

## Scheda di Polizza

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

|                                   |   |            |                         |                                       |                 |
|-----------------------------------|---|------------|-------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| POLIZZA N°<br>IITDMM18B2065900000 | POLIZZA SOSTITUITA N°<br>ITDMM15B203065900000 | RAMO<br>RC | PRODOTTO<br>Colpa Grave | INTERMEDIARIO<br>AEC UNDERWRITING SPA | SUB COD.<br>659 |
|-----------------------------------|---|------------|-------------------------|---------------------------------------|-----------------|

**Contraente**

|                                     |                               |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ADJUSTING & CLAIMS SERVICE S.C.R.L. | CODICE FISCALE<br>11534251001 | PARTITA I.V.A.<br>11534251001 |
| VIA N°<br>PIAZZA DELLE MUSE n. 7    | LOCALITÀ / COMUNE<br>ROMA     | PROVINCIA<br>RM               |
|                                     |                               | C.A.P.<br>00197               |

**Data di effetto e scadenza della Polizza**

|                                    |                                    |                                  |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| EFFETTO DALLE ORE 24<br>31/08/2018 | SCADENZA ALLE ORE 24<br>31/08/2021 | PROSSIMA QUIETANZA<br>31/08/2019 |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|

**Modelli allegati**

AmTrust ColpaGrave - Linea Collettiva - Ed. 06/2018

**Premio alla firma**

|                        |                     |                             |                   |                         |
|------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------|
| PREMIO NETTO<br>€ 0,00 | ACCESSORI<br>€ 0,00 | PREMIO IMPONIBILE<br>€ 0,00 | IMPOSTE<br>€ 0,00 | TOTALE PREMIO<br>€ 0,00 |
|------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------|

**Premio rate successive**

|                        |                     |                             |                   |                         |
|------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------|
| PREMIO NETTO<br>€ 0,00 | ACCESSORI<br>€ 0,00 | PREMIO IMPONIBILE<br>€ 0,00 | IMPOSTE<br>€ 0,00 | TOTALE PREMIO<br>€ 0,00 |
|------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------|

**Retroattività**

|                      |
|----------------------|
| ANNI/DATA<br>10 anni |
|----------------------|

Le imposte sono applicate al premio imponibile secondo quanto disposto dalle normative fiscali vigenti.

Il pagamento del Premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi, come regolamentato dall'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
  - sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.
- La periodicità di pagamento è annuale, così come nel dettaglio riportata agli Artt. 18 e 19 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

**Dichiarazioni del Contraente**

Il Contraente dichiara inoltre di avere ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto, il Fascicolo Informativo (AmTrust Colpa Grave – Linea Collettiva – Ed. 06/2018) contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione, il Modulo di Adesione e l'Informativa per il trattamento dei dati personali.

il Contraente \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Contratto e, agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara:

- di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «**Claims made**», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività pari ai 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa intendendosi per tale la meno recente tra:
  - la data di adesione dell'Assicurato alla presente Polizza Collettiva;
  - la data di adesione dell'Assicurato a copertura assicurativa di Colpa Grave purché la stessa sia stata stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di adesione alla presente Polizza Collettiva.
- di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 7 - Esclusioni; Articolo 10 - Variazioni del rischio; Articolo 14 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 15 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 17 - Gestione della Polizza; Articolo 18 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio; Articolo 19 - Determinazione del premio; Articolo 20 - Precisazioni sull'operatività della garanzia.

il Contraente \_\_\_\_\_



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC  
40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 (Registered Office)  
Capitale Sociale e Riserve € 47.906.478,00  
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Clerici, 14 - 20121 Milano  
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174  
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.l. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047  
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland

## Scheda di Polizza

### Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

**Presa visione Privacy per finalità assicurative.** Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

il Contraente \_\_\_\_\_

Il Contraente dichiara di avere ricevuto, prima della sottoscrizione della Polizza, il modulo 7A - "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" ed il modulo 7B - "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 e successive modifiche.

il Contraente \_\_\_\_\_

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente e dalla Società sulla base della presente Polizza (e degli allegati indicati), comprese le Dichiarazioni del Contraente qui riportate e di quanto nel Fascicolo Informativo (AmTrust ColpaGrave – Linea Collettiva – Ed. 06/2018), che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.

Il presente contratto si compone di n° **23** pagine.

**AmTrust International Underwriters DAC**  
**Rappresentanza Generale per l'Italia**  
**il Procuratore Speciale**  
**Irene Soldani**



il Contraente \_\_\_\_\_

Emessa in Milano, il 30/08/2018

L'importo di € \_\_\_\_\_ è stato pagato oggi \_\_\_\_\_

L'incaricato \_\_\_\_\_



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC  
40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 (Registered Office)  
Capitale Sociale e Riserve € 47.906.478,00  
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Clerici, 14 - 20121 Milano  
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174  
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.l. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047  
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private



Il presente Fascicolo Informativo contiene:

- Nota Informativa, comprensiva del glossario;
- Condizioni di Assicurazione;
- Modulo di Adesione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, Glossario, Condizioni di Assicurazione e Modulo di Adesione deve essere consegnato al Contraente/Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.  
Edizione Giugno 2018.



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

# Nota Informativa

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

Si rinvia al sito internet dell'Impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. Informazioni generali

AmTrust International Underwriters DAC, con sede in 40 Westland Row, Dublino 2, Irlanda, è regolamentata e autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dalla Central Bank of Ireland. Numero di registrazione: 169384. Questi dettagli possono essere controllati visitando il sito <http://www.centralbank.ie> o contattando la Central Bank of Ireland, Tel: +353 1 2246000.

La Rappresentanza Italiana

AmTrust International Underwriters DAC  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Via Clerici, 14 - 20121 Milano  
Tel. 0283438150 Fax 0283438174

Email: [milan@amtrustgroup.com](mailto:milan@amtrustgroup.com) - [www.amtrust.it](http://www.amtrust.it) - [www.amtrustinternational.com](http://www.amtrustinternational.com)

è iscritta dal 23.02.2016 al n° I.00132 dell'Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro ed ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento, con codice IVASS Società n° D933R.

AmTrust International Underwriters DAC appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services Inc. (AFSI).

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari a 210 milioni di euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 48 milioni di euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 162 milioni di euro. L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni è pari a 154%, 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 31/12/2017.

