AmTrust

MEDICO PROTETTO

Linea Professione Protetta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale del Medico

Il prodotto è stato redatto secondo le linee guida ANIA "Contratti Semplici e Chiari"
Edizione Giugno 2024

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

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

AmTrust Assicurazioni

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "AmTrust Medico Protetto"

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 il **medico esercente attività libero professionale, iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata,** svolta in conformità alle leggi che la regolano, per i danni causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Assicurata, nonché all'Assicurato non appartenente all'UE relativamente all'esercizio della propria Attività Assicurata svolta in Italia, purché titolare di permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio conseguito all'interno dell'UE.

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

Che cosa è assicurato?

- ✓ La Società tiene indenne il medico Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per i danni conseguenti a lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Assicurata.
  La Polizza è operante in favore dell'Assicurato esclusivamente in relazione alle attività libero professionali oggetto della copertura assicurativa riportate in Scheda di Polizza, in quanto:
  - attività libero professionale svolta
  - attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali appartenenti allo stesso gruppo di rischio dell'attività libero professionale svolta e ai gruppi di rischio inferiori a quest'ultima
  - attività libero professionale cessata prima della decorrenza di Polizza
- ✓ Responsabilità civile per colpa grave
- ✓ Attività Medico abilitato non specialista
- ✓ Prestazioni non rientranti in attività invasiva o attività chirurgica
- ✓ Prestazioni incluse se assicurata attività chirurgica

Se il Contraente ha selezionato un'attività svolta libero professionale non chirurgica ha facoltà di acquistare una o più delle seguenti estensioni di garanzia (valide ed operanti solo se indicate in Scheda di Polizza e se è stato pagato il relativo Premio aggiuntivo):

- Medicina estetica
- Attività invasive minori
- Attività invasive e mezzi di soccorso

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

- Ruolo apicale e direzione sanitaria - Perdite Patrimoniali
- Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO)
- Omesso adempimento Crediti ECM
- Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività

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

Che cosa non è assicurato?

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

Sono escluse le Richieste di Risarcimento:

- ✘ già pervenute all'Assicurato prima della decorrenza della presente Polizza;
- ✘ che pervengano all'Assicurato 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'Assicurato nel corso del Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- ✘ conseguenti a prestazioni sanitarie non riferibili all'Attività Assicurata oggetto della copertura assicurativa;
- ✘ conseguenti a prestazioni sanitarie riferibili ad attività di Odontoiatria e Stomatognatologia o ad attività implantologica, salvo sia indicata Chirurgia maxillo facciale come Attività Assicurata.

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

Ci sono limiti di copertura?

- ! È prevista l'applicazione di eventuali Franchigie, riportate nella Scheda di Polizza (ad esempio in caso di sinistri pregressi)
- ! In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti terzi, la Società risponde per l'intero, salvo il regresso pro quota, in via di surrogazione, nei confronti dei condebitori solidali dell'Assicurato
- ! Le attività professionali assicurate sono unicamente quelle valorizzate nella Scheda di Polizza

Dove vale la copertura?

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

Che obblighi ho?

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

Quando e come devo pagare?

Devi pagare il Premio prima della data di decorrenza della Polizza e puoi scegliere di pagare l'intero Premio annuo, oppure optare per il frazionamento rateale. Il Premio è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Se scegli il frazionamento rateale, dovrai pagare le successive rate alla scadenza stabilita. Dato che la Polizza prevede il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annua dovrai pagare il Premio di rinnovo (secondo le modalità di frazionamento che hai scelto all'origine).
Il Premio aggiuntivo dell'ultrattività per la cessazione definitiva dell'attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione, senza oneri aggiuntivi.
Puoi pagare il Premio con denaro contante, assegno (bancario, postale o circolare), bonifico bancario o sistemi di pagamento elettronico.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

Come posso disdire la polizza?

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

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

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

AmTrust *Assicurazioni S.p.A.*

Prodotto "*AmTrust Medico Protetto*" Ed.06/2024 - Ultimo Aggiornamento 06/2024

30/06/2024 (data di realizzazione), il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

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

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

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 204.142 migliaia di Euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 5.500 migliaia di Euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 197.042 migliaia di Euro.
Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link https://www.amtrust.it/sfcr.pdf
L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 138.814 migliaia di Euro; l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 37.007 migliaia di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura (OF) è pari a 225.079 migliaia di Euro.
L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 162,14%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.
I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2023.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

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

Le attività libero professionali assicurabili sono suddivise nelle aree mediche non chirurgiche e chirurgiche e classificate per rischiosità progressiva nei gruppi di rischio da 1 a 43: le attività di maggior rischio includono in copertura le attività di minor rischio, così come le attività appartenenti allo stesso gruppo di rischio dell'attività libero professionale assicurata. La lista delle attività è riportata nella tabella "Elenco delle attività assicurabili" presente nelle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurazione è prestata nella forma ***Claims Made****, ossia opera per Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui o dal Contraente tempestivamente denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza del Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione o anche prima purché entro la Data inizio Retroattività riportata nella Scheda di Polizza.*
L'Assicurazione ***non opera*** *in relazione ai danni per i quali l'obbligo di manleva ricada per legge o per contratto sulla Struttura con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati anche in caso di mancato assolvimento di tale obbligo e in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi.*
Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale
Se durante il Periodo di Assicurazione l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare definitivamente, per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la cancellazione

dall'Albo Professionale per motivi disciplinari), le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data di Retroattività 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 ulteriori 10 (dieci) anni.
L'Assicurato (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Società della sopravvenuta cessazione dell'attività professionale ed è tenuto a corrispondere il Premio aggiuntivo dovuto a fronte di tale evenienza come 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'Assicurato, è pari rispettivamente al Massimale per Sinistro ed al Massimale per Periodo di Assicurazione al momento della cessazione.
L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

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

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

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

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

Precisazioni sull'attività oggetto della copertura assicurativa
a. Responsabilità civile verso terzi
La Polizza è operante in favore dell'Assicurato esclusivamente in relazione alle attività libero professionali oggetto della copertura assicurativa riportata in Scheda di Polizza:

- *attività libero professionale svolta;*
- *attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali;*
- *attività libero professionale cessata prima della decorrenza del Periodo di Assicurazione.*

L'attività libero professionale oggetto della copertura assicurativa si intende garantita anche laddove esercitata attraverso la telemedicina, così come disciplinata dalle vigenti leggi e regolamenti e fermo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, oppure mediante impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici.

b. Responsabilità civile per colpa grave
La garanzia per colpa grave è operante per l'eventuale attività professionale medica svolta dall'Assicurato per conto di una Struttura con cui intrattiene un rapporto di lavoro subordinato, oppure svolta per conto di una Struttura della quale l'Assicurato non è alle dirette dipendenze ma con la quale egli collabora con rapporto di lavoro autonomo e la Struttura si avvale dell'Assicurato per l'erogazione di prestazioni sanitarie inerenti alle obbligazioni da questa assunte, in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto dall'Assicurato nei confronti del paziente.
La Polizza è altresì:

- *operante in relazione alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria (c.d. attività intramoenia, anche allargata laddove svolta in spazi esterni alla Struttura, nei limiti e secondo quanto previsto dalle leggi vigenti) o in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.*
- *estesa all'eventuale responsabilità derivante all'Assicurato che rivesta il ruolo di direttore sanitario o di analoga funzione organizzativa presso una Struttura nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie del ruolo apicale di responsabile o direttore di reparto, unità o struttura semplice o complessa in conseguenza di Danni involontariamente cagionati a terzi. Sono compresi i fatti delle persone di cui l'Assicurato, nella qualità di cui sopra, sia tenuto a rispondere per legge.*

c. Attività Medico abilitato non specialista
Con riferimento all'Attività Assicurata Medico abilitato non specialista, la Polizza è prestata in relazione all'attività professionale medica svolta in nome e per conto di una Struttura e/o per conto del Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito di:

1. *servizio di continuità assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);*
2. *servizio di continuità assistenziale stagionale per turisti (ex guardia medica turistica).*
3. *sostituzione del medico di medicina generale / di famiglia;*
4. *sostituzione del pediatra di libera scelta;*

5. *assistenza sanitaria penitenziaria;*
6. *servizio di guardia interdivisionale e medico di guardia in RSA;*

La copertura è altresì prestata in relazione all'attività libero professionale limitatamente alle seguenti prestazioni:
1. *somministrazione di vaccini;*
2. *docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;*
3. *medico accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;*
4. *assistenza medica svolta all'interno di eventi sportivi e manifestazioni;*
5. *medico prelevatore presso laboratori privati od associazioni;*
6. *rilascio certificati medico sportivi non agonistici.*

d. Prestazioni non rientranti in attività invasiva o attività chirurgica
Le seguenti prestazioni non sono considerate attività invasiva o attività chirurgica e pertanto sono ritenute in copertura purché svolte nell'ambito dell'Attività Assicurata ed eseguite senza anestesia:
- *applicazione e rimozione di punti di sutura;*
- *prelievi ematici eseguiti su superfici cutanee naturalmente ispezionali;*
- *punture, iniezioni di farmaci per via intramuscolare o endovenosa, somministrazioni tramite fleboclisi o trasfusioni;*
- *agopuntura;*
- *test allergologici cutanei;*
- *utilizzo di otoscopio e rinoscopio;*
- *campionamento tramite tamponi cutanei o mucosali su superfici naturalmente ispezionabili o mediante accesso a cavità interne esclusivamente da orifizi naturali;*
- *agoaspirato e agobiopsia cutanea;*
- *biopsia semplice del cavo orale.*

e. Prestazioni incluse se assicurata attività chirurgica
Qualora sia indicata in Scheda di Polizza un'Attività Assicurata svolta che sia presente nell'elenco attività chirurgiche l'Assicurazione si intende operante in relazione:
- *all'attività libero professionale oggetto della estensione di garanzia Medicina Estetica*
- *all'attività libero professionale oggetto della estensione di garanzia Attività invasive minori*
- *all'attività libero professionale oggetto della estensione di garanzia Attività invasive e mezzi di soccorso*

Le seguenti estensioni di garanzia sono sempre valide ed operanti in relazione alla garanzia acquistata:
L'Assicurazione è estesa alla responsabilità civile dell'Assicurato per i Danni derivanti da:
1. *attività formative previste ed erogate nell'ambito delle scuole di specializzazione, di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m.i., ivi incluse quelle svolte nel corso del penultimo o dell'ultimo anno della scuola di specializzazione in virtù di rapporto di lavoro presso Struttura come delineato dalla L. 145/2018, modificata dal D.l. 35/2019 ("Decreto Calabria") convertito con L. 60/2019;*
2. *attività formative previste ed erogate nell'ambito del corso di formazione specifica in Medicina Generale, di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m.i. ed ai sensi del DM 07/03/2006;*
3. *prestazioni svolte in conformità alla normativa vigente ed alla compatibilità con la formazione ai sensi del D.lgs. 368/1999;*
4. *attività formative previste ed erogate nell'ambito del corso, scuola o master di medicina estetica;*
5. *interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita.*

La copertura è estesa alle Richieste di Risarcimento conseguenti a Danni derivanti:
1. *dalla consegna e somministrazione diretta e gratuita di farmaci di cui l'Assicurato abbia curato la conservazione;*
2. *da fatti commessi dal medico che sostituisce l'Assicurato e per i quali esiste una responsabilità in capo all'Assicurato;*
3. *dall'esecuzione e la partecipazione dell'Assicurato ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo di appropriate risorse tecnologiche ed organizzative.*

Pregressa copertura con contratto AmTrust MedicoUnder35
Limitatamente all'Assicurato che sottoscriva la presente Polizza senza soluzione di continuità alla scadenza o in sostituzione di contratto AmTrust MedicoUnder35, l'Assicurazione è estesa alla responsabilità derivante all'Assicurato per l'attività professionale svolta prima della sottoscrizione della presente Polizza alle condizioni previste dal contratto scaduto o sostituito fatta eccezione per il massimale e la retroattività per i quali si intendono operanti il Massimale per Sinistro, il Massimale per Periodo di Assicurazione e la Data inizio Retroattività indicati in Scheda di Polizza.

