

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità civile del Medico

Il Set Informativo contiene:

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

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Edizione Dicembre 2020 – Ultimo Aggiornamento Dicembre 2024

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



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "AmTrust Convenzione RC AARO I - EMAC – Ed.12/2019 – Agg. 12/2024"



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 gli Anestesisti Rianimatori e Medici che operano nel contesto del Pronto Soccorso e della Medicina Critica e dell'Emergenza, comprese la Terapia del Dolore, la Terapia Iperbarica, le OBI (Unità di osservazione breve intensiva all'interno dei dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione) e le Terapie Subintensive, la somministrazione di cure palliative e l'Emergenza Sanitaria 118 soci di A.A.R.O.I. - EM.A.C. (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza Area Critica), iscritti all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge, per i Danni e le Perdite Patrimoniali causati a terzi nello svolgimento della propria attività oggetto della copertura assicurativa e indicata nel Certificato di Assicurazione. L'Assicurazione è prestata nella forma **Claims made**, ossia opera per Richieste di Risarcimento ricevute dall'Aderente (o nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui tempestivamente denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza del Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione o anche prima, purché entro il Periodo di Retroattività indicato nel Certificato di Assicurazione.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Responsabilità civile professionale:** il patrimonio dell'Aderente di quanto sia tenuto a pagare in qualità di civilmente responsabile per i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale oggetto della copertura assicurativa indicata nel Certificato di Assicurazione.
- ✓ **Estensioni di garanzia operanti unicamente per il Libero Professionista:**
 - Denuncia cautelativa di Fatti e/o Circostanze
 - Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)
 - Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO)
- ✓ **Estensioni di garanzia operanti unicamente per il dipendente o convenzionato di Struttura facente capo al SSN**
- ✓ **Estensione di garanzia per il Medico Specializzando – Attività compatibile con la Scuola di Specializzazione**

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

- Sostituzioni del Medico di Medicina Generale (attivabile solo se nel Certificato di Assicurazione è riportata una categoria da 02a a 08)
- Ultrattività - in caso di prosecuzione dell'attività

Le coperture assicurative operano entro il **Massimale** di Polizza (1.500.000 euro per le Categorie da 02A a 08, 2.500.000 euro per la Categoria 01A e 01B).



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, o altri parenti/affini con lui conviventi anche se non presenti nello stato di famiglia.

Relativamente all'estensione di garanzia RCT, non sono considerati terzi i Prestatori di Lavoro qualora subiscano il Danno per causa di lavoro e/o servizio, in quanto già operativa l'estensione di garanzia RCO.

La Polizza non assicura le Richieste di Risarcimento:

- ✗ Già pervenute all'Aderente (o, nel caso di azione diretta, alla Società) prima della decorrenza del Certificato di Assicurazione o che pervengano all'Aderente (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, qualora attivato
- ✗ Pervenute all'Aderente durante il Periodo di Assicurazione e denunciati alla Società oltre 30 giorni dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione stesso
- ✗ Connesse e/o conseguenti a Fatti e/o Circostanze note all'Aderente prima della Data di Continuità Assicurativa, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori. Sono escluse le Richieste di Risarcimento
- ✗ derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa, come riportata nel Certificato di Assicurazione e disciplinata dalla presente Polizza

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 dell'Aderente con altri soggetti terzi, la Società risponde per l'intero, salvo il regresso pro quota, in via di surrogazione, nei confronti dei condebitori solidali.

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



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Devi dare immediato avviso alla Società dei cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato.
- In caso di Sinistro 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 15 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 al pagamento del Premio aggiuntivo per l'Ultrattività entro 60 (sessanta) giorni successivi alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).



Quando e come devo pagare?

Il Premio è interamente dovuto ed è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti).

Nel caso in cui la data di decorrenza dell'adesione non coincida con la data di decorrenza della singola copertura assicurativa, il Premio è calcolato in funzione di 1/360 del Premio annuo dovuto per ciascun giorno di durata della copertura, ferma la scadenza riportata nel Certificato di Assicurazione allineata al 31/12.

Il Premio aggiuntivo per l'attivazione dell'Ultrattività in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione o in due rate semestrali, senza oneri aggiuntivi.

Puoi pagare il Premio con bonifico bancario o sistemi di pagamento elettronico che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per l'Aderente, la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione, coincidente con il giorno nel quale è stato sottoscritto il 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 Certificato di Assicurazione (31/12). **Per l'Aderente, la copertura non prevede il tacito rinnovo.**

Fintanto che la Polizza Collettiva è in vigore, per l'Aderente è prevista la possibilità di prorogare la copertura assicurativa in continuità assicurativa versando il Premio annuo entro l'ultimo giorno del mese di Febbraio successivo alla scadenza.



Come posso disdire la polizza?

La copertura assicurativa termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nel Certificato di Assicurazione e non si rinnova tacitamente alla scadenza.

In caso di Vendita a distanza puoi recedere dalla copertura assicurativa esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dalla data di pagamento del Premio, inviando comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti), inviata all'Intermediario incaricato o alla Società.

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

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



AmTrust Assicurazioni

Prodotto AmTrust Convenzione RC AAROI - EMAC

31/12/2024 Data di aggiornamento, il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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

L'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

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

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

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 204.142 migliaia di Euro e il risultato economico netto di periodo è pari a € 6.688 migliaia di Euro e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2023.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 162,14%.

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

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

GARANZIA - Responsabilità civile professionale

La Società si obbliga a tenere indenne l'Aderente di ogni somma che questi siano tenuti a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni e Perdite Patrimoniali derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale oggetto della copertura assicurativa indicata nel Certificato di Assicurazione, unicamente nei casi di:

- Responsabilità Civile verso terzi per fatto colposo, errore od omissione;
- Azione di rivalsa esperita dalla Struttura e/o in via di Surrogazione dell'impresa di assicurazioni della Struttura stessa, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.
- Limitatamente ai casi di **Responsabilità Civile derivanti da colpa grave**, ossia qualora la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'attività professionale svolta dall'Aderente in qualità di dipendente o convenzionato di struttura, clinica o istituto facente capo al Sistema Sanitario Nazionale (inclusa l'attività Intramoenia), tiene indenne l'Aderente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto a cui l'Aderente presta la propria opera, o al suo assicuratore, **qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con Sentenza della Corte dei conti passata in giudicato o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicata richiesta.**

Estensione di garanzia incluse nel Premio sempre operanti

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

- i Danni e le Perdite Patrimoniali 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;
- le prestazioni sanitarie erogate attraverso la telemedicina così come disciplinata dalle vigenti leggi e regolamenti e s.m.i. e l'esecuzione e la partecipazione dell'Aderente ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo delle appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;
- le prestazioni sanitarie erogate dall'Aderente per conto di una Struttura con cui intrattiene un rapporto di servizio, ivi incluse prestazioni sanitarie non riconducibili all'ambito della specialità di Anestesia e Rianimazione e delle discipline che operano nel contesto del Pronto Soccorso e della Medicina Critica e dell'Emergenza, laddove svolte in conseguenza di un ordine di servizio, nonché in relazione all'Attività Intramoenia, **ad esclusione delle categorie con codice 01a e 01b;**
- i Danni e Perdite Patrimoniali in caso di responsabilità in capo all'Aderente per fatti commessi dal medico sostituto;
- i Danni e le Perdite Patrimoniali connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario e Dirigente medico per l'attività di carattere medico;
- Danni conseguenti a:
 - i. incendio, esplosione e/o scoppio delle cose dell'Aderente o da lui detenute e che abbiano causato Danni a terzi;
 - ii. interruzione dell'attività di terzi;
 - iii. inquinamento, l'Assicurazione è operante unicamente per quei danni che si determinino in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, da parte di sostanze, di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite dal complesso delle strutture di pertinenza dell'Aderente e che siano derivanti da guasti o rotture accidentali di impianti, condutture e/o serbatoi;
- i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti dall'attività svolta in qualità di medico generico prelevatore Avis, consistente nella valutazione dell'idoneità alla donazione volontaria di sangue, attraverso intervista anamnestica ed esami obiettivi, nonché prelievo ematico attraverso venopuntura, **ad esclusione della categoria con codice 01a;**
- i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti da Responsabilità Amministrativa e Amministrativo – Contabile connessa a funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale derivanti dal ruolo di Dirigente Medico, Direttore di struttura semplice e/o Complessa e Direttore di Dipartimento, della Struttura pubblica di appartenenza;

- i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti da documentata e comprovata attività sanitaria svolta per conto di organizzazioni di volontariato (così come definite dall'art. 3 della legge 11 agosto 1991 n. 266 e s.m.i.) e di organizzazioni che si occupano di salute ed operano nell'ambito sociale senza scopo di lucro presso ONLUS (ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 4 dicembre 1997, n. 460);
- i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti da attività svolte dall'Aderente nell'ambito di eventi sportivi e manifestazioni, nonché nell'ambito del servizio assistenziale di continuità, Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e servizio di continuità assistenziale stagionale per turisti (ex guardia medica turistica), **ad esclusione della categoria con codice 01a**;
- i Danni conseguenti all'attività di assistenza e di Pronto Soccorso come medico accettante prestata su richiesta di Strutture per fronteggiare l'emergenza sanitaria Covid-19 durante l'intera durata dell'emergenza stessa.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali acquistati dall'Aderente e riportati nel Certificato di Assicurazione.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che sono escluse le Richieste di risarcimento: • conseguenti a somministrazione di anestesia qualora la somministrazione non avvenga in conformità alle linee guida vigenti, avendo cura dell'età, del quadro clinico del paziente e delle sue eventuali comorbidità, in ambiente autorizzato debitamente attrezzato per la gestione di eventuali complicanze; • per Perdite Patrimoniali connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale aziendale del direttore amministrativo o direttore generale; • per Danni che siano conseguenza dell'inottemperanza a quanto previsto dal Capo IV Informazione e Consenso – del Codice di Deontologia Medica; • derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici nonché derivanti da fatti dolosi commessi dall'Aderente; • relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Aderente non fosse iscritto all' Albo professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'attività oggetto della copertura assicurativa; • riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso; • relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Aderente abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Aderente venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale; o licenziato per giusta causa per ragioni connesse all'espletamento delle sue attività professionali e fino a che permanga tale situazione; • per Danni e Perdite Patrimoniali derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione; • alle cose mobili e immobili che l'Aderente abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo; • 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, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages); • relative alle spese sostenute dall'Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi delle Condizioni di Assicurazione all'Art. 6.2 Patto di gestione della lite (Sezione "Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?", pag. 17); • relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione; • fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia; • per Danni e Perdite Patrimoniali conseguenti a furto; • per Danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale dichiarata dall'Aderente; • riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'attività sanitaria; • 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; • relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente; • per Perdite Patrimoniali derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk); • in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere; • per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo. Ulteriori esclusioni applicabili all'estensione di garanzia RCO In relazione all'estensione di garanzia Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO) restano escluse le malattie professionali verificatesi durante il Periodo di Retroattività.
------------------------------	--

Ci sono limiti di copertura?

- Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa quanto segue:
- Non sono considerate Richieste di Risarcimento, e dunque non costituiscono Sinistro:
 - la comunicazione inviata all'Aderente, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della Struttura stessa;
 - la comunicazione inviata all'Aderente, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.
 - L'estensione di garanzia RCT è prestata con l'applicazione di una Franchigia di € 1.000 per singolo Sinistro limitatamente al pregiudizio economico conseguente a danneggiamenti a cose.
 - L'estensione di garanzia RCO è prestata con l'applicazione di una Franchigia di € 2.500 per ogni Prestatore di Lavoro infortunato.
 - In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'Assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni

Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

• **Non sono considerate Fatto e/o Circostanza:**

- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura Sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa l'Aderente venga portato a conoscenza della esistenza di una Richiesta di Risarcimento relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto;
- le comunicazioni notificate all'Aderente dalla Struttura. Per la gestione legale della sola fase di mediazione il limite massimo dell'esborso posto a carico della Società è pari ad euro 2.000,00 (duemila/00) per ogni mediazione.

• **L'Assicurazione opera fino alla concorrenza dei Massimali indicati nel Certificato di Assicurazione e dei Sottolimiti di Indennizzo di seguito riepilogati:**

- Danni conseguenti a incendio, esplosione e/o scoppio, interruzione dell'attività di terzi, inquinamento: € 200.000;
- RCT/O: € 500.000;
- Estensione di garanzia per il Medico Specializzando - Attività Compatibile con la Scuola di Specializzazione limitatamente all'attività svolta per conto di cooperative, società private o associazioni: € 500.000 per Sinistro.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai Medici che operano nel contesto del Pronto Soccorso e della Medicina Critica e dell'Emergenza, comprese la Terapia del Dolore, la Terapia iperbarica, le OBI (Unità di osservazione breve intensiva all'interno dei dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione), le Terapie Subintensive, la somministrazione di cure palliative e l'Emergenza Sanitaria 118 soci di A.A.R.O.I. - EM.A.C. (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza Area Critica), iscritti all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge, per lo svolgimento della propria attività oggetto della copertura assicurativa e indicata nel Certificato di Assicurazione.



Quali costi devo sostenere?

Il Premio pagato dall'Aderente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 18% del Premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	È da considerarsi reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto a Ufficio Reclami – AmTrust Assicurazioni S.p.A. - Via Clerici 14, 20121 Milano - Fax +39 0283438174 - Email: reclami@amtrustgroup.com - Pec: reclami.amtrust.assicurazioni@pec.it. Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo a cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso. La Compagnia, ricevuto il reclamo, fornirà riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento dello stesso. Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori e degli Intermediari a titolo accessorio, il termine di riscontro di cui sopra, potrà essere sospeso per un massimo di 15 (quindici) giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo. Nel caso di reclami relativi al comportamento degli altri intermediari (Broker e Banche) e loro dipendenti/collaboratori, gli stessi saranno gestiti direttamente dall'Intermediario interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. In caso di rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'articolo 22, comma 10, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221, i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un Broker, sono gestiti dall'intermediario proponente mentre i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un'Agenzia, sono gestiti dall'impresa preponente.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- L'arbitrato non è previsto. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).

REGIME FISCALE

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

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del
-------------------------------------	---

	ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link www.amtrust.it.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE).

Gentile Cliente,

AmTrust Convenzione RC AAROI - EMAC è l'Assicurazione che protegge il medico socio di A.A.R.O.I. - EM.A.C. (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza Area Critica) da presunti errori nello svolgimento dell'attività oggetto della copertura assicurativa.
Le Condizioni di Assicurazione sono suddivise in:

Glossario	4
 Che cosa è assicurato?	7
 Che cosa non è assicurato?	12
 Ci sono limiti di copertura?	14
 Dove vale la copertura?	15
 Che obblighi ho? Quali obblighi ha AmTrust?	16
 Quando e come devo pagare?	19
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	23
 Come posso disdire la Polizza?	24
Norme di Legge utili per la comprensione della Polizza	25
Numeri e riferimenti utili	27

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

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

Il set informativo **AmTrust Convenzione RC AAROI - EMAC** ti sarà consegnato contestualmente all'adesione alla Polizza.

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

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario	4
Che cosa è assicurato?	7
Informazioni sull'Assicurazione	7
Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'Assicurazione	7
1.1 Oggetto	7
1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione	7
1.3 <i>Ultrattività</i> - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività	7
1.4 Surrogazione	8
1.5 Garanzia - Responsabilità Civile professionale	8
1.6 Estensioni di garanzia incluse nel <i>Premio</i>	8
b. Estensione di garanzia operanti unicamente per il libero professionista	9
b.1 Denuncia cautelativa di <i>Fatti e/o Circostanze</i>	9
b.2 Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)	9
b.3 Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO):	9
c. Estensione di garanzia per il dipendente o convenzionato di <i>Struttura</i> facente capo al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)	10
d. Estensione di garanzia per il Medico Specializzando - Attività Compatibile con la Scuola di Specializzazione	10
Articolo 2 Garanzie aggiuntive opzionali a pagamento	11
A. Sostituzioni del Medico di Medicina Generale	11
B. <i>Ultrattività</i> - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività	11
Che cosa non è assicurato?	12
Articolo 3 Esclusioni	12
3.1 Esclusioni applicabili a tutte le garanzie	12
3.1.1 <i>Richieste di Risarcimento</i> escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione	12
3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione	12
3.1.3 Esclusioni dal novero dei terzi	13
3.2 Ulteriori esclusioni applicabili all'estensione di garanzia RCO	13
Ci sono limiti di copertura?	14
Articolo 4 Limiti di copertura	14
4.1 Limitazioni relative alle <i>Richieste di Risarcimento</i>	14
4.2 <i>Franchigia</i>	14
4.3 Responsabilità solidale	14
4.4 Sanzioni Internazionali	14
4.5 <i>Massimale e Sottolimiti di Indennizzo</i>	14
Dove vale la copertura?	15
Articolo 5 Estensione territoriale	15
Che obblighi ho? Che obblighi ha la <i>Società</i> ?	16
Cosa fare in caso di <i>Sinistro</i> e come viene gestito il <i>Sinistro</i> ?	16
Articolo 6 Sinistri	16
6.1 Obblighi dell'Aderente/Assicurato in caso di <i>Richiesta di Risarcimento</i>	16
6.2 Patto di gestione della lite	16
6.3 Coesistenza di altre assicurazioni	17
6.4 Liquidazione del <i>Sinistro</i>	17
Altri obblighi derivanti dal contratto	17
Articolo 7 Obblighi in capo alla <i>Società</i> , al <i>Contraente</i> o all'Aderente/Assicurato	17
7.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	17
7.2 Aggravamento e diminuzione del rischio	17
7.3 Ulteriori Variazioni contrattuali per il medico specializzando	17
7.4 Sinistrosità	18
7.5 Assicurazione per conto altrui	18
7.6 Foro competente per l'esecuzione del contratto	18
7.7 Comunicazioni	18
7.8 Gestione della <i>Polizza</i>	18
Quando e come devo pagare?	19
Articolo 8 Pagamento e rimborso del <i>Premio</i>	19
8.1 Pagamento del <i>Premio</i> della <i>Polizza Collettiva</i>	19
8.2 Pagamento del <i>Premio</i> e sospensione della singola adesione	19
8.3 Oneri fiscali	21
8.4 <i>Periodo di Ultrattività</i> – <i>Premio</i> aggiuntivo - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività	21
8.5 <i>Periodo di Ultrattività</i> – <i>Premio</i> aggiuntivo - Estensione nel caso di prosecuzione dell'attività	21
8.6 Garanzie aggiuntive opzionali - Sostituzioni del Medico di Medicina Generale	22

8.7 Rimborso del <i>Premio</i>	22
8.8 Indicizzazione.....	22
Quando comincia la copertura e quando finisce?	23
Articolo 9 Effetto e durata della <i>Polizza</i>	23
9.1 Effetto e durata della <i>Polizza Collettiva</i>	23
9.2 Effetto e durata della singola adesione	23
9.3 Clausola di continuità	23
Come posso disdire la <i>Polizza</i> ?	24
Articolo 10 Casi di interruzione del contratto	24
10.1 Disdetta della <i>Polizza Collettiva</i>	24
10.2 Diritto di ripensamento	24

Glossario

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

Aderente/Assicurato

La persona fisica socio del *Contraente*, iscritto all' Ordine dei Medici Chirurghi, laureato in medicina e chirurgia, esercente esclusivamente l'attività professionale nell'ambito della specialità di Anestesia e Rianimazione e delle discipline che operano nel contesto del Pronto Soccorso e della Medicina Critica e dell'Emergenza, comprese la Terapia del Dolore, la Terapia iperbarica, le OBI (Unità di osservazione breve intensiva all'interno dei dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione) e le Terapie Subintensive, la somministrazione di cure palliative e l'Emergenza Sanitaria 118, indicata nel Certificato di Assicurazione, ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione . Il contratto di Assicurazione o il rapporto da esso derivante.

Assicurazione

Attività Extramoenia

L'attività libero professionale svolta privatamente al di fuori della *Struttura* ospedaliera.