## B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto è costituito da una Polizza Collettiva, stipulata dal Contraente con la Società, ai sensi dell'art. 1891 c.c., alla quale gli Assicurati possono aderire nelle forme e nei termini previsti nella Polizza stessa e da uno o più Certificati di Assicurazione emessi dalla Società in applicazione alla presente Polizza Collettiva.

La Polizza Collettiva è stipulata per una durata triennale senza tacito rinnovo.

I singoli rapporti assicurativi attestati dal Certificato di Assicurazione hanno una durata di 12 (dodici) mesi decorrenti dalla data di adesione, senza tacito rinnovo.

**AVVERTENZA:** è tuttavia facoltà della Società e del Contraente che hanno stipulato la Polizza Collettiva inviare disdetta mediante lettera raccomandata/fax/e-mail almeno 60 (sessanta) giorni prima di ciascuna scadenza annuale. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 12 delle Condizioni di Assicurazione.

### 3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

La Società assicura i rischi della Responsabilità Civile ed Amministrativa a fronte di rivalsa (a seconda dei casi in sede civile, amministrativa), esperita dall'Azienda Sanitaria o di surroga della sua impresa di assicurazioni per danni causati a terzi, commessi con Colpa Grave, nell'esercizio dell'attività professionale, così come previsto dagli Articoli 3, 6, 20 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società assicura inoltre i rischi derivanti da intervento di primo soccorso, così come previsto all'Articolo 25 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA:** sono previsti casi di **limitazioni, esclusioni** che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Non sono previste condizioni di **sospensione** della garanzia. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Articoli 1, 3, 5, 7, 8, 18, 19, 20 e 22 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA:** per i rischi della Responsabilità Civile ed Amministrativa la Società corrisponde le somme dovute a titolo di risarcimento entro il **massimale** convenuto. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Articoli 2 e 25 delle Condizioni di Assicurazione.

### **Esempio**

Qualora sia convenuto in polizza un massimale pari a € 2.000.000,00 per Sinistro e Periodo di Assicurazione, la Società risponde nel limite di € 2.000.000,00, indipendentemente dal fatto che siano pervenute nel medesimo Periodo di Assicurazione due Richieste di Risarcimento rispettivamente di € 1.700.000,00 e di € 500.000,00 il cui ammontare complessivo sarebbe di € 2.200.000,00.

**AVVERTENZA:** la presente Assicurazione non prevede l'applicazione di **franchigie e/o scoperti**.

## **4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità**

**AVVERTENZA:** Ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti negativi sulla prestazione o, in alcune circostanze, essere causa di annullamento del contratto. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 21 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA:** Il presente contratto non prevede specifici casi e/o cause di nullità oltre quelle previste a termini di legge (ad es. artt. 1895 e 1904 del Codice Civile).

## **5. Aggravamento e diminuzione del rischio**

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio ai sensi degli Artt. 1897 e 1898 del Codice Civile.

Nel caso di mancata comunicazione di ogni variazione delle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio che comporti aggravamento di rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 10 delle Condizioni di Assicurazione.

### **Esempio**

Qualora il medico abbia una copertura di Responsabilità Civile ed Amministrativa per Colpa Grave per attività di medico specialista in formazione e non comunichi nei termini previsti il conseguimento della specializzazione, incorre nella possibilità che eventuali risarcimenti relativi a comportamenti posti in essere successivamente al conseguimento della specializzazione possano essere proporzionalmente ridotti o addirittura non dovuti.

## **6. Premi**

Il premio convenuto è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione, ed il pagamento dello stesso dovrà avvenire con periodicità annuale.

Il premio è determinato in considerazione dell'attività svolta e della qualifica lavorativa del soggetto, nonché delle modalità di esercizio della professione (dipendente pubblico o privato o specializzando pubblico e/o privato).

Il premio determinato potrà variare inoltre in base al Massimale scelto dall'Aderente/Assicurato ed in base ad altre opzioni assicurabili e previste all'Art. 19 delle Condizioni di Assicurazione.

È prevista la facoltà di aderire alla Polizza Collettiva alla decorrenza della stessa, nonché durante tutto il periodo in cui la stessa è vigente, ed il premio dovuto è sempre determinato per una durata di 12 (dodici) mesi.

Il pagamento del premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

**AVVERTENZA:** non sono previsti sconti di premio.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Articoli 18 e 19 delle Condizioni di Assicurazione.

## **7. Rivalse**

**AVVERTENZA:** nella presente Polizza non sono previste ipotesi di rivalsa diverse da quelle eventualmente spettanti alla Società a termine di Legge.

La rivalsa è l'azione mediante la quale la Società agisce nei confronti del Contraente/Assicurato per il rimborso delle somme che la stessa abbia sostenute o anticipate qualora le stesse risultino non dovute a termine di Legge od in base alle condizioni di Polizza.

## **8. Diritto di Recesso**

**AVVERTENZA:** in caso di sinistro sia la Società sia il Contraente possono recedere dalla Polizza Collettiva in un periodo compreso tra la data di denuncia del sinistro e il 60 (sessantesimo) giorno della sua liquidazione o reiezione, con preavviso di 90 giorni.

**AVVERTENZA:** è inoltre facoltà dell'Assicurato e della Società recedere da ciascun singolo rapporto assicurativo, attestato dal Certificato di Assicurazione, in un periodo compreso tra la data di denuncia del sinistro e il 60 (sessantesimo) giorno della sua liquidazione o reiezione, con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 15 delle Condizioni di Assicurazione.

## 9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio) si prescrivono entro due anni dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso, contro lo stesso, l'azione.

Essendo il contratto in regime di "**Claims made**" ovvero basato sulla richiesta di risarcimento del terzo danneggiato, le relative garanzie operano per le richieste pervenute all'Assicurato nel periodo di durata del contratto, anche se conseguenti a fatti antecedenti verificatisi nel periodo considerato rilevante secondo le condizioni contrattuali.

Pertanto terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Società, fatto salvo quanto previsto all'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto non prevede alcuna ipotesi di decadenza convenzionale dalla garanzia.

## 10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

## 11. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Il Premio relativo alle garanzie è soggetto all'imposta nella misura del 22,25%.