Estensioni di garanzia a pagamento
Se il Contraente ha selezionato un'attività svolta ***libero professionale non chirurgica*** *ha facoltà di acquistare una o più delle seguenti estensioni di garanzia che saranno valide ed operanti solo se indicate in Scheda di Polizza e se è stato pagato il relativo Premio aggiuntivo. Se il Contraente ha selezionato un'attività svolta* ***libero professionale chirurgica*** *le seguenti estensioni di garanzia saranno sempre valide ed operanti anche se non indicate in Scheda di Polizza e senza che sia stato pagato il relativo Premio aggiuntivo.*

Medicina Estetica
La presente estensione di garanzia è rivolta a tutelare il medico Assicurato tenendolo indenne da ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per Danni causati a terzi in conseguenza di errori od omissioni derivanti da trattamenti estetici non invasivi o mininvasivi esclusivamente eseguiti con applicazione superficiale esterna e/o con puntura o iniezione cutanea con ago di sole sostanze completamente riassorbibili o rimovibili, o mediante

trattamenti di radiofrequenza, ultrasuoni o laser non ablativo, purché senza incisioni cutanee che richiedono sutura e senza utilizzo di anestesia.
***Fermo quanto previsto al capoverso precedente, sono sempre considerate attività invasiva i trattamenti di medicina estetica elencati nella estensione di garanzia Attività invasive e mezzi di soccorso e pertanto non sono inclusi nella presente estensione di garanzia*.**

Attività invasive minori
La presente estensione di garanzia è rivolta a tutelare il medico Assicurato tenendolo indenne da ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per Danni causati a terzi in conseguenza di errori od omissioni derivanti dai seguenti trattamenti invasivi o mininvasivi eseguiti senza anestesia o con il ricorso alla sola anestesia locale:
- *cateterismo e confezionamento di accessi vascolari per emodialisi;*
- *terapia sclerosante endovenosa con schiuma e liquido;*
- *test allergologici mediante test di provocazione orale;*
- *ecografia transrettale senza prelievo di materiale bioptico;*
- *paracentesi e toracentesi;*
- *iniezioni spinali;*
- *agobiopsia ecoguidata (di tessuti molli prostatica, tiroidea, mammaria, epatica) a scopo diagnostico;*
- *escissione tramite biopsia punch;*
- *trattamenti di rimozione o cauterizzazione di lesioni cutanee non neoplastiche (es. cisti, verruche, angiomi, lipomi);*
- *asportazione di lesioni cutanee neoplastiche benigne e maligne, compresi nevi, epiteliomi e melanomi;*
- *infiltrazioni e artrocentesi;*
- *laringoscopia indiretta e fibrolaringoscopia.*

Fermo quanto previsto dal capoverso precedente, non sono considerate attività invasive minori le attività invasive ginecologiche ed i trattamenti elencati nelle Condizioni di Assicurazione.

Attività invasive e mezzi di soccorso
La presente estensione di garanzia è rivolta a tutelare il medico Assicurato tenendolo indenne da ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per Danni causati a terzi in conseguenza di errori od omissioni derivanti dai seguenti trattamenti invasivi ad alto rischio:
- *prelievo di midollo osseo (aspirato midollare, biopsia osteomidollare, rachicentesi o puntura lombare);*
- *accertamenti diagnostici invasivi - con e senza prelievo di materiale bioptico - mediante accesso a cavità interne esclusivamente da orifizi naturali (broncoscopia e broncoscopia diagnostica, cistoscopia, colonscopia, ecografia cardiaca transesofagea, endoscopia digestiva, esofago-gastro-duodenoscopia, laringoscopia diretta flessibile esplorativa, rettoscopia, ecoendoscopia);*
- *drenaggio pleurico/toracico;*
- *intubazione endotracheale ed applicazione sondino nasogastrico;*
- *nefrostomia percutanea;*
- *scleroterapia delle varici esterne con laser vascolare.*

Sono inoltre considerate trattamenti invasivi ad alto rischio le procedure non chirurgiche di:
- *radiologia interventistica;*
- *radiologia interventistica vascolare, con esclusione di bypass agli assi arteriosi e di interventi al cuore (valvole e coronarie), ai grossi vasi ed al circolo cerebrale;*
- *neuroradiologia interventistica.*

***Sono equiparati ai trattamenti invasivi ad alto rischio** l'iniezione di farmaci per via epidurale, l'ossigeno-ozono terapia, i trattamenti in camera iperbarica, la mammografia.*

*È altresì equiparata a trattamenti invasivi ad alto rischio l'attività svolta a bordo dei **mezzi di soccorso** in genere, anche se svolta per conto di una Struttura, cooperativa, società privata o associazioni di volontariato e/o per il Servizio di Urgenza ed Emergenza (ex. numero 118 od ove presente il numero unico di emergenza 112).*

Sono inoltre considerati trattamenti invasivi ad alto rischio inclusi nella copertura della presente estensione di garanzia i seguenti trattamenti estetici:
- *impianto di capelli artificiali;*
- *trapianto di capelli;*
- *trattamenti con finalità estetica con laser ablativi;*
- *rimozione laser dei tatuaggi e cicatrici;*
- *fleboterapia rigenerativa tridimensionale (TRAP);*
- *biostimolazione autologa della pelle (es. iniezione di PRP, gel piastrinico);*
- *mesoterapia estetica;*
- *seffiller, seffihair, seffigyn;*
- *inserimento di fili di sostegno fili di Trazione/Sospensione riassorbibili;*
- *lipoemulsione sottocutanea (Lesc) a radiofrequenze;*
- *chemodenervazione.*

Fermo quanto previsto dai capoversi precedenti non è inclusa nella presente estensione di garanzia l'attività invasiva ginecologica.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Franchigia facoltativa	*Il Contraente può selezionare una Franchigia applicabile ad ogni Sinistro. Tale opzione prevede una riduzione del Premio di Polizza.* *Tale facoltà è prevista qualora non siano presenti Sinistri pregressi. In quest'ultimo caso sarà prevista l'applicazione di una Franchigia per Sinistro il cui importo è definito dalla Società.*
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Ruolo apicale e direzione sanitaria - Perdite Patrimoniali	*La presente garanzia aggiuntiva opzionale può essere acquistata solamente dai medici che rivestono il ruolo di Direttore Sanitario, di Risk Manager o di analoga funzione organizzativa presso una Struttura.* *La presente garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie del ruolo apicale di responsabile o direttore di reparto, unità o struttura semplice o complessa.* *L'Assicurazione comprende inoltre:* - *le Perdite Patrimoniali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina;* - *le Perdite Patrimoniali che l'Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a terzi a seguito di propri errori.* *Ai fini della presente garanzia aggiuntiva opzionale non sono considerati terzi: la Struttura, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di responsabilità amministrativa e/o di surrogazione.* ***La Società presta l'Assicurazione per la presente garanzia fino a concorrenza del Sottolimite di Euro 200.000,00 (duecentomila) per Periodo di Assicurazione.***
Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO)	***Altre Perdite Patrimoniali*** *L'Assicurazione si estende alla responsabilità derivante all'Assicurato in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi conseguenti:* • *ad incarichi di CTU nominato dall'Autorità giudiziaria o CTP;* • *ad incarichi nell'ambito del procedimento di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010, limitatamente alle vertenze su materie rientranti nelle competenze professionali dell'Assicurato;* • *ad incarichi quale componente di commissioni per la valutazione di invalidità;* • *alla necessità di ripristinare, rimpiazzare e/o ricostruire parzialmente o totalmente Medical Device dallo stesso prescritti con altri equivalenti per uso e qualità;* • *all'attività di certificazione svolta nell'ambito dell'Attività Assicurata.* ***In favore del medico Assicurato specializzato in Medicina legale e delle assicurazioni e/o in Medicina del Lavoro, per la presente sezione non trova applicazione il Sottolimite pari ad Euro 200.000,00 (duecentomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.*** ***RCT*** *La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di Danni involontariamente cagionati a terzi in relazione alla proprietà ed alla conduzione dello studio medico - di cui sia titolare o contitolare - ed in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'esercizio dell'Attività Assicurata. L'Assicurazione vale per la responsabilità civile dell'Assicurato per fatto proprio e per fatto delle persone per cui egli, per legge o per contratto, sia obbligato a rispondere, fermo il diritto di rivalsa per dolo.* ***RCO*** *La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, rivalutazione, interessi e spese):* a) *ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, del D. Lgs. 10 settembre 2003 n. 276 e loro successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni per gli infortuni sofferti da Personale Dipendente addetti alle attività per le quali è prestata l'Assicurazione;* b) *ai sensi del Codice civile, a titolo di risarcimento di Danni non rientranti di cui alla precedente lettera a), per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata una invalidità permanente.* *L'Assicurazione per la responsabilità civile verso personale dipendente è efficace alla condizione che, al momento del Sinistro, la Struttura assicurata sia in regola con gli obblighi dell'Assicurazione di legge.*

	L'Assicurazione conserva tuttavia la propria validità anche se la Struttura assicurata non è in regola con gli obblighi di cui sopra, ove 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. *L'Assicurazione comprende altresì le malattie professionali, riconosciute dall'I.N.A.I.L. e/o ritenute tali dalla magistratura. La presente estensione è valida a condizione che le malattie professionali si siano manifestate entro e non oltre 12 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro e comunque durate il Periodo di Assicurazione, e siano conseguenza di eventi, atti e fatti commissivi od omissivi accaduti dopo la Data inizio Retroattività.* *Tanto l'Assicurazione RCT quanto l'Assicurazione RCO valgono anche per 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.* *Qualora l'Assicurato fosse componente di uno studio associato o società, le garanzie R.C.T. e R.C.O. sono subordinate alla condizione essenziale che tutti gli altri operatori sanitari associati e dipendenti dello studio o della società siano assicurati con la presente Polizza, altrimenti la copertura opererà esclusivamente per la responsabilità civile professionale personale in capo all'Assicurato.* ***La presente garanzia aggiuntiva opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimite di Euro 200.000,00 (duecentomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione***
Omesso adempimento Crediti ECM	*Con la presente garanzia aggiuntiva opzionale la Società rinuncia a far valere l'inefficacia della Polizza di cui all'art. 38-bis DL 152/2021, convertito con L. 233/2021, nonché all'eventuale diritto di rivalsa nei confronti dell'Assicurato.*
Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività	*Entro il trentesimo giorno successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione è facoltà del Contraente richiedere l'attivazione dell'estensione di ultrattività in caso di cessazione o sostituzione della presente Polizza ancorché l'Assicurato continui ad esercitare l'attività libero professionale.* *In caso di accoglimento della richiesta da parte della Società, il Contraente dovrà versare il Premio aggiuntivo come specificato nelle Condizioni di Assicurazione per l'attivazione del Periodo di Ultrattività, fatte salve eventuali variazioni delle condizioni normative (es. Franchigia) o tariffarie in relazione al verificarsi di Sinistri. Le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data inizio Retroattività e fino alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione al termine del quale è attivata la presente estensione restano coperte a tali condizioni i per ulteriori 10 (dieci) anni.* ***La massima esposizione della Società per l'intero Periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato, è pari rispettivamente al Massimale per Sinistro ed al Massimale per Periodo di Assicurazione assicurati al momento della cessazione o sostituzione.*** *Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a copertura della medesima responsabilità e dei medesimi Danni o Perdite Patrimoniali, la presente estensione di ultrattività opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti e per l'importo di danno eccedente il Massimale delle stesse, fermi in ogni caso il Massimale assicurato (e i Sottolimiti di garanzia ove previsti).*