Attività Intramoenia

È considerata *intramoenia*, l'attività libero professionale intramuraria svolta all'interno di una *Struttura* al di fuori del normale orario di lavoro, nei limiti e secondo quanto previsto dalle leggi vigenti, dai soggetti che rispondono a determinati requisiti soggettivi; ivi compresa l'attività *Intramoenia* allargata (svolta in spazi sostitutivi fuori dalla *Struttura*).

Certificato di Assicurazione

È il documento, emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo *Aderente/Assicurato* e nel quale sono indicati i dati relativi *all'Aderente/Assicurato*, l'attività oggetto della copertura assicurativa, le date di decorrenza e di scadenza della copertura, il *Massimale*, il *Periodo di Retroattività* e il *Premio* imponibile con le relative imposte governative.

Claims Made

Regime di operatività temporale dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute *dall'Aderente/Assicurato* (o, nel caso di azione diretta, dalla *Società*) per la prima volta durante il *Periodo di Assicurazione* e/o durante il *Periodo di Ultrattività*, anche se riferite ad eventi pregressi, purché accaduti entro il *Periodo di Retroattività* indicata nel Certificato di Assicurazione.

Coassicuratrice

Contraente

REVO S.p.A. - Via Mecenate 90 - 20138 – Milano.

Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza Area Critica (A.A.R.O.I. - EM.A.C.).

Cose

Sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Danni

Le conseguenze pregiudizievoli del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'Assicurazione. Vi rientrano:

- i **Danni patrimoniali**, conseguenti a lesioni personali e morte, nonché il pregiudizio economico derivante dal danneggiamento a Cose;
- i **Danni non patrimoniali**, conseguenti a lesioni personali o morte.

Data di Continuità Assicurativa

La data meno recente tra:

- la data di adesione *dell'Aderente/Assicurato* alla presente Polizza;
- la data di adesione *dell'Aderente/Assicurato* ad una delle polizze stipulate dal *Contraente* con il gruppo AmTrust in continuità assicurativa con la n° RCM23007 e precedenti.

Delegataria

L'impresa d'assicurazione incaricata AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.

Fatto e/o Circostanza

Costituisce *Fatto e/o Circostanza* qualsiasi comunicazione indirizzata *all'Aderente/Assicurato* in forma scritta che possa fargli prevedere una sua responsabilità per colpa o per inadempimento.

Non sono considerate *Fatto e/o Circostanza*:

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

Franchigia

L'importo, espresso in valore assoluto, che costituisce elemento integrante della copertura assicurativa ed indica la parte del danno che per ciascun *Sinistro* rimane a carico *dell'Aderente/Assicurato*.

Indennizzo o Indennità

La somma dovuta dalla *Società* al verificarsi di un *Sinistro*.

Intermediario	AON S.p.A. - Via Calindri 6, 20143 Milano - al quale il <i>Contraente</i> ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa Polizza. Qualora l'Intermediario intenda avvalersi, ai sensi dell'art. 42 del Regolamento 40/2018 e smi di IVASS, di altro soggetto iscritto al Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi, nondimeno garantirà l'adempimento di tutti gli obblighi informativi verso il <i>Contraente</i> e verso gli Assicurati previsti dalla normativa vigente.
Massimale per Periodo di Assicurazione	La somma massima assicurata che la <i>Società</i> sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i <i>Sinistri</i> , incluso il caso di <i>Serie di Sinistri</i> , pertinenti a uno stesso <i>Periodo di Assicurazione</i> , qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi successivamente al <i>Periodo di Retroattività</i> e qualunque sia il numero delle persone danneggiate.
Massimale per Sinistro	La somma massima assicurata che la <i>Società</i> sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ciascun singolo <i>Sinistro</i> .
Modulo di Adesione	Il documento nel quale sono indicati i dati e le dichiarazioni dell' <i>Aderente/Assicurato</i> , compilato e sottoscritto dall' <i>Aderente/Assicurato</i> stesso per aderire alla presente Polizza.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di lesioni personali, morte o danneggiamento a cose.
Periodo di Assicurazione	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nel Certificato di Assicurazione, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice civile.
Periodo di Retroattività	Il periodo temporale indicato nel Certificato di Assicurazione che precede la <i>Data di Continuità Assicurativa</i> entro il quale devono essere accaduti i fatti denunciati nella Richiesta di Risarcimento pervenuta durante il Periodo di Assicurazione. In questo caso tale periodo è illimitato.
Periodo di Ultrattività	Il periodo di tempo, pari a 10 (dieci) anni, successivo alla data di scadenza del <i>Periodo di Assicurazione</i> in cui si verifica la cessazione per qualsiasi causa dell'attività assicurata, oppure della copertura assicurativa.
Polizza/Polizza Collettiva	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione e che disciplina i rapporti assicurativi tra <i>Società Contraente</i> e <i>Aderente/Assicurato</i> .
Premio	La somma dovuta dall' <i>Aderente/Assicurato</i> alla <i>Società</i> per la copertura assicurativa prestata dalla <i>Società</i> .
Prestatore di lavoro	Il soggetto che agisce alle dirette dipendenze dell' <i>Aderente/Assicurato</i> con rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato o con rapporto di lavoro regolare disciplinato da tutte le forme previste dal D. Lgs. 10/09/2003, n. 276.
Richiesta di Risarcimento	Quella che tra le seguenti viene a conoscenza dell' <i>Aderente/Assicurato</i> (o, <u>nel caso di azione diretta, della Società</u>) per la prima volta nel corso del <i>Periodo di Assicurazione</i> o del <i>Periodo di Ultrattività</i> , se attivato: I) la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'<i>Aderente/Assicurato</i> l'intenzione di ritenerlo responsabile per <i>Danni</i> cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'<i>Aderente/Assicurato</i> stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali <i>Danni</i>; II) la citazione o la chiamata in causa dell'<i>Aderente/Assicurato</i> per fatto colposo o errore od omissione; III) l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'<i>Aderente/Assicurato</i>, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste nell'oggetto di questa assicurazione; IV) la notifica all'<i>Aderente/Assicurato</i> di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile"; V) la ricezione, da parte dell'<i>Aderente/Assicurato</i>, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010; VI) la comunicazione con la quale la <i>Struttura</i> o l'impresa di assicurazione della <i>Struttura</i> si rivale nei confronti per <i>Danni</i> cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'<i>Aderente/Assicurato</i>.
Scheda di Polizza	Il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi al <i>Contraente</i> , le date di effetto e di scadenza della <i>Polizza Collettiva</i> .
Serie di Sinistri	La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all' <i>Aderente/Assicurato</i> in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, che rappresentano nella formula Claims Made altrettanti <i>Sinistri</i> quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo

Sinistro	caso). La data e il <i>Periodo di Assicurazione</i> del primo <i>Sinistro</i> sarà considerata come data valida per tutti i <i>Sinistri</i> successivi. Una o più Richieste di Risarcimento conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto <i>all'Aderente/Assicurato</i> (o, nel caso di azione diretta, alla <i>Società</i>), per la prima volta, nel corso del <i>Periodo di Assicurazione</i> o del <i>Periodo di Ultrattività</i>, se attivato, ivi inclusa la richiesta scritta avanzata da una <i>Struttura</i> nei confronti dell'<i>Aderente/Assicurato</i> con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato,
Società Sottolimita	La <i>Delegataria</i> e la Coassicuratrice. La somma massima inclusa nel <i>Massimale</i> indicato nel <i>Certificato di Assicurazione</i> e non in aggiunta ad esso, che la <i>Società</i> sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ogni <i>Sinistro</i> e per l'insieme di tutti i <i>Sinistri</i>, incluso il caso di <i>Serie di Sinistri</i>, pertinenti a uno stesso <i>Periodo di Assicurazione</i>, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Struttura	L'ente pubblico o privato soggetto al diritto italiano che a qualunque titolo eroga prestazioni sanitarie a favore di terzi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale o prestazioni sociosanitarie.
Variazione del rischio	Qualunque mutamento del rischio (es: variazione dell'attività svolta) avvenuto successivamente alla stipula dell'Assicurazione.
Vendita a distanza	Qualunque modalità di vendita che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario e dell'<i>Aderente/Assicurato</i>, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi

Che cosa sono i box di consultazione?

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

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



Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione, prestata nella forma **Claims Made**, è rivolta al medico, iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'attività oggetto della copertura assicurativa, socio del *Contraente*, esercente esclusivamente l'attività professionale nell'ambito della specialità di Anestesia e Rianimazione e delle discipline che operano nel contesto del Pronto Soccorso e della Medicina Critica e dell'Emergenza, comprese la Terapia del Dolore, la Terapia Iperbarica, le OBI (Unità di osservazione breve intensiva all'interno dei dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione) e le Terapie Subintensive, la somministrazione di cure palliative e l'Emergenza Sanitaria 118.

L'Assicurazione tiene indenne l'*Aderente/Assicurato*, nei limiti delle garanzie prestate, dei *Danni e Perdite Patrimoniali* causati a terzi nello svolgimento delle attività professionali specificate nel Certificato di Assicurazione 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, forma ed efficacia dell'Assicurazione

1.1 Oggetto

La Società tiene indenne l'*Aderente/Assicurato*, **fino alla concorrenza del Massimale indicato Certificato di Assicurazione** e dei *Sottolimiti* contenuti nella presente Polizza, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di *Danni e Perdite Patrimoniali* causati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale oggetto della copertura assicurativa dichiarata nel Modulo di Adesione ed indicata nel *Certificato di Assicurazione*.

Fermo quanto stabilito dall'Art. 6.2, 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 per Sinistro* o dei *Sottolimiti*. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al *Massimale*, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e *Aderente/Assicurato* in proporzione del rispettivo interesse.

1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione

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

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

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. 1.2, se durante il *Periodo di Assicurazione* l'attività professionale dell'*Aderente/Assicurato* viene a cessare definitivamente, le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi non prima del *Periodo di Retroattività* riportato nel *Certificato di Assicurazione* e fino al momento della cessazione definitiva dell'attività comunicata alla Società restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza di tale *Periodo di Assicurazione* nonché per il *Periodo di Ultrattività* di 10 (dieci) anni.

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 il *Premio* aggiuntivo dovuto a fronte di tale evenienza come specificato all'Art. 8.4 per l'attivazione del *Periodo di Ultrattività*.