## C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### 12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

**AVVERTENZA:** L'Assicurato deve far denuncia scritta alla Società di ciascun sinistro entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

Le eventuali spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro sono a carico della Società entro il limite del 25% del Massimale garantito.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Articoli 4, 14, 16 e 17 delle Condizioni di Assicurazione.

Per la denuncia di sinistro scrivere a AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: [colpegravi@amtrustgroup.com](mailto:colpegravi@amtrustgroup.com), che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

### 13. Reclami

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 International Underwriters DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia** - Via Clerici 14 - 20121 Milano – Tel. +39 0283438150 - Fax +39 0283438174 - Email: [reclami@amtrustgroup.com](mailto:reclami@amtrustgroup.com)

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**, 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'Agente 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.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, ovvero a suo giudizio, il reclamante potrà presentare il proprio reclamo all'**IVASS, Servizio Tutela del Consumatore**, con le seguenti modalità:

- via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma;
- via fax al numero +39 0642133206;
- via PEC all'indirizzo: [tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it)

corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Compagnia ed il relativo riscontro.

Le informazioni di dettaglio sulla procedura di presentazione di reclamo scritto all'IVASS, incluso il modello da utilizzare, sono reperibili sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it), alla sezione "Per i Consumatori" – sottosezione "RECLAMI – Guida".

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS devono contenere:

- a) Nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) Individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) Breve ed esauriente descrizione del motivo di lamentela;
- d) Copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione, all'Intermediario assicurativo o all'Intermediario iscritto nell'elenco annesso e dell'eventuale riscontro fornito dagli stessi;
- e) Ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Resta salva comunque per il reclamante la facoltà di adire l'**Autorità Giudiziaria**.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Compagnia, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS, come sopra delineato, oppure potrà avvalersi di **sistemi alternativi di risoluzione delle controversie** quali:

- la **mediazione civile**, disciplinata dal D.Lgs. 28/2010 e s.m.i., quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti) attraverso la presentazione di una

istanza all'Organismo di mediazione scelto liberamente dalla parte tra quelli territorialmente competenti. Tale Organismo provvede a designare un mediatore ed a fissare il primo incontro tra le parti, le quali vi partecipano con l'assistenza di un avvocato;

- la **convenzione di negoziazione assistita**, istituita dal D.L. 132/2014, quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa od a una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti 50.000 euro (salvo che, in relazione a quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria). Tale meccanismo si instaura tramite invito, di una parte all'altra, a stipulare un accordo con il quale ci si impegna a cooperare lealmente per risolvere la controversia con l'assistenza dei rispettivi avvocati;
- la **conciliazione paritetica**, nel caso di controversie relative a sinistri del ramo R.C.Auto con risarcimento per danni a persone e/o cose fino a 15.000 euro, rivolgendosi ad una delle Associazioni dei Consumatori aderenti all'accordo con l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA). Per attivare tale strumento occorre compilare l'apposito modulo, reperibile sul sito dell'ANIA e sui siti delle Associazioni dei Consumatori suddette, seguendo le istruzioni ivi fornite, ed inviarlo all'Associazione dei Consumatori prescelta.

Il reclamante potrà altresì rivolgersi direttamente al sistema competente in Irlanda: **Financial Services and Pensions Ombudsman (FSPO)**, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, D02 VH29 – Tel. +353 1 567 7000 - Email: [info@fspoi.ie](mailto:info@fspoi.ie) – [www.fspoi.ie](http://www.fspoi.ie)

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la **rete FIN-NET** e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

Per maggiori informazioni sulla procedura FIN-NET è possibile collegarsi al seguente indirizzo:

[http://ec.europa.eu/internal\\_market/finservices-retail/docs/finnet-guide/italy-light\\_it.pdf](http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/docs/finnet-guide/italy-light_it.pdf)

#### **14. Arbitrato**

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.

---

**AmTrust International Underwriters DAC è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.**

**AmTrust International Underwriters DAC  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
il Procuratore Speciale  
Irene Saldani**



AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland

# Glossario

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Assicurato</b>                      | il personale dipendente, gli specializzandi e i convenzionati (in questo caso si comprendono anche i liberi professionisti solo nel caso che non abbiano assunto un obbligo contrattuale con il paziente) dell'Azienda Sanitaria che abbiano aderito alla presente Polizza Collettiva per il tramite del Contraente.  |
| <b>Attività Professionale</b>          | l'attività sanitaria connessa alla qualifica dichiarata nel Modulo di Adesione e svolta dall'Assicurato presso la o per conto dell'Azienda Sanitaria.   |
| <b>Azienda Sanitaria</b>               | l'Azienda Sanitaria Locale o la Struttura Sanitaria Pubblica o Privata presso la o per conto della quale l'Assicurato presta od ha prestato servizio.   |
| <b>Certificato di Assicurazione</b>    | il documento emesso dalla Società a prova della copertura assicurativa per il singolo Assicurato, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato, le date di effetto e di scadenza dell'assicurazione, il massimale ed il premio con le relative imposte governative.   |
| <b>Claims made</b>                     | il regime nel quale la garanzia di responsabilità civile è individuata nelle Richieste di Risarcimento ricevute dal Contraente/Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del periodo di retroattività stabilito in polizza.  |
| <b>Colpa Grave</b>                     | <p>integrano Colpa Grave (con esclusione del dolo) le seguenti condotte involontarie dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• errore inescusabile per mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti la professione sanitaria nonché a un difetto dei minimi requisiti di abilità e perizia tecnica che il sanitario deve possedere ed utilizzare nell'esercizio della professione o;</li><li>• violazione di linee guida e buone pratiche cliniche, sempre che le stesse siano conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica/sanitaria ed idonee al trattamento sanitario specificamente richiesto;</li></ul> <p>derivandone una condotta marcatamente distante da quella dovuta, con macroscopica violazione delle regole dell'arte sanitaria nonché degli obblighi di diligenza, prudenza e perizia richiesti.</p> |
| <b>Contraente</b>                      | il soggetto che stipula la Polizza Collettiva, ai sensi dell'art. 1891 c.c.   |
| <b>Convenzione</b>                     | l'accordo tra la Società ed il Contraente attraverso il quale sono normati i reciproci diritti/doveri inerenti la Polizza Collettiva.   |
| <b>Danno/Danni</b>                     | il pregiudizio conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni ad essi conseguenti.   |
| <b>Danni non patrimoniali</b>          | tutti i danni conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale della vittima nonché il danno reputazionale.   |
| <b>Danni patrimoniali</b>              | il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni relativi alla sfera patrimoniale del danneggiato.  |
| <b>Data di Continuità Assicurativa</b> | la data meno recente tra: <ul style="list-style-type: none"><li>• la data di adesione dell'Assicurato alla presente Polizza Collettiva;</li><li>• la data di adesione dell'Assicurato a copertura assicurativa di Colpa Grave purché la stessa sia stata stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di adesione alla presente Polizza Collettiva.</li></ul>  |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Intermediario</b>              | gli intermediari di assicurazioni iscritti alla sezione A del RUI (Agente) indicati nella Scheda di Polizza nonché, ove presente, l'Intermediario di assicurazioni iscritto alla sezione B del RUI (Broker) cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.   |
| <b>Massimale</b>                  | la somma massima che la Società sarà tenuta a pagare a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.   |
| <b>Medico Convenzionato</b>       | l'esercente la professione sanitaria non alle dirette dipendenze dell'Azienda Sanitaria di cui quest'ultima si avvale per l'erogazione delle prestazioni inerenti le obbligazioni dalla stessa assunte, e che presta la propria attività in esclusiva con rapporto di lavoro autonomo presso e/o per conto dell'Azienda Sanitaria in assenza di uno specifico rapporto contrattuale assunto con il paziente. |
| <b>Medico Dipendente</b>          | il professionista che agisce alle dirette dipendenze della Struttura Sanitaria Pubblica o Privata con rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato.  |
| <b>Medico Specializzando</b>      | medico in formazione, iscritto ad una scuola di specializzazione medica, ma che non ha ancora conseguito, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, la specializzazione.   |
| <b>Modulo di Adesione</b>         | il modulo contenente le dichiarazioni dell'Assicurato e che incidono sulla valutazione del rischio. La compilazione dello stesso non impegna contrattualmente la Società dato che il rapporto assicurativo sorgerà unicamente con l'emissione del Certificato di Assicurazione.  |
| <b>Perdite Patrimoniali</b>       | il pregiudizio economico patito dalla struttura che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di danni materiali e corporali a terzi.  |
| <b>Periodo di Assicurazione</b>   | il periodo di 12 (dodici) mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza stabilite nel Certificato di Assicurazione. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo del Certificato di Assicurazione. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.  |
| <b>Periodo di Retroattività</b>   | il periodo temporale pari ai 10 (dieci) anni antecedenti alla Data di Continuità Assicurativa.   |
| <b>Polizza/Polizza Collettiva</b> | il documento contrattuale che disciplina i rapporti assicurativi tra Società, Contraente e Assicurato. Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.   |
| <b>Richiesta di Risarcimento</b>  |  |

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

quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato:

- la segnalazione, inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria, di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali Danni;
- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;
- la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a Colpa Grave.

Non sono considerate Richiesta di Risarcimento, a titolo esemplificativo e non esaustivo, e dunque non costituiscono Sinistro:

- la comunicazione inviata ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24 all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti dell'Azienda Sanitaria stessa;
- la comunicazione inviata ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24 all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato;
- la Richiesta di Risarcimento avanzata e l'azione giudiziale promossa dal Terzo direttamente nei confronti dell'Assicurato.

**b) a seguito di Rivalsa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata**

La comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Privata o la sua impresa di assicurazioni si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a Colpa Grave.

Non sono considerate Richiesta di Risarcimento, a titolo esemplificativo e non esaustivo, e dunque non costituiscono Sinistro:

- la comunicazione inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti dell'Azienda Sanitaria stessa, nemmeno se formulata ex art. 13 della Legge 24/2017;
- la comunicazione inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, nemmeno se formulata ex art. 13 della Legge 24/2017;
- la Richiesta di Risarcimento avanzata e l'azione giudiziale promossa dal Terzo direttamente nei confronti dell'Assicurato.

**Scheda di Polizza**

il documento, annesso a questa Polizza Collettiva per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza Collettiva.

**Sentenza passata in giudicato**

è il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché scaduto il termine per poterlo fare, o perché sono già state esperite tutte le impugnazioni possibili. Quindi il provvedimento passato in giudicato è caratterizzato dall'incontrovertibilità della cosa giudicata, ovvero nessun giudice può nuovamente pronunciarsi su quella sentenza.

**Sinistro**

la Richiesta di Risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

**Società**

l'Impresa di assicurazione AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Clerici n. 14 – 20121 Milano.

**SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DELL'ASSICURATO SULLA NECESSITA' DI LEGGERE  
ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO**

# Condizioni di Assicurazione

## Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Retroattività

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims made" ossia è resa attiva solo quando la Richiesta di Risarcimento sia portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi durante il periodo di vigenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa.

## Articolo 2 - Massimale

**L'assicurazione è prestata, per ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Assicurato, fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato di Assicurazione.**

## Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la Società presta l'assicurazione fino a concorrenza del Massimale e nella forma "Claims made" obbligandosi a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di Danni causati a terzi, inclusi i pazienti, nello svolgimento dell'Attività Professionale, unicamente nel caso di:

- a) Responsabilità Amministrativa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Locale o Struttura Sanitaria Pubblica
  - Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di danni erariali nei casi previsti dalla legge;
  - Surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Locale o Struttura Sanitaria Pubblica;
- b) Rivalsa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata
  - Azione di Rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata nonché l'azione di surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Privata nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL;

Sono altresì coperte le Perdite Patrimoniali, comprese quelle derivanti da danno reputazionale o da violazione del Codice della Privacy, incluse nella Responsabilità Amministrativa, nella Rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria o nell'azione di Surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di legge per Colpa Grave, entro un limite del 10% del Danno indennizzato.

**Tutto quanto sopra riportato a condizione che per tutti i Danni oggetto dell'azione di rivalsa l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per Colpa Grave con Sentenza Passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.**

Resta esclusa dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico dell'Azienda Sanitaria.

## Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali

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

Sono a carico della Società le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento / Sinistro, in aggiunta al Massimale, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo.

