il cui personale dipendente è assoggettato al giudizio per Responsabilità Contabile e per Danno Erariale da parte della Corte dei conti.
Medico Specializzando	Il medico in formazione specialistica, che non abbia già una specializzazione, iscritto ad una scuola di specializzazione post universitaria con accesso alle unità operative ed ai dipartimenti assistenziali, sino e non oltre la data di conseguimento della specializzazione e comunque non oltre il compimento del trentottesimo anno d'età.

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 Collettiva	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.
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 (come definito nella Garanzia Base – Colpa Grave) 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 averni 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 specifica Garanzia per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Struttura Sanitaria	Le strutture, 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 mutamento del rischio (es: cambio Attività, specializzazione, cambio contratto) avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione.

Vendita a distanza

Qualunque modalità di vendita che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore e 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 Medico iscritto al relativo Albo professionale, per la propria Attività professionale svolta come Dipendente di Struttura Sanitaria o Convenzionale o come Medico Specializzando. L'Assicurazione tiene indenne il Medico Aderente/Assicurato dei danni causati a terzi nello svolgimento delle Attività professionali mediche relative alla qualifica riportata nel Modulo di Adesione e per le quali ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, le eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di Risarcimento.

Articolo 1 - Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie

1.1 Disposizioni Comuni della Sezione Responsabilità Civile

a. Oggetto della Garanzia

La Società tiene indenne il Medico Aderente/Assicurato, **fino alla concorrenza del Massimale 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 derivati da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Professionale e della categoria di rischio, dichiarate 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 riportato nel Modulo di Adesione. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale riportato nel Modulo di Adesione, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e l'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 (come definite nella seguente Garanzia Base – Colpa Grave) ricevute dall'Aderente/Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione riportato nel Modulo di Adesione 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 punto b.1, se durante il Periodo di Assicurazione del Modulo di Adesione 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 Periodo di Assicurazione in corso, nonché per ulteriori 10 (dieci) anni.

Il Massimale assicurato, in tale Periodo di Assicurazione, rappresentano la massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'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. 7.4.

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 BASE – Colpa Grave

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

- a) Responsabilità Amministrativa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Locale o Struttura Sanitaria Pubblica:
 - Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
 - Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.
- b) Rivalsa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata:
 - Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
 - Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

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;
- 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.

In ogni caso, 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.

1.3 Estensioni di Garanzie incluse nel Premio (sempre valide ed operanti)

a. Estensioni di Garanzia Base sempre operanti

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

- a.1 i Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'Attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve; tale estensione è prestata con un Sottolimito di € 1.000.000,00 (un milione) per Periodo di Assicurazione, entro il Massimale indicato nel Modulo di Adesione e non in aggiunta ad esso;
- a.2 l'esecuzione e la partecipazione dell'Aderente/Assicurato ad Attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo di appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;
- a.3 i Danni di natura estetica e fisionomica, ferma la successiva esclusione dell'Art. 3.1.2 numero 2;
- a.4 le prestazioni sanitarie erogate attraverso la telemedicina;
- a.5 l'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti all'Attività svolta dall'Aderente/Assicurato compreso l'impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi, per scopi terapeutici;
- a.6 la pratica della Medicina omeopatica e dell'agopuntura;
- a.7 la consegna e la somministrazione diretta e gratuita di farmaci di cui l'Aderente/Assicurato abbia curato la conservazione;
- a.8 i Danni derivanti da fatti commessi da medico che sostituisce l'Aderente/Assicurato e per i quali esiste una responsabilità in capo all'Aderente/Assicurato stesso;
- a.9 i fatti dei medici e delle altre persone addette al reparto delle quali deve rispondere in qualità di Direttore Sanitario;
- a.10 le Perdite Patrimoniali cagionate a terzi, derivanti da:
 - furto, perdita o divulgazione non autorizzata di dati personali, siano essi comuni o sensibili, che siano in possesso, custodia o controllo dell'Aderente/Assicurato, o di un terzo;
 - inadempimento colposo da parte dell'Aderente/Assicurato di quella parte della normativa Privacy che esplicitamente:

- i. proibisce o limita la diffusione, la divulgazione e la vendita da parte dell'Aderente/Assicurato di dati personali;
 - ii. richiede all'Aderente/Assicurato, previo consenso dell'interessato, di garantire l'accesso ai relativi dati personali, ovvero la corruzione degli stessi in caso di loro incompletezza o imprecisione;
 - iii. ordina l'adozione di procedure e sistemi atti ad evitare la perdita di dati personali;
- danno reputazionale.

Tale estensione è prestata entro un Sottolimito pari al 10% del Danno indennizzato, entro il Massimale indicato nel Modulo di Adesione e non in aggiunta ad esso.

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

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

c. Estensioni di Garanzia Base operanti solo in riferimento al punto 1.2 lett. a)

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

Articolo 2 - Garanzie aggiuntive opzionali

(valide ed operanti solo se indicate nel Modulo di Adesione, pagato il relativo sovrappremio e relativamente alla Garanzia acquistata)

2.1 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 anni.

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

L'Aderente/Assicurato è tenuto a corrispondere la regolazione del premio dovuto per l'attivazione dell'Ultrattività, come specificato all'Art. 7.4.

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 alla data di decorrenza della presente Assicurazione.