La massima esposizione della Società per l'intero *Periodo di Ultrattività*, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'*Aderente/Assicurato* (o, nel caso di azione diretta, alla Società), è pari rispettivamente al *Massimale* per *Sinistro* ed al *Massimale* per *Periodo di Assicurazione* assicurati al momento della cessazione definitiva dell'attività, **ivi incluso il massimale in eccesso così come previsto dall'Art. 6.3**.

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

L'**Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività** è altresì operante in relazione a *Danni e Perdite Patrimoniali* derivanti da interventi di primo soccorso per Motivi Deontologici per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario eseguiti al di fuori dell'attività retribuita nel corso del *Periodo di Ultrattività*.

1.4 Surrogazione

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

Ove la copertura operi nei termini di cui all'ultimo comma dell'Art 1.6 lettera c, *l'Aderente/Assicurato* si obbliga sin d'ora a surrogare, all'atto della liquidazione dell'Indennizzo, la *Società* ai sensi dell' art. 1201 del Codice civile nei diritti vantati nei confronti dei terzi tenuti, a qualsiasi titolo, a garantirlo/manlevarlo o comunque tenerlo indenne di quanto questi sia chiamato a risarcire al terzo danneggiato, o, comunque, a cedere alla *Società* i medesimi diritti ai sensi e per gli effetti degli artt. 1260 e ss. del Codice civile. La surrogazione o la cessione devono intendersi comunque estese all'eventuale diritto di rimborso delle spese sostenute per la gestione della vertenza in sede stragiudiziale o giudiziale.

1.5 Garanzia - Responsabilità Civile professionale

La *Società* si obbliga a tenere indenne *l'Aderente/Assicurato* di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di *Danni e Perdite Patrimoniali* derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale indicata nel *Certificato di Assicurazione* ed oggetto della copertura assicurativa nell'ambito della specialità di Anestesia e Rianimazione e delle discipline che operano nel contesto del Pronto Soccorso e della Medicina Critica e dell'Emergenza, comprese la Terapia del Dolore, la Terapia Iperbarica, le OBI (Unità di osservazione breve intensiva all'interno dei dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione) e le Terapie Subintensive, la somministrazione di cure palliative e l'Emergenza Sanitaria 118, unicamente nei casi di:

- a. responsabilità civile verso terzi per fatto colposo, errore od omissione;
- b. azione di rivalsa esperita dalla *Struttura* e/o in via di surrogazione dell'impresa di assicurazioni della stessa, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- c. eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.
- d. limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, ossia qualora la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'attività professionale svolta *dall'Aderente/Assicurato* in qualità di dipendente o convenzionato di *Struttura* sanitaria, tiene indenne *l'Aderente/Assicurato* di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla *Struttura*, clinica o istituto a cui *l'Aderente/Assicurato* presta la propria opera, o al suo assicuratore, **qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con Sentenza della Corte dei conti passata in giudicato o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicata richiesta.**

1.6 Estensioni di garanzia incluse nel Premio

a. Estensioni di garanzia sempre operanti

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

- a. i *Danni* e le *Perdite Patrimoniali* 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;
- b. le prestazioni sanitarie erogate attraverso la telemedicina così come disciplinata dalle vigenti leggi e regolamenti e s.m.i. e 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 delle appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;
- c. le prestazioni sanitarie erogate *dall'Aderente/Assicurato* per conto di una *Struttura* con cui intrattiene un rapporto di servizio, ivi incluse prestazioni sanitarie non riconducibili all'ambito della specialità di Anestesia e Rianimazione e delle discipline che operano nel contesto del Pronto Soccorso e della Medicina Critica e dell'Emergenza, laddove svolte in conseguenza di un ordine di servizio, nonché in relazione all'*Attività Intramoenia*, **ad esclusione della categoria con codice 01a e 01b**;
- d. i *Danni e Perdite Patrimoniali* in caso di responsabilità in capo *all'Aderente/Assicurato* per fatti commessi dal medico sostituto;
- e. i *Danni* e le *Perdite Patrimoniali* connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario e Dirigente medico per l'attività di carattere medico;
- f. *Danni* conseguenti a:
 - i. incendio, esplosione e/o scoppio delle cose *dell'Aderente/Assicurato* o da lui detenute e che abbiano causato *Danni* a terzi;
 - ii. interruzione dell'attività di terzi;
 - iii. inquinamento, l'Assicurazione è operante unicamente per quei danni che si determinino in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, da parte di sostanze, di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite dal complesso delle strutture di pertinenza *dell'Aderente/Assicurato* e che siano derivanti da guasti o rotture accidentali di impianti, condutture e/o serbatoi.

Tale estensione è prestata sino alla concorrenza di un Sottolimito per Sinistro e Periodo di Assicurazione indicato all'Art. 4.5 relativamente a ciascuna categoria di Danno.

- g. i *Danni* e le *Perdite Patrimoniali* derivanti dall'attività svolta in qualità di medico generico prelevatore Avis, consistente nella valutazione dell'idoneità alla donazione volontaria di sangue, attraverso intervista anamnestica ed esami obbiettivi, nonché prelievo ematico attraverso venopuntura, **ad esclusione della categoria con codice 01a**;
- h. i *Danni* e le *Perdite Patrimoniali* derivanti da Responsabilità Amministrativa e Amministrativo – Contabile connessa a funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale derivanti dal ruolo di Dirigente Medico, Direttore di *Struttura* semplice e/o Complessa e Direttore di Dipartimento, della *Struttura* pubblica di appartenenza fermo quanto previsto dall'esclusione di cui all'Art. 3.1.2 punto 3;
- i. i *Danni* e le *Perdite Patrimoniali* derivanti da documentata e comprovata attività sanitaria svolta per conto di organizzazioni di volontariato (così come definite dall'art. 3 della legge 11 agosto 1991 n. 266 e s.m.i.) e di organizzazioni che si occupano di salute ed operano nell'ambito sociale senza scopo di lucro oppure presso ONLUS (ai sensi dell'art.10 del D. Lgs. 4 dicembre 1997 n.460);
- j. i *Danni* e le *Perdite Patrimoniali* derivanti da attività svolte dall'*Aderente/Assicurato* nell'ambito di eventi sportivi e manifestazioni, nonché nell'ambito del servizio assistenziale di continuità, Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e servizio di continuità assistenziale stagionale per turisti (ex guardia medica turistica) **ad esclusione della categoria con codice 01a**;
- k. i *Danni* conseguenti all'attività di assistenza e di Pronto Soccorso come medico accettante prestata su richiesta di Strutture per fronteggiare l'emergenza sanitaria Covid-19 durante l'intera durata dell'emergenza stessa.

b. Estensione di garanzia operanti unicamente per il libero professionista

b.1 Denuncia cautelativa di Fatti e/o Circostanze

L'*Aderente/Assicurato* ha facoltà di denunciare cautelativamente ogni *Fatto e/o Circostanza* - incluse eventuali azioni giudiziarie penali intentate a suo carico - da cui possano derivare *Danni e Perdite Patrimoniali* risarcibili dall'Assicurazione.

Tale notifica sarà a tutti gli effetti trattata come *Sinistro* verificatosi e regolarmente denunciato durante il *Periodo di Assicurazione* solo ed esclusivamente, qualora e nel momento in cui:

- 1) ne dovesse derivare una Richiesta di Risarcimento ed
- 2) a condizione che tale Richiesta di Risarcimento venga notificata alla *Società* durante un *Periodo di Assicurazione* anche successivo purché in continuità di copertura e nei termini e nelle modalità previste in Polizza all'Art. 6.1.

L'*Aderente/Assicurato* è tenuto altresì ad informare tempestivamente la *Società* di ogni aggiornamento e/o sviluppo relativo alle circostanze notificate nonché a produrre tutta la documentazione che la *Società* dovesse richiedere a riguardo.

b.2 Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)

L'Assicurazione si intende estesa a tenere indenne il Medico libero professionista di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di *Danni e Perdite Patrimoniali* involontariamente cagionati a terzi:

- da persone delle quali debba rispondere in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività professionale inerente alla specialità di Anestesia e Rianimazione e delle discipline che operano nel contesto del Pronto Soccorso e della Medicina Critica e dell'Emergenza, comprese la Terapia del Dolore, la Terapia Iperbarica, le OBI (Unità di osservazione breve intensiva all'interno dei dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione) e le Terapie Subintensive, la somministrazione di cure palliative e l'Emergenza Sanitaria 118;
- dalla conduzione e/o proprietà dello studio professionale in cui si svolge l'attività assicurata, comprese le attività complementari ed accessorie.

La presente estensione opera anche per:

- la Responsabilità civile che possa derivare all'*Aderente/Assicurato* da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere;
- le azioni di rivalsa esperite dall' I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 delle Legge n. 222 del 12 giugno 1984, o da Enti similari;
- la Responsabilità personale dei Prestatori di Lavoro nello svolgimento delle loro mansioni contrattuali, anche se svolte presso terzi, comprese quelle previste ai sensi del D. Lgs. 19 settembre 1994 n. 626 e del D. Lgs. 14 agosto 1996 n. 494 e successive modifiche e integrazioni contenute nel D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81;
- la responsabilità ai sensi dell'art. 2049 del Codice civile che a qualunque titolo ricada sull'*Aderente/Assicurato* per *Danni* cagionati a terzi dalle ditte appaltatrici, dai dipendenti delle stesse o comunque da tutti coloro che, non in rapporto di dipendenza, partecipano in modo continuativo o saltuario allo svolgimento dell'attività dell'*Aderente/Assicurato*. È compresa altresì la responsabilità per *Danni* cagionati a terzi dai Prestatori di Lavoro in relazione alla guida di veicoli a motore e non, purché i medesimi non siano di proprietà od in usufrutto dell'*Aderente/Assicurato* od allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati. L'estensione di garanzia vale anche per *Danni* corporali cagionati alle persone trasportate;
- la responsabilità in capo all'*Aderente/Assicurato* per i *Danni* derivanti dalla raccolta, confezionamento, trasporto e conferimento di rifiuti urbani, speciali, pericolosi e non pericolosi a condizione che tali attività, laddove previsto dalle specifiche disposizioni di legge, siano effettuate da aziende regolarmente autorizzate all'epoca del fatto dannoso;
- la responsabilità derivante all'*Aderente/Assicurato* per *Danni* causati dalla distribuzione, somministrazione e smercio di prodotti alimentari, bevande e simili.

b.3 Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO):

L'Assicurazione si intende estesa a tenere indenne il Medico libero professionista di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di *Danni* a titolo di risarcimento (capitale, interessi, spese):

1. ai sensi delle disposizioni di legge che disciplinano le azioni di rivalsa o surroga esperite dall'I.N.A.I.L. e/o dall'I.N.P.S. e/o da altri enti previdenziali;
2. ai sensi del Codice civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti alla precedente lettera a), per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata una invalidità permanente.