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	*Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che sono escluse le Richieste di Risarcimento:* • *relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della Data inizio Retroattività indicata nella Scheda di Polizza (indipendentemente da eventuali precedenti contratti stipulati con la Società o con altre società del gruppo AmTrust);* • *connesse e/o conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato antecedentemente alla decorrenza della presente Polizza - oppure antecedentemente alla decorrenza di eventuali precedenti contratti stipulati con una società del gruppo AmTrust purché senza soluzione di continuità con la presente Polizza - non dichiarati alla Società.* • *conseguenti a ecografie ginecologiche ed ostetriche, salvo sia indicata Ginecologia o Ostetricia come Attività Assicurata;* • *conseguenti ad assistenza al parto, salvo sia indicata Ginecologia o Ostetricia come Attività Assicurata Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto; restano in ogni caso escluse le Richieste di Risarcimento conseguenti ad assistenza al parto domiciliare o comunque effettuata al di fuori di un punto nascita autorizzato;* • *conseguenti a trattamenti invasivi sulla colonna vertebrale salvo quanto previsto dalle estensioni di garanzia - se acquistate - ed alla chirurgia vertebrale, salvo sia indicata Ortopedia con traumatologia inclusi interventi spinali o Neurochirurgia come Attività Assicurata;*

	• *conseguenti a somministrazione di anestesia locale qualora l'Assicurato non sia in possesso delle conoscenze e delle tecniche per somministrare anestesia locale e che la somministrazione avviene 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 ed in presenza di un collaboratore;* • *conseguenti a somministrazione di altre forme di anestesia più profonda, ivi compresa l'anestesia loco-regionale (blocchi periferici, blocchi di ramo, anestesia epidurale/spinale, etc.) e la sedazione profonda, salvo sia indicata Anestesia - rianimazione e terapia intensiva come Attività Assicurata eseguita da medico specialista in Anestesia e Rianimazione in un ambiente autorizzato ed in conformità alle linee guida vigenti;* • *conseguenti a prestazioni erogate in virtù di una specifica obbligazione contrattuale direttamente assunta dall'Assicurato nei confronti del paziente, qualora l'Assicurato abbia dichiarato che l'intera attività libero professionale - svolta e/o cessata - oggetto della copertura assicurativa è esercitata esclusivamente in nome e per conto della Struttura;* • *per Danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla Struttura sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi a tale scopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;* • *per Perdite Patrimoniali salvo che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO) e/o che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Ruolo apicale e direzione sanitaria - Perdite Patrimoniali;* • *originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria medica;* • *per Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica.* • *derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici nonché derivanti da fatti dolosi commessi dall'Assicurato;* • *relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato non fosse iscritto all' Albo professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata;* • *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'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;* • *basate sulla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;* • *aventi ad oggetto inadempienze contrattuali (es. la restituzione del compenso corrisposto all'Assicurato per la relativa prestazione professionale);* • *derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;* • *derivanti da consulenza on line, fatta eccezione per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente, o derivanti da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;* • *conseguenti alla conduzione dello studio medico, salvo che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO);* • *per pregiudizi alle cose mobili e immobili che l'Assicurato 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'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);* • *relative alle spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi delle Condizioni di Assicurazione;*

	• *relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;* • *fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;* • *conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;* • *per pregiudizi che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'Attività Assicurata;* • *conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;* • *riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'Attività Assicurata;* • *relative a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di Assicurato;* • *relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;* • *derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);* • *in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;* • *per Danni connessi ad atti di guerra e/o terrorismo;* • *per fatti dolosi commessi dall'Assicurato.* ***Esclusioni applicabili alle estensioni di garanzia*** *Restano escluse dalle estensioni di garanzia di cui alle Condizioni di Assicurazione le procedure che per complessità implicita alla patologia, alle caratteristiche del paziente o che per qualsiasi altra ragione, necessitino di essere svolte in sala operatoria (dotata dei requisiti per essere così denominata ed anch'essa autorizzata) e/o con necessità di anestesista rianimatore. Restano altresì esclusi i trattamenti di chirurgia estetica plastica e tutte le tecniche di liposuzione, lipoaspirazione e liposcultura.* ***Ulteriori esclusioni applicabili a garanzie aggiuntive opzionali*** *Relativamente alla garanzia aggiuntiva opzionale Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO) sono sempre esclusi:* • *gli interventi relativi connessi o conseguenti alla fecondazione ed al concepimento umano;* • *la responsabilità civile che ricade ai sensi di legge sul fabbricante dei prodotti che l'Assicurato utilizza ai fini della propria Attività Assicurata;* • *i vizi e difetti che si manifestano oltre i tre mesi successivi alla consegna, all'utilizzo od all'impianto del Medical Device sul paziente.*

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che:

L'Assicurazione è prestata con l'applicazione di una Franchigia per Sinistro se indicata in Scheda di Polizza, fermo quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento
Non sono considerate Richiesta di Risarcimento, e dunque non costituiscono Sinistro:
- *la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della Struttura stessa;*
- *la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.*

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

Sottolimiti garanzia per colpa grave
Secondo quanto previsto dall'articolo 4, comma 3 del Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, in applicazione dall'articolo 9, commi 5 e 6 della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017, la garanzia per colpa grave è prestata fino alla concorrenza di un Sottolimite per Sinistro e per Periodo di Assicurazione pari a tre volte il valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale, oppure del reddito professionale ivi compresa la retribuzione lorda, conseguiti dall'Assicurato nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.

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

L'*Assicurazione* comprende:	*Sottolimite* di *Indennizzo* per *Sinistro*	*Sottolimite* di *Indennizzo* per *Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri*
Ruolo apicale e direzione sanitaria – Perdite Patrimoniali	€200.000	€200.000
Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO)	€200.000	€200.000

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** *Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue:* *per le Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione (da farsi entro 30 giorni da quando si è avuta conoscenza del sinistro stesso e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla cessazione della Polizza) deve contenere:* - *la data e la descrizione del fatto;* - *l'indicazione delle cause e delle conseguenze;* - *il nome e la residenza dei danneggiati;* - *ogni altra notizia utile per la Società.* *Deve essere trasmessa, a: AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici 14 – 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: rcprofessionale@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali. Alla denuncia deve far seguito con urgenza l'invio dei documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.* *Senza il previo consenso scritto della Società, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la Società si riserva il diritto di negare l'indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.* *La trattazione e definizione del Sinistro sarà condotta dalla Società con la cooperazione dell'Assicurato.* *La Società in fase di liquidazione dei Sinistri provvederà a liquidare l'importo eccedente il valore della Franchigia per Sinistro eventualmente indicato in Scheda di Polizza. È facoltà della Società anticipare l'importo della Franchigia e in tal caso l'Assicurato sarà tenuto al rimborso di tale importo entro 30 (trenta) giorni dal pagamento.*
	Assistenza diretta/in convenzione: *non prevista.*
	Gestione da parte di altre imprese*: non prevista.*
	Prescrizione: *non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.*
Dichiarazioni inesatte o reticenti	*Eventuali dichiarazioni false o reticenze sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare:* • *l'annullamento del contratto se derivanti da dolo o colpa grave o la facoltà di recesso da parte dell'Assicuratore se non sussiste dolo o colpa grave;* • *la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.*
Obblighi dell'Impresa	*La Società si impegna a pagare all'Assicurato o al terzo danneggiato le somme derivanti dagli obblighi contrattuali entro il termine di 45 giorni dalla data di definizione dell'importo del Sinistro.*

Quando e come devo pagare?

Premio	*Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che:* - *I Premi assicurativi sono pagati con le seguenti modalità: denaro contante (entro i limiti previsti dalla normativa vigente in relazione ai contratti assicurativi contro i danni), assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione oppure sistemi di*

	pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione. - *Il Premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 22,25% del Premio imponibile annuo.* - *Il Premio è annuale ma è prevista la possibilità di frazionamento rateale.* - *Non sono previste tecniche di vendita multilevel marketing.*
Rimborso	- *Il Contraente ha diritto alla restituzione integrale del premio versato nell'ipotesi di esercizio del Diritto di Ripensamento previsto nei casi di Vendita a Distanza della copertura.* - *Il Contraente ha diritto al rimborso della parte di premio imponibile relativa al Periodo di Assicurazione pagato e non goduto in caso di recesso per Sinistro.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

Come posso disdire la polizza?

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

A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato al medico esercente attività libero professionale, iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata, svolta in conformità alle leggi che la regolano, nonché all'Assicurato non appartenente all'UE relativamente all'esercizio della propria Attività Assicurata svolta in Italia, purché titolare di permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio conseguito all'interno dell'UE.

La Polizza è operante in favore dell'Assicurato esclusivamente in relazione alle attività libero professionali oggetto della copertura assicurativa riportata in Scheda di Polizza:

- *attività libero professionale svolta;*
- *attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali appartenenti allo stesso gruppo di rischio dell'attività libero professionale svolta e ai gruppi di rischio inferiori a quest'ultima;*
- *attività libero professionale cessata prima della decorrenza di Polizza.*

Quali costi devo sostenere?

Il premio pagato dal Contraente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 19% 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:	
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.*** *La Polizza non prevede il ricorso all'****arbitrato****, pertanto le parti sono legittimate a procedere giudizialmente fatti salvi gli ordinari mezzi di conciliazione previsti dall'ordinamento. In particolare, ogni controversia avente ad oggetto contratti assicurativi è assoggettata all'obbligo di mediazione, quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis del decreto legislativo del 4 marzo 2010, n. 28.* - *Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura* ***FIN-NET*** *(rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).*

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

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

Gentile Cliente,

AmTrust Medico Protetto è l'*Assicurazione* che protegge il medico esercente attività libero professionale da presunti errori nello svolgimento dell'*Attività Assicurata*.
Le Condizioni di *Assicurazione* sono suddivise in:

Glossario		**4**
	Che cosa è assicurato?	**7**
	Che cosa non è assicurato?	**14**
	Ci sono limiti di copertura?	**16**
	Dove vale la copertura?	**17**
	Che obblighi ho? Quali obblighi ha AmTrust?	**18**
	Quando e come devo pagare?	**22**
	Quando comincia la copertura e quando finisce?	**23**
	Come posso disdire la Polizza?	**24**
Norme di Legge utili per la comprensione della Polizza		**27**
Numeri e riferimenti utili		**30**

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 Medico Protetto** è disponibile sul sito internet della Compagnia www.amtrust.it e ti sarà comunque consegnato contestualmente all'acquisto della *Polizza*.
Ti ringraziamo per l'interesse dimostrato. Ti ricordiamo in ogni caso che la *Società* e i suoi *Intermediari* sono a tua completa disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento.