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

## Articolo 5 - Limiti territoriali

**L'assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento originate da eventi, errori od omissioni accaduti o commessi in qualsiasi Paese del mondo, in quanto trovantesi l'Assicurato in tali Paesi su incarico dell'Azienda Sanitaria, ad esclusione degli Stati Uniti d'America, il Canada ed i territori sotto la loro giurisdizione.**

E' tuttavia 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 le Richieste di Risarcimento fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino e dalla Città del Vaticano, salvo il caso di riconoscimento ai sensi dell'Art. 67 Legge 31 maggio 1995, n. 218.

## Articolo 6 - Precisazione sui rischi assicurati

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle Attività Professionali connesse alla qualifica dell'Assicurato dichiarata dallo stesso nel Modulo di Adesione ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso l'Azienda Sanitaria, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato e/o specializzando esclusivamente di strutture sanitarie pubbliche o private.

E' compresa altresì l'Attività Professionale medica intramoenia, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalla legge del 3 agosto 2007, n 120 nonché dalle norme e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

## Articolo 7 - Esclusioni

**Premesso che questa è una assicurazione "Claims made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono escluse dalla presente assicurazione:**

- 1) le Richieste di Risarcimento come precedentemente definite che pervengano all'Assicurato in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, fatte salve le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a quanto disposto dal successivo *Articolo 10 - Cessazione dell'attività professionale – Ultrattività*.
- 2) le Richieste di Risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della Data di Continuità Assicurativa.
- 3) le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Assicurato antecedentemente alla Data di Continuità Assicurativa.
- 4) le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima del Periodo di Retroattività stabilito in Polizza.

### **Sono parimenti esclusi i Danni:**

- 5) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 6) conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'Attività Professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- 7) derivanti da somministrazione o prescrizione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- 8) derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- 9) derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali (attività dolose);
- 10) alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- 11) da furto o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 12) riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'Attività Professionale dell'Assicurato;
- 13) che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche, terapeutiche e di sperimentazione svolte dall'Azienda Sanitaria;
- 14) le Perdite Patrimoniali che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale aziendale e non propriamente attinenti all'Attività Professionale sanitaria che abbia causato un Danno;
- 15) derivanti dalla violazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. 196 del 2003 e successive modifiche e integrazioni (Codice Privacy) qualora il trattamento dei dati abbia finalità commerciali;
- 16) per inottemperanza a quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica, limitatamente ai Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione;
- 17) in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere.

## Articolo 8 - Responsabilità solidale

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

## Articolo 9 - Cessazione dell'attività professionale - Ultrattività

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 sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa connessa all'espletamento delle sue attività professionali), l'attività già svolta dall'Assicurato purché conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo di Retroattività convenuto, resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione nonché, al termine di tale periodo, per ulteriori 10 anni. L'Assicurato è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Società della sopravvenuta cessazione dell'Attività Professionale ed è tenuto a corrispondere la regolazione del premio dovuto a fronte di tale evenienza, da corrispondersi, in un'unica soluzione, come di seguito specificato.

### **La regolazione premio è dovuta:**

- Qualora intervenga la cessazione definitiva dell'esercizio dell'Attività Professionale svolta dall'Assicurato;
- Qualora l'Assicurato intenda esercitare la facoltà di attivazione dell'Ultrattività della garanzia anche in caso di prosecuzione dell'attività professionale dallo stesso svolta;

### **previo pagamento di un ulteriore Premio in unica soluzione pari a:**

- 500% del premio corrispondente all'ultima annualità versata per coloro che risultano assicurati con polizza AmTrust da almeno un anno;
- 400% del premio corrispondente all'ultima annualità versata per coloro che risultano assicurati con polizza AmTrust da almeno due anni;
- 350% del premio corrispondente all'ultima annualità versata per coloro che risultano assicurati con polizza AmTrust da almeno tre anni;
- Gratis in caso di decesso dell'Assicurato per coloro che fossero stati assicurati con polizza AmTrust da almeno cinque anni.

In caso di morte dell'Assicurato, l'Assicurazione, inclusa la garanzia di Ultrattività qualora attivata anche dagli eredi si intende estesa ai suoi eredi e non è assoggettabile al recesso.

La presente estensione ultrattiva della garanzia cesserà e diverrà immediatamente inefficace qualora l'Assicurato abbia ripreso l'attività od abbia stipulato altra Assicurazione per i medesimi rischi.

**Tale garanzia ultrattiva non sarà più riattivabile.**

## Articolo 10 - Variazioni del rischio

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione del rischio (Art. 1897 Codice Civile) o un aggravamento del rischio (Art. 1898 Codice Civile) per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto alla Società.

Qualora si verifichi un mutamento dell'Attività Professionale dell'Assicurato verso una qualifica assicurabile con la presente Polizza, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione né limitazione fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo restando l'obbligo di provvedere alla tempestiva comunicazione alla Società e, con effetto dalla prima scadenza utile, all'aggiornamento dell'eventuale maggior premio assicurativo dovuto (art. 1898 Codice Civile).

Nel caso in cui le nuove mansioni non siano riconducibili ad una qualifica assicurabile, l'assicurazione non sarà operante per dette nuove mansioni, ma l'assicurazione proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione per eventuali Danni conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nello svolgimento delle precedenti Attività Professionali assicurate.

In caso di riduzione o aggravamento del rischio, il Contraente o l'Assicurato deve darne comunicazione scritta alla Società, ai sensi degli artt. 1897 e 1898 c.c. entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di variazione del rischio. In particolare, 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. La mancata comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio non comporteranno ipso facto la decadenza del diritto di indennizzo, sempreché tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art.1897 c.c.

## Articolo 11 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

## Articolo 12 - Recesso dalla Polizza Collettiva

Ferma la durata indicata in Polizza, è data facoltà sia alla Società sia al Contraente di recedere annualmente dalla Convenzione previa comunicazione di recesso da inviarsi entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione secondo una delle seguenti modalità:

- Lettera raccomandata A/R all'indirizzo di Direzione;
- FAX al numero + 39 02 8343 8174;
- Email: [gestionedisdette@amtrustgroup.com](mailto:gestionedisdette@amtrustgroup.com).

Quanto disposto dal presente Articolo non si applica ai singoli Certificati di Assicurazione che cessano alla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione senza obbligo di disdetta.