La presente estensione è efficace alla condizione che, al momento del Sinistro, l'Aderente/Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge. La presente estensione è tuttavia efficace anche se l'Aderente/Assicurato non è in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge in quanto ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni I.N.A.I.L.

Relativamente ai *Danni* e alle *Perdite Patrimoniali* conseguenti a malattie professionali, la presente estensione di garanzia è operante purché tali malattie professionali siano riconosciute dall'I.N.A.I.L. e/o ritenute tali dalla Magistratura e purché tali malattie professionali, a parziale deroga all'Art. 1.2:

- siano conseguenza di fatti colposi commessi e/o verificatisi durante il *Periodo di Assicurazione*;
- si manifestino durante il *Periodo di Assicurazione* o comunque non oltre i 12 (dodici) mesi successivi alla scadenza del *Periodo di Assicurazione*;
- si manifestino non oltre i 12 (dodici) mesi successivi alla cessazione rapporto di lavoro, qualora antecedente alla scadenza del *Periodo di Assicurazione*;

Con riferimento ai precedenti punti b.2 (RCT) e b.3 (RCO):

Le estensioni di garanzia alla Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e verso Prestatori di Lavoro (RCO) sono prestate ciascuna sino alla concorrenza di un Sottolimito per Sinistro e Periodo di Assicurazione indicato all'Art. 4.5. Tale *Sottolimito* rappresenta in ogni caso la somma massima che la Società è tenuta a pagare ai danneggiati, cumulativamente, per Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e per Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO).

c. Estensione di garanzia per il dipendente o convenzionato di **Struttura** facente capo al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Nel caso in cui l'Aderente/Assicurato svolga la propria attività professionale in veste di medico dipendente o convenzionato di *Struttura*, clinica o istituto facente capo al Servizio Sanitario Nazionale (SSN):

- a) non saranno considerate Fatti e/o Circostanze note eventuali azioni giudiziarie penali intentate contro l'Aderente/Assicurato stesso;
- b) non saranno considerate Fatti e/o Circostanze note eventuali relazioni fatte dall'Aderente/Assicurato e/o eventuali richieste di relazione formulate all'Aderente/Assicurato da parte di Strutture, cliniche o istituti facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale;
- c) Non saranno considerati Fatti e/o Circostanze note eventuali comunicazioni notificate all'Aderente/Assicurato da Strutture, cliniche o istituti ai sensi dell'art.13 della legge 8 marzo 2017 n. 24;
- d) la copertura della responsabilità civile contrattuale ed extra contrattuale, all'infuori dei casi di colpa grave, è prestata altresì al ricorrere congiunto delle seguenti condizioni congiuntamente alla difesa legale ai sensi dell'Art. 6.2:
 1. che la *Struttura* di appartenenza non abbia adempiuto agli obblighi previsti dalla contrattazione collettiva di fornire all'Aderente/Assicurato un'adeguata copertura della responsabilità civile;
 2. che la *Struttura* di appartenenza dichiari per iscritto all'Aderente/Assicurato di non volerlo tenere indenne/manlevare di quanto il medesimo debba risarcire al terzo danneggiato. A tal fine l'Aderente/Assicurato dovrà formulare alla *Struttura*, contestualmente all'avviso di Sinistro di cui all'Art. 6.1, una richiesta scritta di manleva. Ove la *Struttura* non dia riscontro entro 45 (quarantacinque) giorni dalla ricezione della richiesta, il silenzio sarà inteso, ai fini della presente clausola, come espresso rifiuto di manlevare l'Aderente/Assicurato. Tale termine si intende ridotto a giorni 15 (quindici) nel caso in cui sia attivata una procedura di mediazione o un tentativo obbligatorio di conciliazione ex. art. 696-bis cpc.

d. Estensione di garanzia per il Medico Specializzando - Attività Compatibile con la Scuola di Specializzazione

(Sempre operante se nel Certificato di Assicurazione è riportata la categoria 01b)

A fronte del pagamento del *Premio* previsto dalla Categoria 01 b nella tabella di cui all'Art. 8.2, l'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile o Amministrativa dell'Aderente/Assicurato iscritto ad una scuola di specializzazione post universitaria nell'ambito della specialità in ARTID (Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva e Dolore) o in MEU (Medicina di Emergenza Urgenza), per *Danni* e *Perdite Patrimoniali* cagionate a terzi nello svolgimento delle attività consentite ai sensi dell'art. 19, comma 11, della Legge 28 dicembre 2001 n. 448, purché non contestuali all'attività di tirocinio:

- Sostituzione a tempo determinato del Medico di Medicina Generale;
- Servizio di continuità assistenziale (ex Guardia Medica) e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);
- Servizio di continuità assistenziale stagionale per turisti (ex Guardia medica turistica);
- Guardia interdivisionale.

L'Assicurazione si intende altresì estesa alle Richieste di Risarcimento derivanti da tali attività, nonché da attività di volontariato o nell'ambito di eventi sportivi e manifestazioni di cui all'Art. 1.6 a. lett. i. - j., anche qualora svolte prima dell'iscrizione alla scuola di specializzazione.

L'Assicurazione si intende estesa inoltre alla Responsabilità Civile o Amministrativa derivante dall'attività svolta dallo specializzando ai sensi e nei limiti dell'art. 12 comma 2 del D.L. 34/2023 ("Decreto Bollette") convertito con L. 56/2023, esclusivamente presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio sanitario nazionale per conto di Strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate, in virtù di incarichi conferiti direttamente dalla *Struttura* stessa senza il tramite di cooperative, società private o associazioni.

Limitatamente all'attività svolta per conto di cooperative, società private o associazioni ed in assenza di un rapporto diretto con Strutture accreditate, la presente estensione è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito indicato all'Art. 4.5.

Articolo 2 Garanzie aggiuntive opzionali a pagamento

(L'Aderente/Assicurato ha facoltà di acquistare una o più delle seguenti garanzie aggiuntive opzionali che saranno valide ed operanti solo se indicate nel Certificato di Assicurazione e se è stato pagato il relativo Premio aggiuntivo).

A. Sostituzioni del Medico di Medicina Generale

(Attivabile solo se nel Certificato di Assicurazione è riportata una categoria da 02a a 08).

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 per *Danni e Perdite Patrimoniali* cagionate a terzi in conseguenza di errori od omissioni derivanti dall'attività svolta in qualità di Sostituto del Medico di Medicina Generale (ex medico di base), ivi inclusi i *Danni e Perdite Patrimoniali* in caso di responsabilità in capo all'Aderente/Assicurato per fatti commessi dal medico sostituto, o in Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica).

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

(Attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione a fronte del pagamento del relativo Premio aggiuntivo).

Alla scadenza del *Periodo di Assicurazione*, è facoltà del Medico Aderente/Assicurato richiedere l'attivazione dell'estensione di *Ultrattività* della Garanzia anche in caso di prosecuzione dell'attività professionale.

In questo caso le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi non prima del *Periodo di Retroattività* restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore per il *Periodo di Ultrattività* di 10 (dieci) anni dalla data di scadenza di tale *Periodo di Assicurazione*.

La massima esposizione della Società per l'intero *Periodo di Ultrattività*, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente/Assicurato (o, nel caso di azione diretta, nei confronti della Società), è pari rispettivamente al **Massimale per Sinistro ed al Massimale per Periodo di Assicurazione assicurati al momento della cessazione o sostituzione, escluso il massimale in eccesso previsto dall'Art. 6.3.**

L'Aderente/Assicurato dovrà versare il *Premio* aggiuntivo per l'attivazione dell'*Ultrattività*, come specificato all'Art. 8.5.

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



Che cosa non è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

3.1 Esclusioni applicabili a tutte le garanzie

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

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

- già pervenute all'Aderente/Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) prima della decorrenza del *Certificato di Assicurazione*;
- che pervengano all'Aderente/Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in data successiva a quella di scadenza del *Periodo di Assicurazione* o del *Periodo di Ultrattività* (in seguito all'attivazione dell'estensione di *Ultrattività*)
- che pervengano all'Aderente/Assicurato nel corso del *Periodo di Assicurazione* e da lui denunciati alla Società oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- connesse e/o conseguenti a Fatti e/o Circostanze note all'Aderente/Assicurato prima della *Data di Continuità Assicurativa*, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori.

3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa, come riportata nel *Certificato di Assicurazione* e disciplinata dalla presente *Polizza*;
2. conseguenti a somministrazione di anestesia qualora la somministrazione non avvenga in conformità alle linee guida vigenti, avendo cura dell'età, del quadro clinico del paziente e delle sue eventuali comorbidità, in ambiente autorizzato debitamente attrezzato per la gestione di eventuali complicanze;
3. per *Perdite Patrimoniali* connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale aziendale del direttore amministrativo o direttore generale;
4. per *Danni* che siano conseguenza dell'inottemperanza a quanto previsto dal Capo IV Informazione e Consenso – del Codice di Deontologia Medica;
5. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici nonché derivanti da fatti dolosi commessi dall'Aderente/Assicurato;
6. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Aderente/Assicurato non fosse iscritto all'Albo professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'attività oggetto della copertura assicurativa;
7. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
8. 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; o licenziato per giusta causa per ragioni connesse all'espletamento delle sue attività professionali e fino a che permanga tale situazione;
9. per *Danni* e *Perdite Patrimoniali* derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
10. alle Cose mobili e immobili che l'Aderente/Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
11. 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);
12. relative alle spese sostenute dall'Aderente/Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi dell'Art. 6.2;
13. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente/Assicurato negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
14. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
15. per *Danni* e *Perdite Patrimoniali* conseguenti a furto;
16. per *Danni* che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale dichiarata dall'Aderente/Assicurato;
17. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'attività sanitaria;

18. 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*;
19. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
20. per *Perdite Patrimoniali* derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
21. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
22. per *Danni* connessi a atti di guerra e/o terrorismo.