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario 4
Che cosa è assicurato? 7
Informazioni sull'*Assicurazione* 7
Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'*Assicurazione* 7
1.1 Oggetto…. 7
1.2 Validità temporale e forma dell'*Assicurazione* 7
1.3 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale 7
1.4 Surrogazione 8
1.5 Garanzia - Responsabilità Civile professionale 8
1.6 Precisazioni sull'attività oggetto della copertura assicurativa 8
a. Responsabilità civile verso terzi 8
b. Responsabilità civile per colpa grave 8
c. Attività Medico abilitato non specialista 9
d. Prestazioni non rientranti in attività invasiva o attività chirurgica 9
e. Prestazioni incluse se assicurata attività chirurgica 9
1.7 Estensioni di garanzia incluse nel *Premio* 10
1.8 Pregressa copertura con contratto AmTrust MedicoUnder35 10
Articolo 2 Estensioni di garanzia e garanzie aggiuntive opzionali a pagamento 10
2.1 Estensioni di garanzia a pagamento 10
A. Medicina estetica 10
B. Attività invasive minori 10
C. Attività invasive e mezzi di soccorso 11
2.2 Garanzia aggiuntiva opzionale a pagamento 11
A. Ruolo apicale e direzione sanitaria - *Perdite Patrimoniali* 11
B. Altre *Perdite Patrimoniali* e conduzione studio (RCT-RCO) 12
C. Omesso adempimento Crediti ECM 12
D. Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'*Attività* 13
Che cosa non è assicurato? 14
Articolo 3 Esclusioni 14
3.1 Esclusioni applicabili a tutte le garanzie 14
3.1.1 *Richieste di Risarcimento* escluse dall'efficacia temporale dell'*Assicurazione* 14
3.1.2 Rischi esclusi dall'*Assicurazione* 14
3.1.3 Esclusioni applicabili alle estensioni di garanzia 15
3.2 Ulteriori esclusioni applicabili a garanzie aggiuntive opzionali 15
3.3 Esclusioni dal novero dei terzi 15
Ci sono limiti di copertura? 16
Articolo 4 Limiti di copertura 16
4.1 Limitazioni relative alle *Richieste di Risarcimento* 16
4.2 *Franchigia* 16
4.3 Responsabilità solidale 16
4.4 Sanzioni Internazionali 16
4.5 *Massimale* e *Sottolimiti* di *Indennizzo* 16
4.6 *Sottolimiti* di garanzia per colpa grave 16
Dove vale la copertura? 17
Articolo 5 Estensione territoriale 17
Che obblighi ho? Che obblighi ha la *Società*? 18
Cosa fare in caso di *Sinistro* e come viene gestito il *Sinistro*? 18
Articolo 6 Sinistri 18
6.1 Obblighi dell'*Assicurato* in caso di *Richiesta di Risarcimento* 18
6.2 Patto di gestione della lite 18

6.3 Gestione del *Sinistro* 19
6.4 Coesistenza di altre assicurazioni 19
6.5 Liquidazione del *Sinistro* 19
Altri obblighi derivanti dal contratto 19
Articolo 7 Obblighi in capo alla *Società*, al *Contraente* o all'*Assicurato* 19
7.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 19
7.2 Altre assicurazioni 20
7.3 Aggravamento e diminuzione del rischio 20
7.4 Assicurazione per conto altrui 20
7.5 Variazioni contrattuali a scadenza 20
7.6 Foro competente per l'esecuzione del contratto 20
7.7 Ulteriori variazioni - Albo e licenziamento 20
7.8 Comunicazioni 21
Quando e come devo pagare? 22
Articolo 8 Pagamento e rimborso del *Premio* 22
8.1 Pagamento del *Premio* e sospensione della copertura assicurativa 22
8.2 Oneri fiscali 22
8.3 *Periodo di Ultrattività* – Premio aggiuntivo 22
8.4 Rimborso del *Premio* 22
Quando comincia la copertura e quando finisce? 23
Articolo 9 Effetto e durata della *Polizza* 23
Come posso disdire la *Polizza*? 24
Articolo 10 Casi di interruzione del contratto 24
10.1 Disdetta dell'*Assicurazione* 24
10.2 Recesso per *Sinistro* 24
10.3 Risoluzione per mancato pagamento del *Premio* 24
10.4 Diritto di ripensamento 24

Glossario

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

Assicurato

La persona fisica esercente attività libero professionale indicata nella Scheda di Polizza, che svolge o ha cessato di svolgere l'attività professionale indicata nella stessa, ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di Assicurazione o il rapporto da esso derivante.

Attività Assicurata

L'attività libero professionale medica indicata in Scheda di Polizza ed oggetto della copertura assicurativa comprendente l'attività libero professionale svolta, le attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali e l'attività libero professionale cessata prima della decorrenza della presente Polizza, nonché l'attività medica svolta per conto di una Struttura.

Attività *Extramoenia*

È considerata Extramoenia l'Attività libero professionale svolta privatamente dal medico Dipendente pubblico all'esterno della Struttura Sanitaria Pubblica cui non sia legato da vincolo di esclusività.

Claims Made

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

Contraente

Il soggetto indicato nella Scheda di Polizza che stipula il contratto e si obbliga al pagamento del Premio anche se diverso dall'Assicurato.

Cose

Sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Danni

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

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

Data inizio Retroattività

Le ore 24.00 della data indicata nella Scheda di Polizza.

Fatti Noti

I seguenti atti in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Assicurato che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento nei confronti dell'Assicurato ed in ragione dei quali la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il suo consenso alla sottoscrizione della presente Polizza. Costituiscono Fatto Noto:

- **la querela, l'avviso di conclusione delle indagini preliminari, l'avviso di garanzia** e comunque il primo atto di inchiesta penale di cui venga a conoscenza l'Assicurato ivi compreso, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il sequestro probatorio disposto dall'autorità inquirente anche per il tramite dalla Polizia Giudiziaria**;**
- **una Richiesta di Risarcimento già indirizzata a soggetti diversi dall'Assicurato** in conseguenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi collaboratori, sostituti temporanei e/o sottoposti, di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza;
- **notizie di pubblico dominio risultanti da un qualunque mezzo di informazione** e dalle quali emergano presunte o possibili responsabilità dell'Assicurato atte a generare una Richiesta di Risarcimento.

Non sono considerati Fatti Noti:

	- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura Sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa l'Assicurato venga portato a conoscenza dell'esistenza di una Richiesta di Risarcimento o di un Fatto Noto così come sopra inteso; - le comunicazioni notificate all'Assicurato dalla Struttura ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.
Franchigia	L'importo, espresso in valore assoluto, che costituisce elemento integrante della Polizza ed indica la parte del danno che per ciascun Sinistro rimane a carico dell'Assicurato.
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	L'intermediario di assicurazioni cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Massimale per Periodo di Assicurazione	La somma massima assicurata indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data inizio Retroattività e qualunque sia il numero delle persone danneggiate.
Massimale per Sinistro	La somma massima assicurata indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ciascun singolo Sinistro.
Medical Device	Qualunque strumento, apparecchio, impianto, sostanza, con esclusione dei software, utilizzato da solo o in combinazione con altri medical device o farmaci, utilizzato per attività di prevenzione, diagnosi, controllo, terapia o attenuazione di una malattia, compensazione di una ferita o di un handicap, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di lesioni personali, morte o danneggiamento a cose.
Periodo di Assicurazione	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza nonché, in caso di rinnovo, ciascun periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
Periodo di Ultrattività	Il periodo di tempo, pari a 10 anni, successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in cui si verifica la cessazione per qualsiasi causa dell'Attività Assicurata, oppure della copertura assicurativa della Polizza.
Polizza	I documenti contrattuali che disciplinano i rapporti tra Società, Contraente e Assicurato.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società per la copertura assicurativa prestata dalla Società.
Richiesta di Risarcimento	Qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività - laddove attivato - da parte di terzi nei confronti dell'Assicurato - anche tramite ricorso ex artt. 696 e 696 bis cpc o convocazione avanti un organismo di mediazione - (o, nel caso di azione diretta, nei confronti della Società), per il risarcimento di danni causati dall'Assicurato nello svolgimento dell'Attività Assicurata, ivi inclusa la costituzione di parte civile in un procedimento penale.

	Costituisce altresì Richiesta di Risarcimento l'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa e di rivalsa, anche in via di surroga, nei confronti dell'Assicurato esercente, a qualunque titolo, la professione sanitaria medica presso una Struttura laddove, questi sia ritenuto responsabile per **colpa grave**, nonché il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei conti.
Scheda di Polizza	È il documento che prova il contratto di assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, l'Attività Assicurata, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, l'eventuale Franchigia, il Massimale per Sinistro, il Massimale per Periodo di Assicurazione, la Data Inizio Retroattività e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.
Sinistro	Una o più Richieste di Risarcimento conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato, per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività.
Serie di Sinistri	La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, che rappresentano nella formula Claims Made altrettanti Sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso). La data e il Periodo di Assicurazione del primo Sinistro sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.
Società	AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.
Sottolimite	La somma massima inclusa nel Massimale indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso, che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Struttura	L'ente pubblico o privato 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 del Contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Che cosa sono i box di consultazione?

I box di consultazione sono degli appositi spazi facilmente individuabili all'interno delle Condizioni di Assicurazione che hanno l'obiettivo di fornire risposte in caso di dubbi o indicazioni da seguire in caso di necessità o punti su cui porre particolare attenzione.
Queste precisazioni non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una esemplificazione. Per questo, è bene quindi porre, sempre, la dovuta attenzione alle condizioni cui si riferiscono.

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'*Assicurazione*

La presente *Assicurazione*, prestata nella forma ***Claims Made***, è rivolta al **medico esercente attività libero professionale, iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'*Attività Assicurata,*** svolta in conformità alle leggi che la regolano.

L'*Assicurazione* è altresì rivolta all'*Assicurato* non appartenente all'UE relativamente all'esercizio della propria *Attività Assicurata* svolta in Italia, purché titolare di permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio conseguito all'interno dell'UE o in alternativa di dichiarazione rilasciata dall'autorità consolare italiana del paese non europeo ove sia stato conseguito il titolo in cui si affermi che quest'ultimo soddisfa pienamente le direttive UE.

L'*Assicurazione* tiene indenne l'*Assicurato***, nei limiti delle garanzie prestate,** dei danni causati a terzi nello svolgimento dell'*Attività Assicurata* indicata nella *Scheda di Polizza* e per la quale ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle *Richieste di Risarcimento*.
Le attività libero professionali assicurabili sono suddivise nelle aree mediche non chirurgiche e aree mediche chirurgiche e classificate per rischiosità progressiva nei gruppi di rischio da 1 a 43: le attività di maggior rischio includono in copertura le attività di minor rischio, così come le attività appartenenti allo stesso gruppo di rischio dell'attività libero professionale assicurata. La lista delle attività è riportata nella tabella Elenco delle attività assicurabili.

Il *Contraente*, presa visione dell'elenco delle attività mediche assicurabili con la presene *Assicurazione* e dei gruppi di rischio, dichiara che intende assicurare e pertanto **sono oggetto della copertura assicurativa esclusivamente le attività libero professionali riportate in *Scheda di Polizza,*** in quanto:

- attività libero professionale svolta;
- attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali appartenenti allo stesso gruppo di rischio dell'attività libero professionale svolta e ai gruppi di rischio inferiori a quest'ultima;
- attività libero professionale cessata prima della decorrenza di *Polizza.*

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

Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'*Assicurazione*

1.1 Oggetto

La *Società* tiene indenne il medico *Assicurato*, **fino alla concorrenza del *Massimale* e dei *Sottolimiti* per *Sinistro* e per *Periodo di Assicurazione* indicati nella *Scheda di Polizza***, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di *Danni* derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali anche a cose, causati a terzi nello svolgimento della *Attività Assicurata*.
Fermo quanto stabilito dall'Art. 6.2, le spese legali sostenute per resistere alla *Richiesta di Risarcimento* da parte del danneggiato contro l'*Assicurato* sono a carico della *Società* nei limiti del quarto del *Massimale per Sinistro* o dei Sottolimiti. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al *Massimale*, le spese giudiziali si ripartiscono tra *Società* e *Assicurato* in proporzione del rispettivo interesse.

1.2 Validità temporale e forma dell'*Assicurazione*

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

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

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. 1.2, se durante il *Periodo di Assicurazione* l'attività professionale dell'*Assicurato* viene a cessare definitivamente, per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari), le *Richieste di Risarcimento* conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla *Data di Retroattività* 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 ulteriori 10 (dieci) anni.