3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. per Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
2. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di Medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Aderente/Assicurato;
3. relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Aderente/Assicurato, oppure relative ai cosiddetti Danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
4. per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
5. per Danni che si verificano o insorgono 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;
6. per Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
7. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
8. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;
9. per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza, ad eccezione di quanto stabilito all'Art.1.3 lettera a.10 e all'Art. 1.3 lettera b), rimanendo comunque esclusi dalla Garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali;
10. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
11. relative a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di Aderente/Assicurato;
12. derivante da consulenza on line e/o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
13. per Danni dovuti al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
14. derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
15. per Danni alle cose mobili e immobili che l' Aderente/Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
16. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
17. relative alle spese sostenute dall' Aderente/Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società;
18. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall' Aderente/Assicurato, dopo che lo stesso abbia cessato l'Attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l' Aderente/Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale;
19. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall' Aderente/Assicurato, qualora lo stesso non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'Attività professionale indicata in Polizza;
20. per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
21. per fatti dolosi commessi dall' Aderente/Assicurato;
22. per Danni derivanti da inadempienze contrattuali (es. restituzione compensi);
23. avanzate da persone, entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali.
24. in relazione ai 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.
25. 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.

3.1.3 Ulteriori esclusioni per il Medico Specializzando

È esclusa l'Assicurazione per qualsiasi Attività svolta dall' Aderente/Assicurato diversa dalla regolare frequenza di tirocinio obbligatorio post-laurea presso Ente ospedaliero universitario pubblico o di corso di specializzazione universitaria.

L'Assicurazione non opera per le Richieste di Risarcimento derivanti dall'Attività professionale svolta successivamente al conseguimento della specializzazione, come specificato all'Art. 12.2.

3.1.4 Esclusioni dal novero dei terzi

Non sono considerati terzi ai fini della copertura il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell' 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.

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 - Limiti di copertura

4.1 Limitazioni riferite alla Garanzia Base – Colpa Grave

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;
- la Richiesta di Risarcimento avanzata e l'azione giudiziale promossa dal Terzo direttamente nei confronti dell'Aderente/Assicurato.

4.2 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 originare 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 del danneggiato, 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, colpagravi@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 civile, 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 riportato Modulo di Adesione. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale, le spese giudiziali si ripartiscono tra la Società e l'Aderente/Assicurato in proporzione del rispettivo interesse ai sensi dell'art. 1917 Codice civile.

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

6.3 Liquidazione del Sinistro

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

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 dell'art. 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 della singola adesione

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, 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 Determinazione del premio della singola adesione

Il premio annuo dovuto relativo alla copertura assicurativa dell'Attività Professionale svolta dall'Aderente/Assicurato, coerentemente con la qualifica ricoperta dall'Aderente/Assicurato stesso, è quello risultante dalla tabella riportata di seguito:

DIPENDENTE PUBBLICO o CONVENZIONATO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
01	Dirigente Medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia (con e senza attività chirurgica e invasiva)	€ 365	€ 396	€ 416	€ 440
02	Dirigente medico che svolge attività chirurgica, non chirurgica e invasiva	€ 340	€ 369	€ 388	€ 410
03	Dirigente medico che NON svolge attività chirurgica e invasiva	€ 319	€ 346	€ 364	€ 384

DIPENDENTE PRIVATO o CONVENZIONATO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
04	Dirigente Medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia (con e senza attività chirurgica e invasiva)	€ 438	€ 475	€ 500	€ 528
05	Dirigente medico che svolge attività chirurgica, non chirurgica e invasiva	€ 408	€ 443	€ 465	€ 492
06	Dirigente medico che NON svolge attività chirurgica e invasiva	€ 382	€ 415	€ 435	€ 461

SPECIALIZZANDO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
07	Medico in formazione specialistica/specializzando	€ 183	€ 198	€ 208	€ 220

7.4 Premio di regolazione della Sezione Responsabilità Civile - 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, 350% del Premio corrisposto per l'ultima annualità.

Il Premio di regolazione deve 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.

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.

7.5 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.

Il premio annuo dovuto relativo alla copertura assicurativa dell'Attività Professionale svolta dall'Aderente/Assicurato, coerentemente con la qualifica ricoperta dall'Aderente/Assicurato stesso, è quello risultante dalla tabella riportata all'Art. 7.3.

Recesso e risoluzione

Articolo 9 - Casi di interruzione del Contratto

9.1 Recesso per Sinistro dalla 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. 1.3 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. 1.2, la Società ha facoltà di dichiarare risolto il contratto per inadempimento, a mezzo lettera raccomandata A/R, 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 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

12.1 Aggravamento e diminuzione del rischio

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 Codice Civile.

12.2 Ulteriori Variazioni contrattuali per il Medico Specializzando

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

- a. Al compimento del trentottesimo anno di età: in questo caso l'Assicurazione resta efficace alle condizioni in corso sino al termine del Periodo di Assicurazione, al termine del quale potrà rinnovare la Polizza alle nuove condizioni proposte dalla Società;
- b. Al conseguimento della specializzazione, che deve essere comunicata alla Società: in questo caso la Società al ricevimento della comunicazione scritta del conseguimento della specializzazione offrirà di includere nella copertura anche l'Attività svolta successivamente proponendo nuove condizioni.

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

Articolo 13 - Altre Assicurazioni

L'Aderente/Assicurato 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 dagli Art. A.6.4. e B.6.2.

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 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 dell'Aderente/Assicurato (se persona fisica) oppure quello della sua sede legale (se persona giuridica).

Articolo 18 - Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

Ogni comunicazione inerente l'Assicurazione deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle Parti. I riferimenti della Società sono i seguenti:

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

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Sito Internet: www.amtrust.it

Articolo 19 - Forma delle comunicazioni in caso di vendita a distanza

Qualora il contratto sia stato promosso o collocato a distanza, 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.