3.1.3 Esclusioni dal novero dei terzi

Non sono considerate 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.

Relativamente all'Estensione di garanzia alla Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) di cui all'Art. 1.6 lettera b.2, non sono considerati terzi i Prestatori di Lavoro qualora subiscano il Danno per causa di lavoro e/o servizio in quanto già operativa l'Estensione di garanzia alla Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO) di cui al successivo Art. 1.6 lettera b.3.

3.2 Ulteriori esclusioni applicabili all'estensione di garanzia RCO

In relazione all'estensione di garanzia di cui all'Art. 1.6 lettera b.3 Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO) restano escluse le malattie professionali verificatesi durante il *Periodo di Retroattività*.



Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento

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

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

4.2 Franchigia

Limitatamente all'Estensione di garanzia alla RCT di cui all'Art. 1.6 lettera b.2, l'Assicurazione si intenderà prestata con l'applicazione di una *Franchigia* di € 1.000 (mille) per singolo *Sinistro* limitatamente al pregiudizio economico conseguente a danneggiamenti a Cose.

Limitatamente all'Estensione di garanzia alla RCO di cui all'Art. 1.6 lettera b.3, l'Indennizzo sarà corrisposto con applicazione di una *Franchigia* pari ad € 2.500 (duemilacinquecento) per ogni Prestatore di Lavoro infortunato.

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

4.4 Sanzioni Internazionali

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

4.5 Massimale e Sottolimiti di Indennizzo

L'Assicurazione opera fino alla concorrenza dei *Massimali* indicati nel *Certificato di Assicurazione* e dei *Sottolimiti di Indennizzo* riepilogati nella seguente tabella:

L'Assicurazione comprende:	Sottolimito di Indennizzo per Sinistro e per Periodo di Assicurazione
Art. 1.6, lettera a, punto f – Danni conseguenti a incendio, esplosione e/o scoppio, interruzione dell'attività di terzi, inquinamento	€ 200.000
Art. 1.6, lettera b.2 - Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) Art.1.6, lettera b.3 - Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO)	€ 500.000
Art. 1.6. lettera d - Estensione di garanzia per il Medico Specializzando - Attività Compatibile con la Scuola di Specializzazione limitatamente all'attività svolta per conto di cooperative, società private o associazioni	€ 500.000 per Sinistro



Dove vale la copertura?

Articolo 5 Estensione territoriale

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

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



Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?

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

Articolo 6 *Sinistri*

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

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 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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 l'*Aderente/Assicurato* a prestare la massima collaborazione alla *Società* nell'istruzione del *Sinistro* stesso.

Qualora coesistano più assicurazioni sul medesimo rischio, l'*Aderente/Assicurato* deve denunciare il *Sinistro* a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 del Codice Civile. È facoltà esclusiva dell'*Aderente/Assicurato* denunciare, nel corso del *Periodo di Assicurazione*, *Fatti e/o Circostanze* ai sensi dell'Art. 1.6 lettera b.1 Denuncia cautelativa di *Fatti e/o Circostanze*. Qualora da questi dovesse derivare una successiva *Richiesta di Risarcimento*, gli stessi saranno considerati *Sinistri* validamente denunciati alla data in cui è stata trasmessa la prima denuncia. L'*Aderente/Assicurato* è tenuto altresì ad informare tempestivamente la *Società* di ogni aggiornamento e/o sviluppo relativo alle circostanze notificate nonché a produrre tutta la documentazione che la *Società* dovesse richiedere a riguardo.

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 la gestione dei *Sinistri* 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.

6.2 Patto di gestione della lite

La *Società* assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze in nome e per conto dell'*Aderente/Assicurato* tanto in sede stragiudiziale che giudiziale - compresi i procedimenti di mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010 - 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 riportato nel *Certificato di Assicurazione* o dei **Sottolimiti** indicati all'Art. 4.5. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al *Massimale* di *Polizza* o al *Sottolimito*, le spese giudiziali si ripartiscono tra la *Società* e *Aderente/Assicurato* in proporzione del rispettivo interesse, ai sensi dell'art. 1917 del Codice civile. Nel caso in cui l'*Aderente/Assicurato* non conferisca la gestione della lite, 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*.

Ove la *Società* assuma la gestione della lite, l'*Aderente/Assicurato* si obbliga sin d'ora a conferire all'avvocato designato dalla *Società* il più ampio mandato, ivi compreso il potere di chiamare in garanzia terzi tenuti, a qualsiasi titolo, a garantirlo/manlearlo o comunque tenerlo indenne di quanto questi sia chiamato a risarcire al terzo danneggiato.

Ove l'azione risarcitoria venga formulata nell'ambito di un procedimento penale in cui l'*Aderente/Assicurato* sia indagato o imputato, quest'ultimo si obbliga sin d'ora a conferire mandato ad un avvocato designato dalla *Società* (eventualmente in affiancamento al proprio legale di fiducia), conferendogli ogni più ampio potere di chiamare in garanzia, nelle forme di legge, terzi tenuti, a qualsiasi titolo, a garantirlo/manlearlo o comunque tenerlo indenne di quanto questi sia chiamato a risarcire al terzo danneggiato - anche in via provvisoria.

Per la gestione legale della sola fase di mediazione il limite massimo dell'esborso posto a carico della Compagnia è pari ad euro 2.000,00 (duemila/00) per ogni mediazione.

6.3 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 del Codice Civile.

Si precisa che in eccesso al *Massimale* garantito dalla presente *Polizza* opera il contratto di AmTrust Assicurazioni n° RCM23005; pertanto a beneficio di ciascun Aderente/Assicurato assicurato per una delle Categorie da 02a a 08, la somma massima assicurata complessivamente a disposizione è pari ad € 3.000.000 (tre milioni) per *Sinistro* e € 6.000.000 (sei milioni) per *Periodo di Assicurazione*.

6.4 Liquidazione del *Sinistro*

La Società 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* o del mancato accordo.

Altri obblighi derivanti dal contratto

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

7.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Aderente/Assicurato nel *Modulo di Adesione* formano la base dell'Assicurazione 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.

7.2 Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Aderente/Assicurato deve dare immediata 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.

Qualora nel corso del *Periodo di Assicurazione* si verifichi una *Variazione del Rischio*, l'Aderente/Assicurato potrà:

- In caso di variazione dell'attività svolta verso un'altra attività elencata nelle tabelle di cui agli Artt. 8.2 e 8.4 che comporti un maggior *Premio* annuo (aggravamento del rischio), l'Assicurazione proseguirà coprendo sia l'attività precedente che la nuova attività sempre che l'Aderente/Assicurato abbia tempestivamente:
 - a) provveduto alla compilazione di un nuovo *Modulo di Adesione* e
 - b) versato la differenza di *Premio* tra quello dovuto e quello pagato, entrambi determinati secondo quanto previsto dall'Art. 8.2.
- In caso di variazione dell'attività svolta verso una non presente nella tabella di cui all'Art. 8.2 l'Assicurazione proseguirà fino alla scadenza anniversaria riferita unicamente all'attività assicurabile con la presente *Polizza* per le Richieste di Risarcimento avanzate nel *Periodo di Assicurazione*. L'Aderente/Assicurato, entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza di tale *Periodo di Assicurazione*, potrà attivare l'estensione di *Ultrattività* facoltativa prevista all'Art. 2, lettera b.
- In caso di variazione dell'attività svolta dall'Aderente/Assicurato verso un'altra attività elencata nella tabella di cui all'Art. 8.2 che comporti minor *Premio* annuo (riduzione del rischio), l'Assicurazione proseguirà fino alla scadenza del *Periodo di Assicurazione* senza variazione coprendo sia l'attività precedente che la nuova attività, sempre che il Medico Aderente/Assicurato abbia tempestivamente provveduto alla compilazione di un nuovo *Modulo di Adesione*. Alla scadenza del *Periodo di Assicurazione*, l'Aderente/Assicurato, prorogando la copertura assicurativa in continuità tramite il versamento del minor *Premio* annuo adeguato alla nuova attività svolta entro il termine previsto dall'Art. 8.2, manterrà in copertura le Richieste di Risarcimento riferite alla precedente attività, cessata al momento della compilazione del *Modulo di Adesione* di cui al paragrafo precedente.

7.3 Ulteriori Variazioni contrattuali per il medico specializzando

Il Medico Specializzando non sarà più ritenuto tale ai sensi di *Polizza* al conseguimento della specializzazione.

L'Aderente/Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società del conseguimento della specializzazione; è facoltà dell'Aderente/Assicurato richiedere copertura per la nuova attività svolta in qualità di Medico specialista nell'ambito di Anestesia e Rianimazione e delle discipline che operano nel contesto del Pronto Soccorso e della Medicina Critica e dell'Emergenza, comprese la Terapia del Dolore, la Terapia iperbarica, le OBI (Unità di osservazione breve intensiva all'interno dei dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione) e le Terapie Subintensive, la somministrazione di cure palliative e l'Emergenza Sanitaria 118, mediante compilazione di *Modulo di Adesione* e versamento di un *Premio* pari alla differenza tra il nuovo *Premio* dovuto ed il *Premio* già versato, entrambi determinati secondo quanto previsto dall'Art. 8.2.

Nel caso in cui l'*Aderente/Assicurato* non accetti le nuove condizioni, l'Assicurazione rimane efficace sino al termine del *Periodo di Assicurazione* in corso limitatamente alle Richieste di Risarcimento derivanti dell'attività già svolta in qualità di Medico Specializzando, nonché dall'attività compatibile con la Scuola di Specializzazione se versato il *Premio* previsto dalla Categoria 01 b. **Restano pertanto escluse le richieste di Risarcimento derivanti da prestazioni sanitarie erogate dal Medico Aderente/Assicurato successivamente al conseguimento della specializzazione.**

7.4 Sinistrosità

La *Delegataria*, il *Contraente* e l'Intermediario si impegnano a condividere ed analizzare annualmente l'elenco degli Aderenti che hanno evidenziato un andamento tecnico particolarmente negativo, tale da minare lo scopo mutualistico della presente Convenzione stipulata dal *Contraente*.