L'*Assicurato* (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla *Società* della sopravvenuta cessazione dell'attività professionale ed è tenuto a corrispondere il *Premio* aggiuntivo dovuto a fronte di tale evenienza come specificato all'Art. 8.3 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'*Assicurato*, è pari rispettivamente al *Massimale per Sinistro* ed al *Massimale per Periodo di Assicurazione* assicurati al momento della cessazione.
L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

1.4 Surrogazione

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

1.5 Garanzia - Responsabilità Civile professionale

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

a. responsabilità civile verso terzi per fatto colposo, errore od omissione;
b. azione di rivalsa esperita dalla Struttura e/o in via di surrogazione da parte dell'impresa di assicurazione della stessa, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
c. azioni di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga esercitate nei confronti dell'*Assicurato* esercente la professione sanitaria medica presso una *Struttura*, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL di quanto questi sia tenuto a rimborsare all'erario, alla *Struttura* o al suo assicuratore, solo qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per **colpa grave** con provvedimento giudiziario passato in giudicato della Corte dei conti o dell'autorità giudiziaria competente a pronunciarsi, oppure sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla *Società*, fermo in ogni caso quanto previsto dall'Art. 4.6;
d. azione di rivalsa esperita dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

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

1.6 Precisazioni sull'attività oggetto della copertura assicurativa

a. Responsabilità civile verso terzi

Relativamente alla responsabilità civile verso terzi, *l'Assicurazione* è operante in favore dell'*Assicurato* esclusivamente per le attività libero professionali, riportate in *Scheda di Polizza*:

- attività libero professionale svolta;
- attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali;
- attività libero professionale cessata prima della decorrenza del *Periodo di Assicurazione*.

L'attività libero professionale si intende garantita anche laddove esercitata attraverso la telemedicina, così come disciplinata dalle vigenti leggi e regolamenti e fermo quanto previsto dall'Art. 5, oppure mediante impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici.

Se nell'Elenco attività non Invasive e non Chirurgiche libero professionali seleziono Nefrologia - gruppo di rischio 8 è l'inclusa l'attività di Medicina d'emergenza-urgenza?

Sì, sono incluse in copertura tutte le attività del medesimo gruppo (ad es. 8) unitamente a quelle dei gruppi di rischio inferiori (ad es. 7-6-5-4-3-2-1)

b. Responsabilità civile per colpa grave

Relativamente alla responsabilità civile per colpa grave di cui all'Art. 1.5 lettera c, *l'Assicurazione* è operante per l'eventuale attività professionale medica svolta dall'*Assicurato* per conto di una *Struttura* con cui intrattiene un rapporto di lavoro subordinato, oppure svolta per conto di una *Struttura* della quale l'*Assicurato* non è alle dirette dipendenze, ma con la quale egli collabora con rapporto di lavoro autonomo e la *Struttura* si avvale dell'*Assicurato* per l'erogazione di prestazioni sanitarie inerenti alle obbligazioni da questa assunte, in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto dall'*Assicurato* nei confronti del paziente.
La copertura è altresì:

a) operante in relazione alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria (c.d. attività intramoenia, anche allargata laddove svolta in spazi esterni alla *Struttura*, nei limiti e secondo quanto previsto dalle leggi vigenti) o in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale;

b) estesa all'eventuale responsabilità derivante all'*Assicurato* che rivesta il ruolo di direttore sanitario o di analoga funzione organizzativa presso una *Struttura* nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie del ruolo apicale di responsabile o direttore di reparto, unità o struttura semplice o complessa in conseguenza di *Danni* involontariamente cagionati a terzi. Sono compresi i fatti delle persone di cui l'*Assicurato*, nella qualità di cui sopra, sia tenuto a rispondere per legge.

L'Assicurazione mi copre per qualunque funzione dirigenziale e per qualunque tipo di danno?

No, l'Assicurazione non è operante per l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale che non siano propriamente attinenti all'attività sanitaria medica (es. direttore amministrativo o direttore generale) e non copre le Perdite Patrimoniali, per le quali è necessario acquistare la garanzia aggiuntiva Ruolo apicale e direzione sanitaria - Perdite Patrimoniali.

c. Attività Medico abilitato non specialista

Con riferimento all'*Attività Assicurata* Medico abilitato non specialista, *l'Assicurazione* è prestata in relazione all'attività professionale medica svolta in nome e per conto di una *Struttura* e/o per conto del Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito di:

1. servizio di continuità assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);
2. servizio di continuità assistenziale stagionale per turisti (ex guardia medica turistica);
3. sostituzione del medico di medicina generale / di famiglia;
4. sostituzione del pediatra di libera scelta;
5. assistenza sanitaria penitenziaria;
6. servizio di guardia interdivisionale e medico di guardia in RSA;

La copertura è altresì prestata in relazione all'attività libero professionale limitatamente alle seguenti prestazioni:

1. somministrazione di vaccini;
2. docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;
3. medico accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;
4. assistenza medica svolta all'interno di eventi sportivi e manifestazioni;
5. medico prelevatore presso laboratori privati od associazioni;
6. rilascio certificati medico sportivi non agonistici.

d. Prestazioni non rientranti in attività invasiva o attività chirurgica

Le seguenti prestazioni non sono considerate attività invasiva o attività chirurgica e pertanto sono ritenute in copertura purché svolte nell'ambito dell'*Attività Assicurata* ed eseguite senza anestesia:

- applicazione e rimozione di punti di sutura;
- prelievi ematici eseguiti su superfici cutanee naturalmente ispezionali;
- punture, iniezioni di farmaci per via intramuscolare o endovenosa, somministrazioni tramite fleboclisi o trasfusioni;
- agopuntura;
- test allergologici cutanei;
- utilizzo di otoscopio e rinoscopio;
- campionamento tramite tamponi cutanei o mucosali su superfici naturalmente ispezionabili o mediante accesso a cavità interne esclusivamente da orifizi naturali;
- agoaspirato e agobiopsia cutanea;
- biopsia semplice del cavo orale.

Resta fermo quanto previsto dalle estensioni di garanzia a pagamento di cui agli Artt. 2.1 lettere A, B e C.

e. Prestazioni incluse se assicurata attività chirurgica

Qualora sia indicata in *Scheda di Polizza* un'*Attività Assicurata* svolta che sia presente nell'elenco attività chirurgiche *l'Assicurazione* si intende operante in relazione:

- all'attività libero professionale oggetto della estensione di garanzia Medicina Estetica di cui all'Art. 2.1 lettera A;
- all'attività libero professionale oggetto della estensione di garanzia Attività invasive minori di cui all'Art. 2.1 lettera B;
- all'attività libero professionale oggetto della estensione di garanzia Attività invasive e mezzi di soccorso di cui all'Art. 2.1 lettera C.

Se nell'Elenco attività chirurgiche libero professionali seleziono Otorinolaringoiatria (esclusa chirurgia estetica) - gruppo di rischio 24 sono incluse le estensioni di garanzia Medicina Estetica, Attività invasive minori e Attività invasive e mezzi di soccorso?

Sì, sono incluse in copertura tutte le estensioni di garanzia anche se non riportata nella Scheda di Polizza.

1.7 Estensioni di garanzia incluse nel *Premio*

(*sempre valide ed operanti*)

L'*Assicurazione* è estesa alla responsabilità civile dell'*Assicurato* per i *Danni* derivanti da:

1. attività formative previste ed erogate nell'ambito delle scuole di specializzazione, di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m.i., ivi incluse quelle svolte nel corso del penultimo o dell'ultimo anno della scuola di specializzazione in virtù di rapporto di lavoro presso Struttura come delineato dalla L. 145/2018, modificata dal D.l. 35/2019 ("Decreto Calabria") convertito con L. 60/2019;
2. attività formative previste ed erogate nell'ambito del corso di formazione specifica in Medicina Generale, di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m.i. ed ai sensi del DM 07/03/2006;
3. prestazioni svolte in conformità alla normativa vigente ed alla compatibilità con la formazione ai sensi del D.lgs. 368/1999;
4. attività formative previste ed erogate nell'ambito del corso, scuola o master di medicina estetica;
5. interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita.

La copertura è estesa alle *Richieste di Risarcimento* conseguenti a *Danni* derivanti:

1. dalla consegna e somministrazione diretta e gratuita di farmaci di cui l'*Assicurato* abbia curato la conservazione;
2. da fatti commessi dal medico che sostituisce l'*Assicurato* e per i quali esiste una responsabilità in capo all'*Assicurato*;
3. dall'esecuzione e la partecipazione dell'*Assicurato* ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo di appropriate risorse tecnologiche ed organizzative.

1.8 Pregressa copertura con contratto AmTrust MedicoUnder35

Limitatamente all'*Assicurato* che sottoscriva la presente *Polizza* senza soluzione di continuità alla scadenza o in sostituzione di contratto AmTrust MedicoUnder35, l'*Assicurazione* è estesa alla responsabilità derivante all'*Assicurato* per l'attività professionale svolta prima della sottoscrizione della presente *Polizza* alle condizioni previste dal contratto scaduto o sostituito fatta eccezione per il massimale e la retroattività per i quali si intendono operanti il *Massimale per Sinistro*, il *Massimale per Periodo di Assicurazione* e la *Data inizio Retroattività* indicati in *Scheda di Polizza*.

Articolo 2 Estensioni di garanzia e garanzie aggiuntive opzionali a pagamento

2.1 Estensioni di garanzia a pagamento

(Se il *Contraente ha selezionato* un'attività svolta ***libero professionale non chirurgica*** *ha facoltà di acquistare una o più delle seguenti estensioni di garanzia che saranno valide ed operanti solo se indicate in Scheda di Polizza e se è stato pagato il relativo Premio aggiuntivo.*

Se il Contraente ha selezionato un'attività svolta ***libero professionale chirurgica*** *le seguenti estensioni di garanzia saranno sempre valide ed operanti anche se non indicate in Scheda di Polizza e senza che sia stato pagato il relativo Premio aggiuntivo.)*

A. Medicina estetica

La presente estensione di garanzia è rivolta a tutelare il medico *Assicurato* tenendolo indenne da ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per Danni causati a terzi in conseguenza di errori od omissioni derivanti da trattamenti estetici non invasivi o mininvasivi esclusivamente eseguiti con applicazione superficiale esterna e/o con puntura o iniezione cutanea con ago di sole sostanze completamente riassorbibili o rimovibili o mediante trattamenti di radiofrequenza, ultrasuoni o laser non ablativo, purché senza incisioni cutanee che richiedono sutura e senza utilizzo di anestesia.

Fermo quanto previsto al capoverso precedente, sono sempre considerate attività invasive i trattamenti di medicina estetica elencati all'Art. 2.1 lettera C., pertanto non inclusi nella presente estensione di garanzia.

B. Attività invasive minori

La presente estensione di garanzia è rivolta a tutelare il Medico *Assicurato* tenendolo indenne da ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per *Danni* causati a terzi in conseguenza di errori od omissioni derivanti dai seguenti trattamenti invasivi o mininvasivi eseguiti senza anestesia o con il ricorso alla sola anestesia locale:

- cateterismo e confezionamento di accessi vascolari per emodialisi;
- terapia sclerosante endovenosa con schiuma e liquido;
- test allergologici mediante test di provocazione orale;
- ecografia transrettale senza prelievo di materiale bioptico;
- paracentesi e toracentesi;
- iniezioni spinali;
- agobiopsia ecoguidata (di tessuti molli prostatica, tiroidea, mammaria, epatica) a scopo diagnostico;
- escissione tramite biopsia punch;
- trattamenti di rimozione o cauterizzazione di lesioni cutanee non neoplastiche (es. cisti, verruche, angiomi, lipomi);
- asportazione di lesioni cutanee neoplastiche benigne e maligne, compresi nevi, epiteliomi e melanomi;

- infiltrazioni e artrocentesi;
- laringoscopia indiretta e fibrolaringoscopia.

Fermo quanto previsto dal capoverso precedente, non sono considerate attività invasive minori le attività invasive ginecologiche ed i trattamenti elencati all'Art. 2.1 lettera C.