## Articolo 13 - Coesistenza di altre assicurazioni

L'Assicurato, in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni 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 (art. 1910 del Codice Civile).

## Articolo 14 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento

**L'Assicurato è tenuto a denunciare in forma scritta, anche per il tramite dell'Intermediario, entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente le Richieste di Risarcimento per cui abbia ricevuto in forma certa:**

- la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la sua Società di assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a Colpa Grave;
- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio da parte della Corte dei Conti;
- la segnalazione, inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria, di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali Danni.

Non sono ritenute Richiesta di Risarcimento le azioni giudiziarie, siano esse civili o penali, promosse contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto dell'assicurazione, così come non è considerata Richiesta di Risarcimento la comunicazione inviata ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24 all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della stessa e/o dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato. Pertanto tali comunicazioni ed azioni giudiziarie non dovranno essere denunciate e/o notificate alla Società.

La denuncia di Sinistro, Richiesta di Risarcimento deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nominativo dei pazienti danneggiati e ogni altra notizia utile per la Società incluso quanto previsto all'Articolo 14 in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli atti giudiziari relativi alla Richiesta di Risarcimento, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

**Senza il previo consenso scritto della Società, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o riconoscere somme, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.**

## Articolo 15 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione:

- a) il Contraente e la Società possono recedere dalla Convenzione con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.

In caso di recesso il Contraente si impegna a non fare sottoscrivere ulteriori Moduli di Proposta che abbiano decorrenza successiva alla data di effetto del recesso.

È peraltro convenuto che la durata della copertura nei confronti di ciascun Certificato di Assicurazione, relativamente alle coperture decorse prima della data di recesso, è garantita sino alla scadenza relativa al Periodo di Assicurazione per il quale è stato pagato il relativo premio, senza possibilità di proroga;

- b) l'Assicurato e la Società possono recedere dal rapporto assicurativo, attestato dal Certificato di Assicurazione, con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni.

Nel caso in cui sia la Società a far cessare la garanzia quest'ultima rimborserà la parte di premio, al netto delle imposte governative, relativa al periodo di rischio non corso.

## Articolo 16 - Forma delle comunicazioni – Variazione della Polizza

Ogni comunicazione inerente la Polizza deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione di Polizza deve risultare da atto sottoscritto dal Contraente e dalla Società.

## Articolo 17 - Gestione della Polizza

Con la sottoscrizione della presente Polizza il Contraente, anche per conto degli Assicurati, conferisce all'Intermediario il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che:

- a) ogni comunicazione fatta all'Intermediario dalla Società sarà considerata come fatta al Contraente e/o all'Assicurato;  
b) ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società sarà considerata come fatta dal Contraente e/o all'Assicurato.

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

*Per la denuncia di sinistro scrivere a AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: [colpegravi@amtrustgroup.com](mailto:colpegravi@amtrustgroup.com), che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.*

## Articolo 18 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio

Per l'adesione alla presente Polizza il Contraente, o suo incaricato, mette a disposizione degli Assicurati una procedura attraverso la quale il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati le Condizioni di Assicurazioni, l'Informativa per la protezione dei dati personali (privacy), il Modulo di Adesione e il Fascicolo Informativo.

L'Assicurazione si intende valida sempre che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione e che risulti in regola con il versamento del premio nei termini dovuti.

Ciascun singolo Certificato di Assicurazione e così anche la copertura assicurativa:

- avranno decorrenza alle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese nel quale è stato sottoscritto il Modulo di Adesione a condizione che il relativo premio sia stato versato entro l'ultimo giorno del mese stesso;
- avranno una durata di 12 (dodici) mesi dalla data della decorrenza indicata nel Certificato di Assicurazione;
- cesseranno alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione senza tacito rinnovo.

Il Certificato di Assicurazione, su esplicita richiesta dell'Assicurato, potrà decorrere dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese precedente a quello di compilazione del Modulo di Adesione ma la copertura assicurativa avrà in ogni caso effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Limitatamente alle adesioni avvenute nel mese successivo a quello di decorrenza della presente Polizza, il Certificato di Assicurazione e così anche al copertura assicurativa avranno decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di effetto della Polizza stessa a condizione che il Modulo di Adesione ed il relativo premio siano stati rispettivamente sottoscritto e versato entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello di decorrenza della Polizza, altrimenti avranno decorrenza dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Alla scadenza di ciascun Periodo di Assicurazione l'Assicurato potrà prorogare la copertura assicurativa di cui alla presente Convenzione, sempreché vigente, per ulteriori 12 (dodici) mesi versando il premio annuo entro le ore 24:00 del 30° (trentesimo) giorno successivo alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione. Per la proroga della copertura assicurativa avvenuta entro i termini sopra indicati non è richiesta compilazione del Modulo di Adesione.

Se l'Assicurato non proroga la copertura assicurativa nei termini temporali previsti dal comma che precede potrà in seguito aderire nuovamente alla Polizza Collettiva, purché a tale data vigente previa compilazione di un nuovo Modulo di Adesione; in tal caso il nuovo Certificato di Assicurazione e così anche la copertura assicurativa avranno decorrenza come previsto dal presente articolo relativamente alle nuove adesioni.

Il premio convenuto è sempre riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione ed il pagamento dello stesso dovrà avvenire con periodicità annuale.

I premi devono essere pagati alla Società ovvero all'Intermediario.