La *Delegataria*, in accordo con il *Contraente* e con l'Intermediario, per tali Aderenti formulerà una proposta derogatoria rispetto ai *Premi* indicati nella tabella di cui all'Art. 8.2 al fine di prorogare la copertura e/o di attivare l'estensione di *Ultrattività* decennale in deroga a quanto previsto dall'Art. 8.4. La *Società* può rifiutare il rinnovo del singolo *Aderente/Assicurato* solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'*Aderente/Assicurato* per più di un *Sinistro*, accertata con sentenza definitiva, che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

7.5 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.

7.6 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).

La *Polizza* non prevede il ricorso all'arbitrato.

7.7 Comunicazioni

a) Comunicazioni alla Società

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

I riferimenti della *Società* sono i seguenti:

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

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Sito Internet: www.amtrust.it

b) Forma delle comunicazioni in caso di Vendita a Distanza

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

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

7.8 Gestione della Polizza

L'Assicurazione è ripartita per quote tra la *Delegataria* e la *Coassicuratrice*. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota quale risulta dalla Scheda di *Polizza*, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il *Contraente* dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto all'Intermediario e – tramite quest'ultimo – ha incaricato la *Delegataria*: di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti per conto del *Contraente* dall'Intermediario e dalla *Delegataria*, nell'ambito delle rispettive competenze.

L'incarico conferito alla *Delegataria* è efficace per tutta la durata dell'Assicurazione.

L'Intermediario sarà tenuto:

- alla diramazione e alla raccolta delle adesioni come a tutti i relativi adempimenti;
- a tenere costantemente informata la *Coassicuratrice* in merito alle attività di gestione del Contratto.

La *Coassicuratrice* sarà tenuta a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla *Delegataria* per la gestione della *Polizza*, l'istruzione dei *Sinistri* e la quantificazione dei *Danni* indennizzabili, in virtù delle facoltà concesse alla *Delegataria* in sede di consenso al conferimento dell'incarico da parte del *Contraente*, ivi compresa quella di incaricare esperti (periti, medici, consulenti, etc).

Limitatamente all'incasso dei *Premi*, il pagamento verrà effettuato da ciascun *Aderente/Assicurato* all'Intermediario, il quale provvederà a rimmetterlo – pro quota – direttamente alla *Coassicuratrice* e alla *Delegataria*, le quali accettano che tale pagamento avvenga per il tramite dell'Intermediario riconoscendo carattere liberatorio per l'*Aderente/Assicurato* ai sensi dell'art 118 del CAP, secondo gli accordi di collaborazione sottoscritti tra le parti.

Ogni modifica alla *Polizza* che richieda una stipulazione scritta, impegna la *Coassicuratrice* e la *Delegataria* solo dopo la firma del relativo atto.



Quando e come devo pagare?

Articolo 8 Pagamento e rimborso del Premio

8.1 Pagamento del Premio della Polizza Collettiva

All'atto del perfezionamento della Polizza Collettiva il Contraente non versa alcun Premio.

8.2 Pagamento del Premio e sospensione della singola adesione

Il Premio è riportato nel Certificato di Assicurazione ed è interamente dovuto da parte dell'Aderente/Assicurato.

Se l'Aderente/Assicurato non paga il Premio, ivi incluso il pagamento del Premio aggiuntivo per il Periodo di Ultrattività qualora attivato, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferma la scadenza riportata nel Certificato di Assicurazione allineata al 31/12.

Nel caso in cui la data di decorrenza dell'adesione non coincida con la data di decorrenza della Polizza o non coincida con la data di decorrenza delle successive annualità della Polizza stessa, il Premio è calcolato in funzione di 1/360 del Premio annuo dovuto per ciascun giorno di durata della copertura, ferma la scadenza riportata nel Certificato di Assicurazione allineata al 31/12.

La Società accetta che il pagamento dei Premi sia fatto tramite l'Intermediario, pertanto il pagamento del Premio eseguito all'Intermediario stesso si considera effettuato direttamente alla Società, ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005.

Le modalità di pagamento dei Premi sono le seguenti: sistemi di pagamento elettronico o bonifico bancario che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.

I Premi indicati nella tabella sottostante sono riferiti ad un intero Periodo di Assicurazione di durata annuale.

Retroattività illimitata		
Categoria	Attività svolta dell'Aderente/Assicurato in qualità di:	Massimale * € 2.500.000
01 a	Medico Specializzando	€ 200,00
01 b	Medico Specializzando Inclusa sostituzione Medico di Medicina Generale (ex medico di base) e servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) e Attività Compatibile con la Scuola di Specializzazione	€ 350,00

*** Per l'Aderente/Assicurato in categoria 01b, il Massimale per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri è pari ad € 3.000.000 (tre milioni).**

Categoria	Retroattività illimitata	Massimale
AR	Attività svolta dell'Aderente/Assicurato in qualità di MEDICO ANESTESISTA RIANIMATORE e/o MEDICO DI 118	€ 1.500.000
02 a	Con contratto di lavoro dipendente da Ente Pubblico (CCNL della Dirigenza Medica) - Senza Incarico o Responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di Dipartimento - Con obbligo di esclusività (compresa anche l'Attività Intramoenia)	€ 920,00
02 b	Con contratto di lavoro dipendente da Enti privati – compresi Ospedali classificati (contratti di tipo AIOP-ARIS-FDG) - Senza Incarico o Responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di Dipartimento - Con obbligo di esclusività (compresa anche l'attività Libero-Professionale effettuata in nome e per conto dell'Ente datore di lavoro)	€ 920,00
03 a	Con contratto di lavoro dipendente da Ente Pubblico (CCNL della Dirigenza Medica) - Con incarico o responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di dipartimento - Con obbligo di Esclusività (compresa anche l'Attività Intramoenia)	€ 1.170,00
03 b	Con contratto di lavoro dipendente da Enti privati – compresi Ospedali classificati (contratti di tipo AIOP-ARIS- FDG) - Con incarico o responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di dipartimento - Con obbligo di esclusività (compresa anche l'attività libero professionale effettuata in nome e per conto dell'Ente datore di lavoro)	€ 1.170,00

04 a	Con contratto di lavoro dipendente da Ente Pubblico (CCNL della Dirigenza Medica) - Con o senza incarico e/o responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di dipartimento - <u>Senza</u> obbligo di esclusività (compresa anche l'Attività Extramoenia)	€ 1.420,00
04 b	Con contratto di lavoro dipendente da Enti privati – compresi Ospedali classificati (contratti di tipo AIOP-ARIS- FDG) - Con o senza incarico e/o responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di dipartimento - <u>Senza</u> obbligo di esclusività (compresa anche l'attività libero professionale effettuata in regime di lavoro autonomo)	€ 1.420,00
05 a	Convenzionato come specialista ambulatoriale (ACN SUMAI) E' inclusa l'attività Libero-Professionale effettuata esclusivamente in nome e per conto dell'Ente Convenzionato Inclusa eventuale attività pregressa svolta in qualità di Dipendente Pubblico e/o Privato	€ 1.420,00
05 b	Convenzionato come specialista ambulatoriale (ACN SUMAI) Inclusa eventuale attività pregressa svolta in qualità di Dipendente Pubblico e/o Privato E' inclusa l'attività Libero-Professionale comunque effettuata	€ 2.412,80
06	Con contratti di lavoro non appartenenti alle precedenti fattispecie Inclusa eventuale attività pregressa svolta in qualità di Dipendente Pubblico e/o Privato	€ 2.412,80
07	Libero professionista Inclusa eventuale attività pregressa svolta in qualità di Dipendente Pubblico e/o Privato	€ 2.412,80
08	Libero Professionista che non effettua attività in Sala Operatoria, né in Reparti di Rianimazione, né nei Pronto Soccorso. Inclusa eventuale attività pregressa svolta in qualità di Dipendente Pubblico e/o Privato È esclusa l'attività di Terapia del Dolore e cure palliative.	€ 2.000,00

Categoria	Retroattività illimitata	Massimale
PS e MEU	Attività svolta dell'Aderente/Assicurato in qualità di medico DI PRONTO SOCCORSO e della MEDICINA CRITICA E DELL'EMERGENZA (MEU) e/o MEDICO DI 118	€ 1.500.000
02 a	Con contratto di lavoro dipendente da Ente Pubblico (CCNL della Dirigenza Medica) - <u>Senza</u> Incarico o Responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di Dipartimento - Con obbligo di esclusività (compresa anche l'Attività Intramoenia)	€ 920,00
02 b	Con contratto di lavoro dipendente da Enti privati – compresi Ospedali classificati (contratti di tipo AIOP-ARIS-FDG) - <u>Senza</u> Incarico o Responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di Dipartimento - Con obbligo di esclusività (compresa anche l'attività Libero-Professionale effettuata in nome e per conto dell'Ente datore di lavoro)	€ 920,00
03 a	Con contratto di lavoro dipendente da Ente Pubblico (CCNL della Dirigenza Medica) - Con incarico o responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di dipartimento - Con obbligo di Esclusività (compresa anche l'Attività Intramoenia)	€ 1.170,00
03 b	Con contratto di lavoro dipendente da Enti privati – compresi Ospedali classificati (contratti di tipo AIOP-ARIS- FDG) - Con incarico o responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di dipartimento - Con obbligo di esclusività (compresa anche l'attività libero professionale effettuata in nome e per conto dell'Ente datore di lavoro)	€ 1.170,00
04 a	Con contratto di lavoro dipendente da Ente Pubblico (CCNL della Dirigenza Medica) - Con o senza incarico e/o responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di dipartimento - <u>Senza</u> obbligo di esclusività (compresa anche l'Attività Extramoenia)	€ 1.420,00
04 b	Con contratto di lavoro dipendente da Enti privati – compresi Ospedali classificati (contratti di tipo AIOP-ARIS- FDG) - Con o senza incarico e/o responsabilità di Direzione di Unità Operativa Complessa e/o di dipartimento - <u>Senza</u> obbligo di esclusività (compresa anche l'attività libero professionale effettuata in regime di lavoro autonomo)	€ 1.420,00

05 a	Convenzionato come specialista ambulatoriale (ACN SUMAI) E' inclusa l'attività Libero-Professionale effettuata esclusivamente in nome e per conto dell'Ente Convenzionato Inclusa eventuale attività pregressa svolta in qualità di Dipendente Pubblico e/o Privato	€ 1.420,00
05 b	Convenzionato come specialista ambulatoriale (ACN SUMAI) Inclusa eventuale attività pregressa svolta in qualità di Dipendente Pubblico e/o Privato E' inclusa l'attività Libero-Professionale comunque effettuata	€ 2.412,80
06	Con contratti di lavoro non appartenenti alle precedenti fattispecie Inclusa eventuale attività pregressa svolta in qualità di Dipendente Pubblico e/o Privato	€ 2.412,80
07	Libero professionista Inclusa eventuale attività pregressa svolta in qualità di Dipendente Pubblico e/o Privato	€ 2.412,80

Limitatamente agli Aderenti con età inferiore a 35 (trentacinque) anni, il *Premio* relativo alle Categorie 05b - 06 - 07 è pari a Euro 2.012,80.