C. Attività invasive e mezzi di soccorso

La presente estensione di garanzia è rivolta a tutelare il Medico *Assicurato* tenendolo indenne da ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per *Danni* causati a terzi in conseguenza di errori od omissioni derivanti dai seguenti **trattamenti invasivi ad alto rischio**:

- prelievo di midollo osseo (aspirato midollare, biopsia osteomidollare, rachicentesi o puntura lombare);
- accertamenti diagnostici invasivi - con e senza prelievo di materiale bioptico - mediante accesso a cavità interne esclusivamente da orifizi naturali (broncoscopia e broncoscopia diagnostica, cistoscopia, colonscopia, ecografia cardiaca transesofagea, endoscopia digestiva, esofago-gastro-duodenoscopia, laringoscopia diretta flessibile esplorativa, rettoscopia, ecoendoscopia);
- drenaggio pleurico/toracico;
- intubazione endotracheale ed applicazione sondino nasogastrico;
- nefrostomia percutanea;
- scleroterapia delle varici esterne con laser vascolare.

Sono inoltre considerate trattamenti invasivi ad alto rischio le procedure non chirurgiche di:

- radiologia interventistica;
- radiologia interventistica vascolare, con esclusione di bypass agli assi arteriosi e di interventi al cuore (valvole e coronarie), ai grossi vasi ed al circolo cerebrale;
- neuroradiologia interventistica.

Sono equiparati ai trattamenti invasivi ad alto rischio l'iniezione di farmaci per via epidurale, l'ossigeno-ozono terapia, i trattamenti in camera iperbarica, la mammografia.

È altresì equiparata a trattamenti invasivi ad alto rischio l'attività svolta a bordo dei **mezzi di soccorso** in genere, anche se svolta per conto di una *Struttura*, cooperativa, società privata o associazioni di volontariato e/o per il Servizio di Urgenza ed Emergenza (ex. numero 118 od ove presente il numero unico di emergenza 112).

Sono inoltre considerati trattamenti invasivi ad alto rischio inclusi nella copertura della presente estensione di garanzia, i seguenti **trattamenti estetici**:

- impianto di capelli artificiali; impianto di capelli artificiali;
- trapianto di capelli;
- trattamenti con finalità estetica con laser ablativi;
- rimozione laser di tatuaggi e cicatrici;
- fleboterapia rigenerativa tridimensionale (TRAP);
- biostimolazione autologa della pelle (es. iniezione di PRP, gel piastrinico);
- mesoterapia estetica;
- seffiller, seffihair, seffigyn;
- inserimento di fili di trazione/sospensione riassorbibili;
- lipoemulsione sottocutanea (Lesc) a radiofrequenze;
- chemodenervazione.

Fermo quanto previsto dai capoversi precedenti non è inclusa nella presente estensione di garanzia l'attività invasiva ginecologica.

2.2 Garanzia aggiuntiva opzionale a pagamento

(*Il Contraente ha facoltà di acquistare una o più delle seguenti garanzie aggiuntive opzionali che saranno valide ed operanti solo se indicate in Scheda di Polizza e se è stato pagato il relativo Premio aggiuntivo*.)

A. Ruolo apicale e direzione sanitaria - *Perdite Patrimoniali*

La presente garanzia aggiuntiva opzionale può essere acquistata solamente dai medici che rivestono il ruolo di Direttore Sanitario, di Risk Manager o di analoga funzione organizzativa presso una *Struttura*.
La presente garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'*Assicurato* tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di *Perdite Patrimoniali* cagionate a terzi nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie del ruolo apicale di responsabile o direttore di reparto, unità o struttura semplice o complessa. L'*Assicurazione* comprende inoltre:

- le *Perdite Patrimoniali* conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina;

- le *Perdite Patrimoniali* che l'*Assicurato* sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a terzi a seguito di propri errori.

Ai fini della presente garanzia aggiuntiva opzionale non sono considerati terzi: la *Struttura*, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di responsabilità amministrativa e/o di surrogazione.
La *Società* presta l'*Assicurazione* per la presente garanzia fino a concorrenza del *Sottolimite* di Euro 200.000,00 (duecentomila) per *Periodo di Assicurazione*.

B. Altre *Perdite Patrimoniali* e conduzione studio (RCT-RCO)

La presente garanzia aggiuntiva opzionale è prestata fino alla concorrenza del *Sottolimite* pari ad Euro 200.000,00 (duecentomila) per *Sinistro* e per *Periodo di Assicurazione* e si compone delle seguenti sezioni:

Altre *Perdite Patrimoniali*
L'*Assicurazione* si estende alla responsabilità derivante all'*Assicurato* in conseguenza di *Perdite Patrimoniali* cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi conseguenti:
- ad incarichi di CTU nominato dall'Autorità giudiziaria o CTP;
- ad incarichi nell'ambito del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010, limitatamente alle vertenze su materie rientranti nelle competenze professionali dell'*Assicurato*;
- ad incarichi quale componente di commissioni per la valutazione di invalidità;
- alla necessità di ripristinare, rimpiazzare e/o ricostruire parzialmente o totalmente Medical Device dallo stesso prescritti con altri equivalenti per uso e qualità;
- all'attività di certificazione svolta nell'ambito dell'*Attività Assicurata*.

In favore del medico *Assicurato* specializzato in Medicina legale e delle assicurazioni e/o in Medicina del Lavoro, per la presente sezione non trova applicazione il *Sottolimite* pari ad Euro 200.000,00 (duecentomila) per *Sinistro* e per *Periodo di Assicurazione*.

RCT
La *Società* si obbliga a tenere indenne l'*Assicurato* di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di *Danni* involontariamente cagionati a terzi in relazione alla proprietà ed alla conduzione dello studio medico - di cui sia titolare o contitolare - ed in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'esercizio dell'*Attività Assicurata*. L'*Assicurazione* vale per la responsabilità civile dell'*Assicurato* per fatto proprio e per fatto delle persone per le quali lo stesso, per legge o per contratto, sia obbligato a rispondere, **fermo il diritto di rivalsa per dolo**.

RCO
La *Società* si obbliga a tenere indenne l'*Assicurato* di quanto questi sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, rivalutazione, interessi e spese):
a) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, del D. Lgs. 10 settembre 2003 n. 276 e loro successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni per gli infortuni sofferti da Personale Dipendente addetti alle attività per le quali è prestata l'*Assicurazione*;
b) ai sensi del Codice civile, a titolo di risarcimento di *Danni* non rientranti di cui alla precedente lettera a), per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata una invalidità permanente.

L'*Assicurazione* per la responsabilità civile verso il personale dipendente è efficace a condizione che, al momento del *Sinistro*, la *Struttura* assicurata sia in regola con gli obblighi dell'*Assicurazione* di legge.
L'*Assicurazione* conserva tuttavia la propria validità anche se la *Struttura* assicurata non sia in regola con gli obblighi di cui sopra, ove 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.
L'*Assicurazione* comprende altresì le malattie professionali, riconosciute dall'I.N.A.I.L. e/o ritenute tali dalla magistratura. La presente estensione è valida a condizione che le malattie professionali si siano manifestate entro e non oltre 12 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro e comunque durate il *Periodo di Assicurazione*, e siano conseguenza di eventi, atti e fatti commissivi od omissivi accaduti dopo la *Data inizio Retroattività*.

Tanto l'*Assicurazione* RCT quanto l'*Assicurazione* RCO valgono anche per 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.

Qualora l'*Assicurato* sia componente di uno studio associato o società, le garanzie R.C.T. e R.C.O. saranno subordinate alla condizione essenziale che tutti gli altri operatori sanitari associati e dipendenti dello studio o della società siano assicurati con la presente *Polizza*, altrimenti la copertura opererà esclusivamente per la responsabilità civile professionale personale in capo all'*Assicurato*.

C. Omesso adempimento Crediti ECM

Con la presente garanzia aggiuntiva opzionale la *Società* rinuncia a far valere l'inefficacia della *Polizza* di cui all'art. 38-bis DL 152/2021, convertito con L. 233/2021, nonché all'eventuale diritto di rivalsa nei confronti dell'*Assicurato*.

D. Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'*Attività*

(Il Contraente ha facoltà di attivare la presente garanzia aggiuntiva opzionale al termine di ciascun Periodo di Assicurazione a fronte del pagamento del relativo Premio aggiuntivo.)

Entro il trentesimo giorno successivo alla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* è facoltà del *Contraente* richiedere l'attivazione dell'estensione di ultrattività in caso di cessazione o sostituzione della presente *Polizza* ancorché l'*Assicurato* continui ad esercitare l'attività libero professionale.

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

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

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

Che cosa non è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

3.1 Esclusioni applicabili a tutte le garanzie

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

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

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

3.1.2 Rischi esclusi dall'*Assicurazione*

Sono comunque escluse dall'*Assicurazione* le *Richieste di Risarcimento*:

1. conseguenti a prestazioni sanitarie non riferibili all'*Attività Assicurata* oggetto della copertura assicurativa;
2. conseguenti a prestazioni sanitarie riferibili ad attività di Odontoiatria e Stomatognatologia o ad attività implantologica, salvo sia indicata Chirurgia maxillo facciale come *Attività Assicurata*;
3. conseguenti a ecografie ginecologiche ed ostetriche, salvo sia indicata Ginecologia o Ostetricia come *Attività Assicurata*;
4. conseguenti ad assistenza al parto, salvo sia indicata Ginecologia o Ostetricia come *Attività Assicurata* Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto; restano in ogni caso escluse le *Richieste di Risarcimento* conseguenti ad assistenza al parto domiciliare o comunque effettuata al di fuori di un punto nascita autorizzato;
5. conseguenti a trattamenti invasivi sulla colonna vertebrale salvo quanto previsto dalle estensioni di garanzia - se acquistate - ed alla chirurgia vertebrale;
6. conseguenti a somministrazione di anestesia locale qualora l'*Assicurato* non sia in possesso delle conoscenze e delle tecniche per somministrare anestesia locale e che la somministrazione avviene 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 ed in presenza di un collaboratore;
7. conseguenti a somministrazione di altre forme di anestesia più profonda, ivi compresa l'anestesia loco-regionale (blocchi periferici, blocchi di ramo, anestesia epidurale/spinale, etc.) e la sedazione profonda, salvo sia indicata Anestesia - rianimazione e terapia intensiva come *Attività Assicurata* eseguita da medico specialista in Anestesia e Rianimazione in un ambiente autorizzato ed in conformità alle linee guida vigenti;
8. conseguenti a prestazioni erogate in virtù di una specifica obbligazione contrattuale direttamente assunta dall'*Assicurato* nei confronti del paziente, qualora l'*Assicurato* abbia dichiarato che l'intera attività libero professionale - svolta e/o cessata - oggetto della copertura assicurativa sia esercitata esclusivamente in nome e per conto della *Struttura*;
9. per *Danni* per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla *Struttura* sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi a tale scopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
10. per *Perdite Patrimoniali,* salvo che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Altre *Perdite Patrimoniali* e conduzione studio (RCT-RCO) e/o che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Ruolo apicale e direzione sanitaria - *Perdite Patrimoniali*;
11. originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria medica;
12. per *Danni* da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica.
13. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici nonché derivanti da fatti dolosi commessi dall'*Assicurato*;
14. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'*Assicurato* non fosse iscritto all' Albo professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'*Attività Assicurata*;
15. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
16. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'*Assicurato* abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo

l'*Assicurato* venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;

17. basate sulla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'*Assicurato*;
18. aventi ad oggetto inadempienze contrattuali (es. la restituzione del compenso corrisposto all'*Assicurato* per la relativa prestazione professionale);
19. derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
20. derivanti da consulenza on line, fatta eccezione per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente, o derivanti da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
21. conseguenti alla conduzione dello studio medico, salvo che sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva opzionale Altre *Perdite Patrimoniali* e conduzione studio (RCT-RCO);
22. per pregiudizi alle cose mobili e immobili che l'*Assicurato* abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
23. relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'*Assicurato*, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
24. relative alle spese sostenute dall'*Assicurato* per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla *Società* ai sensi dell'Art. 6.2;
25. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'*Assicurato* negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
26. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
27. conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
28. per pregiudizi che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'*Attività Assicurata*;
29. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
30. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'*Attività Assicurata*;
31. relative a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di *Assicurato*;
32. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
33. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
34. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
35. per *Danni* connessi ad atti di guerra e/o terrorismo;
36. per fatti dolosi commessi dall'*Assicurato*.