Le modalità di pagamento dei Premi sono le seguenti:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

## Articolo 19 - Determinazione del premio

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

|      |  | DIPENDENTE PUBBLICO |   | MASSIMALI |   |           |   |
|------|--|---------------------|---|-----------|---|-----------|---|
| COD. | CATEGORIA DI RISCHIO   | 5 MILIONI           | X | 2 MILIONI | X | 1 MILIONE | X |
| 01   | DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA) | € 440               |   | € 396     |   | € 365     |   |
| 02   | DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA  | € 410               |   | € 369     |   | € 340     |   |
| 03   | DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA  | € 384               |   | € 346     |   | € 319     |   |

|      |  | DIPENDENTE PRIVATO |   | MASSIMALI |   |           |   |
|------|--|--------------------|---|-----------|---|-----------|---|
| COD. | CATEGORIA DI RISCHIO   | 5 MILIONI          | X | 2 MILIONI | X | 1 MILIONE | X |
| 04   | DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA) | € 528              |   | € 475     |   | € 438     |   |
| 05   | DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA  | € 492              |   | € 443     |   | € 408     |   |
| 06   | DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA  | € 461              |   | € 415     |   | € 382     |   |

|      |   | SPECIALIZZANDO PUBBLICO E/O PRIVATO |   | MASSIMALI |   |           |   |
|------|---|-------------------------------------|---|-----------|---|-----------|---|
| COD. | CATEGORIA DI RISCHIO                              | 5 MILIONI                           | X | 2 MILIONI | X | 1 MILIONE | X |
| 07   | MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA/SPECIALIZZANDO | € 220                               |   | € 198     |   | € 183     |   |

**Avvertenza: se il Proponente/Assicurato sia stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi 10 anni, per un importo pari o superiore ad € 5.000,00 (cinquemila) il prodotto assicurativo non sarà acquistabile.**

**Avvertenza: la Società invita gli Assicurati a prendere nota del fatto che la presente Polizza non copre alcun tipo di Attività Libero professionale ossia ogni attività svolta al di fuori dell'Azienda Sanitaria o all'interno di essa ma con assunzione di obbligo contrattuale nei confronti del paziente. Pertanto suggeriamo a coloro che, negli ultimi 10 anni, abbiano svolto o svolgano tale attività di acquistare un prodotto ad hoc, rivolgendosi al proprio consulente di riferimento.**

**Avvertenza: qualora in uno o in più dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di adesione alla Polizza (Articolo 1 – Forma dell'Assicurazione e Retroattività) l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, le Categorie di Rischio andranno indicate tutte nel Modulo di Adesione ed il premio annuo dovuto corrisponderà alla qualifica con premio più elevato.**

## Articolo 20 - Precisazioni sull'operatività della garanzia

La presente Polizza opera unicamente per le attività professionali mediche, svolte dall'Assicurato in qualità di dipendente convenzionato, e/o specializzando dell'Azienda Sanitaria, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate.

L'assicurazione di cui alla presente Polizza non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria di appartenenza, con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi.

## Articolo 21 - Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente, dall'Assicurato o da qualsivoglia soggetto legittimato a ricevere la prestazione, in sede sia di conclusione del contratto che in ogni circostanza successiva, possono compromettere l'operatività della copertura ed il diritto alla prestazione assicurativa (artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.).

## Articolo 22 - Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello di residenza o sede del convenuto.

## Articolo 23 - Rinvio alle norme di legge

Per l'interpretazione della presente Polizza e per tutto quanto non espressamente previsto o regolato dalle condizioni in essa contenute o ad essa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle parti, valgono le norme di legge.

## Articolo 24 - Clausola di Continuità

Limitatamente agli Assicurati che, alla data di adesione alla presente Polizza, siano titolari di analoga copertura stipulata ed in scadenza con una delle società del Gruppo AmTrust:

- non è necessaria la compilazione di un nuovo Modulo di Adesione (a meno che non si desideri variare il Massimale o aggiornare l'Attività Assicurata), in quanto l'Assicurazione sarà prestata sulla base delle dichiarazioni precedentemente rilasciate. Restano in ogni caso escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento conseguenti a fatti, circostanze e situazioni già note all'Assicurato e riportate nel Modulo di Adesione compilato precedentemente;
- il Periodo di Retroattività maturato sulla precedente Polizza del Gruppo AmTrust non sarà perso e sarà incrementato di 1 (uno) anno ad ogni rinnovo, senza aggravio di Premio.

## Articolo 25 - Garanzia Aggiuntiva

L'assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile ed Amministrativa dell'Assicurato per Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti nella sua qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita; Solo ed esclusivamente in tale ipotesi la copertura è altresì estesa ai Danni cagionati con colpa lieve con un sotto-limite per ciascun Sinistro di un importo pari a € 1.000.000,00 (unmilione/00).

## Articolo 26 - Recesso per Ripensamento in caso di vendita a distanza

L'Aderente/Assicurato, qualora la copertura sia stata collocata a distanza, ha diritto di recedere dal contratto entro 14 giorni successivi alla data di adesione, senza dover indicare il motivo.

Per esercitare tale diritto, l'Aderente/Assicurato deve essere inquadrabile come "consumatore" (secondo la definizione di cui all'articolo 67 ter ed articolo 3 comma 1 lettera a) del Decreto legislativo n. 206 del 6 settembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni) e deve inviare, prima dello scadere di detto termine di 14 giorni, una dichiarazione esplicita a mezzo lettera raccomandata A.R. (o PEC) alla Società, con la quale richiede l'esercizio di tale diritto di recesso e conferma l'assenza di sinistri.

A seguito del recesso l'Aderente/Assicurato per il tramite del Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico. Pertanto resta dovuta alla Società la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Il diritto di recesso non si applica qualora sia avvenuto un sinistro, prima o al momento della ricezione da parte della Società della richiesta di recesso dell'Aderente/Assicurato.

# INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 "Codice Privacy" e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 "GDPR")

AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, è tenuta a fornire le seguenti informazioni sull'attività di raccolta e di utilizzo dei dati personali ai soggetti cui si riferiscono i dati raccolti.

## 1. Titolare e Responsabili del trattamento dei dati

Il Titolare del Trattamento è AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Clerici, 14 - 20121 Milano - Partita IVA 09477630967.

E' stato individuato il Referente del DPO "Data Protection Officer" per la Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il Titolare può nominare altri soggetti Responsabili del trattamento, interni o esterni, nonché Incaricati 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](mailto:info-privacy@amtrustgroup.com).

## 2. Finalità del trattamento dei dati

### Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Al fine di svolgere adeguatamente le attività necessarie alla gestione del rapporto assicurativo, la Compagnia (di seguito anche "AmTrust") acquisisce i dati personali a lei riferiti, alcuni dei quali potranno esserci forniti da lei o da terzi per obbligo di legge e/o potrebbero essere già stati acquisiti o forniti da lei o da altri soggetti.

In particolare, i suoi dati verranno utilizzati per fornire servizi e prodotti assicurativi della Compagnia nell'ambito delle seguenti attività:

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti;
- raccolta dei premi;
- liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali;
- adempimento di disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate e dagli Organi di Vigilanza e Controllo;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- attività statistiche, anche a fini di tariffazione;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- attività antifrode con screening web;
- utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato in ambito assicurativo.