Alla scadenza di ogni *Periodo di Assicurazione* l'*Aderente/Assicurato* potrà prorogare in continuità la copertura assicurativa di cui alla presente *Polizza*, sempreché vigente, per ulteriori 12 (dodici) mesi versando il *Premio* annuo entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di Febbraio successivo alla scadenza di tale *Periodo di Assicurazione*.

Limitatamente agli Aderenti già assicurati con contratto di assicurazione AmTrust Assicurazioni n° RCM23007, e copertura in scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2024, la copertura assicurativa della presente *Polizza* viene prestata senza soluzione di continuità e pertanto avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza della *Polizza* stessa (31/12), a condizione che il *Premio* sia versato entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del successivo mese di Febbraio; altrimenti sarà in seguito possibile aderire nuovamente alla presente *Polizza* previa compilazione di un nuovo *Modulo di Adesione* e l'adesione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

8.3 Oneri fiscali

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

8.4 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività

In caso di cessazione definitiva dell'attività secondo quanto previsto dall'Art. 1.3, l'*Aderente/Assicurato* (o i suoi eredi) è tenuto a corrispondere il *Premio* aggiuntivo dovuto per l'attivazione dell'estensione di *Ultrattività* decennale, pari al 250% del *Premio* annuo corrisposto per l'ultima annualità.

Il *Premio* aggiuntivo è ridotto ad € 80 (ottanta) in favore dell'*Aderente/Assicurato*, che al momento della cessazione definitiva dell'attività sia stato assicurato continuativamente per almeno 6 (sei) annualità complete tramite la presente *Polizza* ed analoghi contratti assicurativi stipulati dal *Contraente* per il medesimo rischio con una società del Gruppo AmTrust.

L'*Aderente/Assicurato* (o i suoi eredi) è tenuto a corrispondere il *Premio* aggiuntivo entro il 60° (sessantesimo) giorno successivo alla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* in cui avviene la cessazione dell'attività professionale, in un'unica soluzione o in due rate semestrali senza oneri aggiuntivi.

L'estensione è concessa a titolo gratuito in favore degli eredi dell'*Aderente/Assicurato* che ne facciano richiesta entro 180 (centottanta) giorni dalla scadenza del *Certificato di Assicurazione* in caso di:

- decesso dell'*Aderente/Assicurato* avvenuto nel corso del *Periodo di Assicurazione* in caso di morte accidentale,
- decesso nel corso del *Periodo di Assicurazione* conseguente ad infezione da Covid-19.

Qualora il Medico *Aderente/Assicurato* riprenda a svolgere l'attività professionale e/o stipuli altra assicurazione per gli stessi rischi, l'estensione di *Ultrattività* decennale cesserà e diverrà immediatamente inefficace a partire da tale data.

8.5 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo - Estensione nel caso di prosecuzione dell'attività

Secondo quanto previsto dall'Art. 2. lettera B, in caso di accoglimento della richiesta da parte della *Società* sarà necessario corrispondere il *Premio* aggiuntivo pari al 250% del *Premio* annuo corrisposto per l'ultima annualità per l'attivazione dell'*Ultrattività* – Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività.

8.6 Garanzie aggiuntive opzionali - Sostituzioni del Medico di Medicina Generale

Relativamente alla Garanzia aggiuntiva opzionale di cui all'Art. 2, lettera A - Sostituzioni del Medico di Medicina Generale, il *Premio* annuo dovuto è quello risultante dalla seguente tabella:

Estensione:	Premio
Sostituzioni del Medico di Medicina Generale (ex medico di base)	€ 200,00

8.7 Rimborso del *Premio*

Qualora l'*Aderente*/Assicurato eserciti il "diritto di ripensamento" di cui all'Art. 10.2, ha diritto alla restituzione integrale del *Premio* versato.

In caso di ripresa dell'attività professionale e/o di stipula di altra assicurazione per gli stessi rischi ai sensi dell'Art. 8.4, all'*Aderente*/Assicurato (o ai suoi eredi) è dovuto il rimborso pro rata del *Premio* aggiuntivo imponibile eventualmente pagato e non goduto, a condizione che non siano nel frattempo pervenute Richieste di Risarcimento e ferma in ogni caso l'acquisizione di una quota di *Premio* pari al 40% del *Premio* imponibile corrisposto.

8.8 Indicizzazione

Si prende altresì atto tra le Parti che è convenuto un parametro di indicizzazione dei *Premi* nella misura massima del 4% che, alla scadenza annuale della *Polizza*, potrà essere utilizzato dalla *Società* quale indice di incremento per i *Premi* indicati alle categorie 05.b - 06 - 07 per l'eventuale rinnovo della *Polizza*.

L'eventuale richiesta di indicizzazione dei *Premi* da parte della *Società* dovrà essere inviata al *Contraente* a mezzo raccomandata AR entro 90 (novanta) giorni dalla scadenza annuale.

A fronte di una richiesta avanzata dalla *Società*, il *Contraente* potrà manifestare propria accettazione e procedere così al rinnovo della *Polizza* o, diversamente, manifestare proprio diniego e non rinnovare la *Polizza* alla prima scadenza annuale successiva alla richiesta stessa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 9 Effetto e durata della *Polizza*

9.1 Effetto e durata della *Polizza Collettiva*

La *Polizza Collettiva* ha durata dalle ore 24:00 del 31/12/2024 alle ore 24:00 del 31/12/2025 e in mancanza di disdetta si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 (uno) anno, salvo quanto previsto dall'Art. 10.1.

9.2 Effetto e durata della singola adesione

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel *Certificato di Assicurazione*, coincidente con il giorno nel quale è stato sottoscritto il *Modulo di Adesione*, se il *Premio* è stato pagato entro lo stesso giorno, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Indipendentemente dalla data di adesione, il singolo *Certificato di Assicurazione* cessa alla scadenza annuale della *Polizza* ed è senza tacito rinnovo.

Il singolo *Aderente/Assicurato* ha facoltà di prorogare la copertura assicurativa in continuità versando il *Premio* annuo entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di febbraio successivo alla scadenza. Per la proroga della copertura assicurativa avvenuta entro i termini sopra indicati non è necessaria la compilazione di un nuovo *Modulo di Adesione*.

Se l'*Aderente/Assicurato* non proroga la copertura assicurativa in continuità nei termini temporali previsti dal comma che precede, la copertura si intenderà automaticamente cessata alla scadenza annuale della *Polizza* ed il medico potrà in seguito aderire nuovamente alla *Polizza* previa compilazione di un nuovo *Modulo di Adesione*; in tal caso il nuovo *Certificato di Assicurazione* e così anche la copertura assicurativa avranno effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

9.3 Clausola di continuità

La copertura assicurativa della presente *Polizza* segue senza soluzione di continuità il contratto di assicurazione AmTrust Assicurazioni n. RCM23007. Pertanto, esclusivamente per gli Aderenti già assicurati con uno di tali contratti e copertura in scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2024, la copertura della presente *Polizza* avrà effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2024, a condizione che il *Premio* sia versato entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di febbraio dell'anno successivo.



Come posso disdire la *Polizza*?

Articolo 10 Casi di interruzione del contratto

10.1 Disdetta della *Polizza Collettiva*

Il Contrante e la *Delegataria* possono disdire la *Polizza Collettiva* mediante l'invio di lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) spedita almeno 90 (novanta) giorni prima di ciascuna scadenza annuale. In tal caso la *Polizza Collettiva* cesserà di avere effetto alla scadenza annuale immediatamente successiva, ai sensi dell'Art. 9.1.

Il *Contrante* e la *Delegataria* convengono che la disdetta al contratto AmTrust Assicurazioni n° RCM23005 stipulato con il *Contraente*, inviata nei termini e secondo le modalità disciplinate da tale contratto, sarà da intendersi anche come comunicazione di recesso dalla presente *Polizza*.

10.2 Diritto di ripensamento

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

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

NORME DI LEGGE UTILI PER LA COMPrensIONE DELLA POLIZZA

Testo articoli del Codice civile

CODICE CIVILE

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto

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

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

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

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

Art. 1898 Aggravamento del rischio

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

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

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

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

Art. 1899 Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto

supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.
Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

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

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

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

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

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

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

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

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

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'Assicuratore

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

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

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

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

Art. 1917 Assicurazione della responsabilità civile

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

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

Art. 2055 Responsabilità solidale

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

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

Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali.

NUMERI E RIFERIMENTI UTILI

I riferimenti della Società sono i seguenti:

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

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

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



AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Gentile Cliente,

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

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



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

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



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

info-privacy@amtrustgroup.com.

2. Finalità del trattamento dei dati e base giuridica

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

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

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

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

3. Natura del conferimento dei dati



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

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

4. Modalità del trattamento e periodo di conservazione dei dati



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

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

5. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali



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

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

6. Diffusione dei dati



I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione.

7. Trasferimenti dei dati all'estero



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

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

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



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

9. Diritti dell'interessato



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

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

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