L'Assicurazione mi copre per eventuali Danni di natura estetica e fisionomica?

Sì, sono inclusi in copertura i danni biologici di rilevanza estetica e fisionomica, mentre non sono coperte le Richieste di Risarcimento originate dalla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto.

3.1.3 Esclusioni applicabili alle estensioni di garanzia

Restano escluse dalle estensioni di garanzia di cui all'Art 2.1 e successivi le procedure che per complessità implicita alla patologia, alle caratteristiche del paziente o che per qualsiasi altra ragione, necessitino di essere svolte in sala operatoria (dotata dei requisiti per essere così denominata ed anch'essa autorizzata) e/o con necessità di anestesista rianimatore. Restano altresì esclusi i trattamenti di chirurgia estetica plastica e tutte le tecniche di liposuzione, lipoaspirazione e lipo scultura.

3.2 Ulteriori esclusioni applicabili a garanzie aggiuntive opzionali

Relativamente alla garanzia aggiuntiva opzionale di cui all'Art. 2.2 lettera B sono sempre esclusi:

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

3.3 Esclusioni dal novero dei terzi

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

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Limitazioni relative alle *Richieste di Risarcimento*

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

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

4.2 *Franchigia*

L'*Assicurazione* è prestata con l'applicazione di una *Franchigia* per *Sinistro* se indicata in *Scheda di Polizza*, fermo quanto indicato all'Art. 6.3.

4.3 Responsabilità solidale

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

4.4 Sanzioni Internazionali

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

4.5 *Massimale* e *Sottolimiti* di *Indennizzo*

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

L'*Assicurazione* comprende:	***Sottolimite* di *Indennizzo* per *Sinistro***	***Sottolimite* di *Indennizzo* per *Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri***
Art. 2.2 lettera A – Ruolo apicale e direzione sanitaria – *Perdite Patrimoniali*	€ 200.000	€ 200.000
Art. 2.2 lettera B – Altre *Perdite Patrimoniali* e conduzione studio (RCT-RCO)	€ 200.000	€ 200.000

4.6 *Sottolimiti* di garanzia per colpa grave

Secondo quanto previsto dall'articolo 4, comma 3 del Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, in applicazione dall'articolo 9, commi 5 e 6 della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017, la garanzia per colpa grave è prestata fino alla concorrenza di un *Sottolimite* per *Sinistro* e per *Periodo di Assicurazione* pari a tre volte il valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale, oppure del reddito professionale ivi compresa la retribuzione lorda, conseguiti dall'*Assicurato* nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.

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

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

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

Che obblighi ho? Che obblighi ha la *Società*?

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

Articolo 6 Sinistri

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

In caso di *Richiesta di Risarcimento* pervenuta all'*Assicurato* resta convenuto che l'*Assicurato* deve darne avviso scritto alla *Società* di ciascuna *Richiesta di Risarcimento* entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 (trenta) giorni dalla cessazione del *Periodo di Assicurazione* in corso, fermi i termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.
Tale avviso deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e la residenza dei danneggiati e ogni altra notizia utile per la *Società*.

All'avviso devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari riguardanti il *Sinistro,* compresa la relazione confidenziale sui fatti, impegnandosi l'*Assicurato* a prestare la massima collaborazione alla Società nell'istruzione del *Sinistro* stesso.
In caso di avviso tardivo che comporti qualsiasi pregiudizio alla *Società* – ivi compresa l'impossibilità di coinvolgere anche in sede giudiziale co-responsabili - **l'*Assicurato* incorre nella possibilità che l'eventuale *Indennizzo* relativo al *Sinistro* tardivamente denunciato possa essere proporzionalmente ridotto o addirittura non dovuto in ragione del pregiudizio causato alla *Società*.**
Senza il previo consenso scritto della *Società*, l'*Assicurato* non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare *Danni* e *Perdite Patrimoniali*, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la *Società* si riserva il diritto di negare l'*Indennizzo* ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.

Gli avvisi di ***Sinistro*** dovranno essere inoltrati all'Intermediario o direttamente a:
AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano,
rcprofessionale@amtrustgroup.com
sinistriamtrust@pec.it

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

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

6.2 Patto di gestione della lite

La *Società* assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze in nome e per conto dell'*Assicurato* in sede stragiudiziale, giudiziale, compresi i procedimenti di mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010, designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'*Assicurato* stesso.
Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'*Assicurato* sono a carico della *Società* nei limiti del quarto del *Massimale per Sinistro* riportato nella *Scheda di Polizza* o dei *Sottolimiti* indicati all'*Art. 4.5*. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al *Massimale per Sinistro*, le spese giudiziali si ripartiscono tra la *Società* e *Assicurato* in proporzione del rispettivo interesse ai sensi dell'art. 1917 Codice civile.
Nel caso in cui l'*Assicurato* non conferisca la gestione della lite, la *Società* non riconosce le spese sostenute dall'*Assicurato* per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'*Assicurato*.

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

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

6.3 Gestione del *Sinistro*

La gestione del *Sinistro* sarà la seguente:

1. la trattazione e definizione del *Sinistro* sarà condotta dalla *Società* con la cooperazione dell'*Assicurato* e la *Società* avrà il diritto di determinare in autonomia gli importi posti a riserva, le strategie di difesa, le proposte di offerta alla controparte tenendone informato l'*Assicurato*;
2. il costo della gestione del *Sinistro* sarà a carico della *Società*;
3. la *Società* provvederà alla trattazione e definizione del *Sinistro* tenendo conto di eventuali altre assicurazioni che possano concorrere al risarcimento dei *Danni* e dandone tempestiva comunicazione *all'Assicurato*;
4. la *Società* provvederà alla definizione del *Sinistro* e comunicherà *all'Assicurato* il pagamento da effettuare;
5. **la *Società* in fase di liquidazione dei *Sinistri*, provvederà a liquidare l'importo eccedente il valore della *Franchigia* per *Sinistro* eventualmente indicato in *Scheda di Polizza*, mentre sarà erogato direttamente dall'*Assicurato* al terzo danneggiato il valore della *Franchigia* per *Sinistro* indicato in *Scheda di Polizza***. È facoltà della *Società* anticipare l'importo della *Franchigia* e in tal caso l'*Assicurato* sarà tenuto al rimborso di tale importo entro 30 (trenta) giorni dal pagamento;
6. qualora l'*Assicurato* comunichi la volontà di non definire il *Sinistro* nei termini prospettati dalla *Società*, resta convenuto che la *Società* resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta, anche qualora il *Sinistro* sia definito in seguito per un importo maggiore e le maggiori somme, anche eccedenti l'importo della *Franchigia*, resteranno a carico *dell'Assicurato*;
7. la *Società* comunicherà *all'Assicurato* i singoli pagamenti da effettuare di volta in volta ai fini della liquidazione del Sinistro. **Qualora sia indicata in *Scheda di Polizza* una *Franchigia*, ogni pagamento a carico** dell'*Assicurato* **dovrà essere effettuato da quest'ultimo quanto prima possibile, e comunque non oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla presentazione della quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente. Gli eventuali maggiori costi dovuti al mancato o tardivo pagamento dei *Sinistri* da parte dell'*Assicurato* resteranno a esclusivo carico dello stesso.**

6.4 Coesistenza di altre assicurazioni

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

6.5 Liquidazione del *Sinistro*

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

Altri obblighi derivanti dal contratto

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

7.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Il *Contraente* e, se diverso, l'*Assicurato* deve comunicare in modo completo e veritiero le informazioni che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della *Società*.
Le dichiarazioni e le informazioni rese dal *Contraente* **e, se diverso, dall'*Assicurato*** e riportate nella *Scheda di Polizza* formano la base della presente *Polizza* e rilevano ai fini della decisione della *Società* di contrarre l'*Assicurazione* nonché ai fini della determinazione del *Premio*.
Il *Contraente* **e, se diverso, l'*Assicurato***, presa visione dell'elenco delle attività mediche assicurabili con la presente *Assicurazione* e dei gruppi di rischio, dichiara che intende assicurare e pertanto **sono oggetto della copertura assicurativa esclusivamente le attività libero professionali riportate in *Scheda di Polizza*** in quanto:

- attività libero professionale svolta;
- attività indicate in copertura nell'elenco delle attività libero professionali appartenenti allo stesso gruppo di rischio dell'attività libero professionale svolta e ai gruppi di rischio inferiori a quest'ultima;
- attività libero professionale cessata prima della decorrenza di *Polizza*.

Il *Contraente*, indicando che l'attività dell*'Assicurato* è svolta presso una *Struttura,* dichiara che l'intera attività libero professionale - svolta e/o cessata - oggetto della copertura assicurativa è esercitata esclusivamente in nome e per conto della *Struttura* stessa ed in assenza di una specifica obbligazione contrattuale direttamente assunta dall'*Assicurato* nei confronti del paziente.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* e, se diverso, dell'*Assicurato*, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'*Assicurato* ad essere protetto da questa *Assicurazione* oppure la cessazione dell'*Assicurazione* ai sensi degli artt. 1892 1893 e 1894 del Codice civile.

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

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

7.2 Altre assicurazioni

Il *Contraente* e, se diverso, l'*Assicurato* deve comunicare per iscritto alla *Società* l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'*Indennizzo*.
In caso di *Sinistro* vale quanto disposto dall'Art. 6.4.

7.3 Aggravamento e diminuzione del rischio

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve dare comunicazione scritta alla *Società* di ogni *Variazione del rischio* tramite l'*Intermediario* incaricato entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di *Variazione del rischio*. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla *Società* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'*Assicurazione* ai sensi dell'art. 1898 Codice civile.
In caso di **diminuzione del rischio** durante il *Periodo di Assicurazione* non dovuta a cessazione definitiva dell'*Attività Assicurata*, le *Richieste di Risarcimento* derivanti dall'*Attività Assicurata* cessata continuano ad essere garantite alle condizioni in vigore~~,~~ fino alla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* in corso; in tal caso, al *Contraente* non sarà dovuto alcun rimborso del *Premio* e il *Premio* dovuto sarà rideterminato a decorrere dalla successiva scadenza sulla base della *Variazione di rischio* comunicata.
Qualora durante il *Periodo di Assicurazione* si verifichi un **aggravamento del rischio** nell'ambito delle attività sanitarie mediche assicurabili con la presente *Polizza*, la copertura assicurativa proseguirà fino alla scadenza del *Periodo di Assicurazione* anche in relazione alle *Richieste di Risarcimento* relative alla nuova attività dietro pagamento di un *Premio* aggiuntivo.
Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale non comunicato alla *Società* o non assicurabile con la presente *Polizza*, la copertura assicurativa non sarà operante per tali prestazioni e proseguirà limitatamente all'*Attività Assicurata* già oggetto di copertura.

7.4 Assicurazione per conto altrui

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

7.5 Variazioni contrattuali a scadenza

Se alla scadenza del *Periodo di Assicurazione* la *Società* voglia apportare variazioni alle condizioni normative, deve darne comunicazione al *Contraente* almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza.
Per l'accettazione delle eventuali variazioni normative è richiesto un consenso esplicito da parte del *Contraente*, in mancanza del quale, l'*Assicurazione* cesserà di avere efficacia alla scadenza del *Periodo di Assicurazione*.

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

7.6 Foro competente per l'esecuzione del contratto

Per ogni controversia con la *Società* è competente il Foro di Milano.

7.7 Ulteriori variazioni - Albo e licenziamento

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

7.8 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, il *Contraente*:

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

Quando e come devo pagare?

Articolo 8 Pagamento e rimborso del *Premio*

8.1 Pagamento del *Premio* e sospensione della copertura assicurativa

Il Premio è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale.
Se il *Contraente* non paga la prima rata di *Premio*, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento.
Se alle successive scadenze convenute il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste. Resta salva la facoltà della *Società* di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato al successivo Art. 10.3.
I Premi devono essere pagati alla Società oppure all'Intermediario incaricato.
Le modalità di pagamento dei *Premi* sono le seguenti:

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

Quando deve essere pagato il Premio?

Il pagamento del Premio, sia per intero o in parte in caso di rateizzazione, è condizione necessaria affinché l'Assicurazione sia valida cioè copra i sinistri denunciati dall'Assicurato. In caso di mancato pagamento, il contratto sottoscritto non è operante.
Pertanto, quando stipuli il contratto per la prima volta, il pagamento deve avvenire al momento della sottoscrizione se vuoi che la Polizza sia efficace da quel momento.
Per le successive scadenze potrai pagare il Premio entro i 15 giorni successivi alla scadenza.

8.2 Oneri fiscali

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

8.3 *Periodo di Ultrattività* – Premio aggiuntivo

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

- 400% del *Premio* annuo lordo in essere;
- 250% del *Premio* annuo lordo in essere per i contratti in vigore a condizioni invariate da almeno 2 annualità complete ed in assenza di *Sinistri* denunciati dall'*Assicurato*.

Il *Premio* aggiuntivo deve essere corrisposto in unica soluzione.
Per i contratti in vigore da almeno 3 (tre) annualità complete, l'estensione di ultrattività decennale è prestata a titolo gratuito in caso di decesso dell'*Assicurato* verificatosi durante la vigenza della copertura, a vantaggio degli eredi che ne facciano richiesta entro 180 (centottanta) giorni dalla scadenza del *Periodo di Assicurazione*.
Qualora l'*Assicurato* decida di attivare l'estensione di ultrattività facoltativa prevista all'Art. 2.2 lettera D sarà necessario corrispondere il relativo *Premio* secondo le medesime percentuali sopra indicate.

8.4 Rimborso del *Premio*

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 9 Effetto e durata della *Polizza*

Il primo *Periodo di Assicurazione* ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella *Scheda di Polizza*, se il *Premio o* la prima rata di *Premio* sono stati versati, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.
In caso di mancato pagamento delle rate successive di *Premio*, l'*Assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 10.3.
L'*Assicurazione* ha la durata prevista dalla *Scheda di Polizza* e, in mancanza di disdetta, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 anno, salvo quanto previsto dall'Art. 7.5.

Come posso disdire la *Polizza*?

Articolo 10 Casi di interruzione del contratto

10.1 Disdetta dell'*Assicurazione*

Le parti possono recedere dall'*Assicurazione* mediante l'invio di lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza.
In tal caso l'*Assicurazione* cesserà di avere effetto dalla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* in corso, ai sensi dell'Art. 9.

10.2 Recesso per *Sinistro*

Dopo ogni denuncia di *Sinistro* e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'*Indennizzo*, il *Contraente* può recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.
La *Società* può recedere dal presente contratto assicurativo con le medesime modalità in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'*Assicurato* per più di un *Sinistro*, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.
Come previsto dall'Art. 8.4 in caso di recesso, al *Contrante* è dovuto il rimborso della parte di *Premio* imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

10.3 Risoluzione per mancato pagamento del *Premio*

In caso di mancato pagamento del *Premio* nei termini previsti dal precedente Art. 8.1, la *Società* ha facoltà di agire ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 1901 Codice civile. Resta inteso che, in caso di risoluzione del contratto per mancato pagamento del *Premio*, anche i *Sinistri* denunciati nei 15 (quindici) giorni successivi alla scadenza della rata di *Premio* non sono in garanzia.

10.4 Diritto di ripensamento

In caso di *Vendita a Distanza*, l'*Assicurato* ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento. Tale termine decorre dal giorno di pagamento del *Premio*. In tal caso l'*Assicurazione* sarà annullata dall'origine ed al *Contraente* 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*.

Elenco delle attività assicurabili

Elenco Attività Assicurate	Gruppo di Rischio	Tipologia Attività
Medicina termale	1	Non Chirurgiche
Medicine non convenzionali e osteopatiche - agopuntura		
Medico abilitato non specialista		
Medico di comunità - attività per conto SSN		
Medico di medicina generale - medico di famiglia - attività per conto SSN		
Pediatra di libera scelta - attività per conto SSN		
Scienze dell'alimentazione		
Audiologia e foniatria	2	Non Chirurgiche
Farmacologia e tossicologia clinica		
Genetica medica		
Microbiologia e virologia		
Patologia clinica e biochimica clinica		
Medicina legale	3	Non Chirurgiche
Neuropsichiatria e neuropsichiatria infantile	4	Non Chirurgiche
Psichiatria		
Psicologia clinica		
Allergologia e immunologia clinica	5	Non Chirurgiche
Angiologia e flebologia		
Diabetologia e malattie del metabolismo		
Endocrinologia e malattia del ricambio		
Malattie infettive e tropicali		
Oculistica - oftalmologia	6	Non Chirurgiche
Medicina nucleare	7	Non Chirurgiche
Diagnostica ecografica internistica	8	Non Chirurgiche
Epatologia		
Gastroenterologia		
Geriatria		
Medicina d'emergenza-urgenza		
Medicina interna		
Nefrologia		
Pneumologia		
Visite specialistiche preparatorie a chirurgia generale		
Anatomia patologica	9	Non Chirurgiche
Dermatologia e venereologia		
Ematologia e medicina trasfusionale		
Oncologia e senologia		
Pediatria senza neonatologia	10	Non Chirurgiche
Terapia del dolore e cure palliative	11	Non Chirurgiche
Medicina fisica e riabilitativa (fisiatria)	12	Non Chirurgiche
Neurofisiopatologia		
Neurologia		
Igiene e medicina preventiva (compresa igiene degli alimenti)	13	Non Chirurgiche
Medicina aeronautica e spaziale		
Medicina del lavoro		
Statistica sanitaria e biometria		
Radioterapia	14	Non Chirurgiche
Otorinolaringoiatria	15	Non Chirurgiche
Radiodiagnostica (esclusa mammografia)	16	Non Chirurgiche
Cardiologia	17	Non Chirurgiche
Ortopedia	18	Non Chirurgiche
Reumatologia	19	Non Chirurgiche
Medicina dello sport	20	Non Chirurgiche
Andrologia	21	Non Chirurgiche
Urologia		
Oculistica - oftalmologia (esclusa chirurgia estetica)	22	Chirurgiche

Anestesia - rianimazione e terapia intensiva	23	Chirurgiche
Otorinolaringoiatria (esclusa chirurgia estetica)	24	Chirurgiche
Cardiologia interventistica	25	Chirurgiche
Oculistica - oftalmologia inclusa chirurgia estetica pertinente	26	Chirurgiche
Otorinolaringoiatria inclusa chirurgia estetica pertinente	27	Chirurgiche
Chirurgia oncologica ortopedica Chirurgia ricostruttiva Chirurgia oncologica e senologica	28	Chirurgiche
Ginecologia Ostetricia	29	Non Chirurgiche
Ginecologia con atti invasivi Ginecologia con fecondazione assistita	30	Chirurgiche
Chirurgia maxillo facciale (esclusa chirurgia estetica)	31	Chirurgiche
Chirurgia andrologica Chirurgia urologica	32	Chirurgiche
Chirurgia maxillo facciale inclusa chirurgia estetica pertinente	33	Chirurgiche
Chirurgia addominale Chirurgia bariatrica Chirurgia generale Chirurgia pediatrica Chirurgia proctologica Chirurgia toracica Endocrinochirurgia Chirurgia dell'apparato digerente - gastroenterologia Nefrologia chirurgica	34	Chirurgiche
Chirurgia ginecologica (esclusa ostetricia)	35	Chirurgiche
Chirurgia fetale Pediatria con neonatologia e TIN	36	Chirurgiche
Chirurgia della mano Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	37	Chirurgiche
Chirurgia d'urgenza Chirurgia vascolare	38	Chirurgiche
Cardiochirurgia	39	Chirurgiche
Chirurgia estetica plastica	40	Chirurgiche
Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto	41	Chirurgiche
Ortopedia con traumatologia inclusi interventi spinali	42	Chirurgiche
Neurochirurgia	43	Chirurgiche

Quante attività è possibile assicurare?

Puoi selezionare una sola Attività Assicurata svolta in libera professione e una Attività Assicurata cessata in libera professione, che verranno riportate nella Scheda di Polizza.

Se selezioni un'Attività Assicurata svolta in libera professione, sono assicurate anche le altre attività dello stesso gruppo di rischio e dei gruppi di rischio inferiori. Ad esempio, se selezioni l'attività di Chirurgia pediatrica del gruppo di rischio 34, sono assicurate tutte le attività riportate nel gruppo di rischio 34 e nei gruppi di rischio inferiori (33, 32, 31…).

Se selezioni un'Attività Assicurata cessata in libera professione, è assicurata esclusivamente l'Attività indicata.

NORME DI LEGGE UTILI PER LA COMPRENSIONE DELLA POLIZZA

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

CODICE CIVILE

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto
Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.
In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di 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. 1897 Diminuzione del rischio
Se il Contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio
Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.
L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il Recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.
Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
Se il Sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 Durata dell'assicurazione
L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.
Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio
Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori
Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di Sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro
L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.
Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'Assicuratore
L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.
Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici
L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.
Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 1917 Assicurazione della responsabilità civile
Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.
Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Art. 2055 Responsabilità solidale
Se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno.
Colui che ha risarcito il danno ha regresso contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità delle conseguenze che ne sono derivate.
Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali.

CODICE DI PROCEDURA CIVILE

Art. 696 Accertamento tecnico e ispezione giudiziale
Chi ha urgenza di far verificare, prima del giudizio, lo stato di luoghi o la qualità o la condizione di cose, può chiedere, a norma degli articoli 692 e seguenti, che sia disposto un accertamento tecnico o un'ispezione giudiziale. L'accertamento tecnico di cui al primo comma può comprendere anche valutazioni in ordine alle cause e ai danni relativi all'oggetto della verifica.
Il presidente del tribunale, o il giudice di pace provvede nelle forme stabilite negli articoli 694 e 695, in quanto applicabili, nomina il consulente tecnico e fissa la data dell'inizio delle operazioni.

Art. 696 bis Consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite
L'espletamento di una consulenza tecnica, in via preventiva, può essere richiesto anche al di fuori delle condizioni di cui al primo comma dell'articolo 696, ai fini dell'accertamento e della relativa determinazione dei crediti derivanti dalla mancata inesatta esecuzione di obbligazioni contrattuali o da fatto illecito. Il giudice procede a norma del terzo comma del medesimo articolo 696. Il consulente, prima di provvedere al deposito della relazione, tenta, ove possibile, la conciliazione delle parti. Se le parti si sono conciliate, si forma processo verbale della conciliazione.
Il giudice attribuisce con decreto efficacia di titolo esecutivo al processo verbale, ai fini dell'espropriazione e dell'esecuzione in forma specifica e per l'iscrizione di ipoteca giudiziale. Il processo verbale è esente dall'imposta di registro. Se la conciliazione non riesce, ciascuna parte può

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

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

Art. 9, comma 5 e 6
In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti. Ai fini della quantificazione del danno, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 1-bis, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, e dall'articolo 52, secondo comma, del testo unico di cui al regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del Codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.
In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2.

Art. 10, comma 1 e 2 Obbligo di assicurazione
Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché' di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché' attraverso la telemedicina. Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.
Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Art. 13 Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità
Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, (entro quarantacinque giorni) dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione (entro quarantacinque giorni) comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte.
L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

NUMERI E RIFERIMENTI UTILI

I riferimenti della *Società* sono i seguenti:

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

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

.