## 3. Raccolta dei dati personali

I dati personali potranno essere ottenuti presso l'interessato, ovvero essere raccolti presso l'interessato da intermediari specializzati che provvederanno a comunicarli ad AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, Titolare autonomo dei dati per il perfezionamento e la gestione della polizza assicurativa.

## 4. Modalità del trattamento e tempo di conservazione dei dati

I dati saranno 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 delle misure minime di sicurezza stabilite dal Codice Privacy e, con riguardo al trattamento della categoria particolare di dati, con presidi e modalità separate e specifiche al fine di evitare ogni possibile rischio di trattamento non autorizzato.

## 5. Natura del conferimento dei dati

Nell'ambito dei servizi prestati da AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, è da considerarsi come vincolante il trattamento dati personali per la finalità di cui al paragrafo 2, in quanto il trattamento dei dati è conseguenza della stipula di un contratto tra le parti.

## 6. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali

I dati raccolti,

- a) per le finalità di cui al paragrafo 2, potranno essere comunicati alle Società del Gruppo AmTrust.
- b) per le finalità di cui al paragrafo 2, potranno essere comunicati 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, 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.

## 7. Diffusione dei dati

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

## 8. Trasferimenti dei dati all'estero

Per le finalità di cui al paragrafo 2, i dati personali potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali verso Paesi extra UE avverrà nel rispetto dei livelli di protezione e tutela dei diritti dell'interessato previsti dal GDPR e dalla normativa vigente. A tal fine garantiti dall'applicazione di "Clausole Contrattuali Standard" approvate dalla Commissione Europea e riportate all'interno di specifici contratti nel rispetto di quanto previsto dall'art. 46 del GDPR.

## 9. Conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità descritte al paragrafo 2. che precede. Alla cessazione del rapporto assicurativo i dati saranno conservati per garantire l'esercizio dei diritti connessi al rapporto assicurativo fino al decorrere della prescrizione dei diritti stessi secondo quanto prevede la normativa vigente.

## 10. Diritti dell'interessato

Come previsto dall'art. 13 del GDPR, Lei in ogni momento potrà:

- a) chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o 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;
- d) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- e) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Inoltre, in ogni momento potrà esercitare nei confronti del Titolare i diritti previsti dalla normativa, tra cui: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano; ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del Titolare, dei responsabili, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati; ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati, etc.

I diritti sopra descritti possono essere esercitati con richiesta rivolta senza formalità al Titolare del trattamento e al Referente del DPO a mezzo e-mail: [info-privacy@amtrustgroup.com](mailto:info-privacy@amtrustgroup.com).

# Convenzione

## I. Oggetto del Contratto

Con il presente contratto il Contraente stipula una Convenzione con l'assicuratore AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia, di seguito Società, avente per oggetto la garanzia di Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave, disciplinata dalle condizioni tutte che precedono.

La presente Convenzione è stipulata per conto del personale dipendente, convenzionato e/o specializzando, di Aziende Sanitarie Locali e/o Strutture Sanitarie Pubbliche o Private, che aderirà alla relativa copertura ed assumerà la qualifica di Assicurato previa sottoscrizione del Modulo di Adesione e successiva emissione del Certificato di Assicurazione.

Nel caso di adesione il rapporto tra gli Assicurati e la Società sarà regolato dalla presente Convenzione.

Resta inteso che in ordine ad ogni eventuale pretesa e/o richiesta che l'Assicurato dovesse avanzare in relazione alla garanzia prestata con la presente Convenzione, risponderà unicamente la Società la quale potrà opporre agli Assicurati tutte le eccezioni che potrebbe opporre al Contraente in forza della Convenzione.

## II. Documentazione per gli Assicurati

In sede di illustrazione della proposta di assicurazione, il Contraente si obbliga a consegnare a ciascun potenziale aderente il Fascicolo Informativo ed in particolare le Condizioni di Assicurazione, prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione con le modalità di cui all'Articolo 18 delle Condizioni di Assicurazione.

Nella stessa sede, il Contraente si obbliga a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 – "GDPR".

Il mancato adempimento di tali obblighi comporterà responsabilità diretta del Contraente, che sosterrà oneri ed eventuali spese accessorie in caso di reclami, contenziosi ed indennizzi che dovessero essere corrisposti.

Le Parti si impegnano comunque vicendevolmente a conformare i loro obblighi di condotta a quanto risulterà eventualmente stabilito dalla normativa nazionale di recepimento della Direttiva Europea in tema di intermediazione assicurativa, n. 97 del 2016.

## III. Modulo di Adesione

Ciascun Assicurato dovrà compilare, datare e sottoscrivere il Modulo di Adesione, che formerà parte integrante della Polizza, trasmetterlo al Contraente e provvedere al versamento dell'importo dovuto.

In sede di sottoscrizione del Modulo di Adesione, il Contraente si obbliga a raccogliere apposita sottoscrizione dell'Aderente di avvenuta consegna dell'Informativa Privacy e relativo consenso al trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Regolamento UE 2016/679 – "GDPR". Il mancato adempimento di tali obblighi comporterà responsabilità diretta del Contraente, che sosterrà oneri ed eventuali spese accessorie in caso di reclami, contenziosi ed indennizzi che dovessero essere corrisposti, salvo il caso in cui il Contraente stesso riesca a dar prova di aver adempiuto a detti obblighi.

## IV. Premio e modalità di pagamento

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

Il Contraente si impegna a trasmettere alla Società entro il 15° (quindicesimo) giorno di ciascun mese:

- 1) l'elenco delle nuove adesioni corredato da copia dei Moduli di Adesione sottoscritti dagli Assicurati nel mese precedente;
- 2) l'elenco degli Assicurati che, in regola con il pagamento del premio, nel mese precedente hanno prorogato la copertura relativa ai Periodi di Assicurazione successivi al primo.

Tali elenchi dovranno contenere i dati identificativi, la qualifica, il massimale, la decorrenza della garanzia e la data del versamento del premio da parte dell'Assicurato.

L'invio di tali elenchi sarà da intendersi come conferma dell'avvenuto pagamento del premio da parte dell'Assicurato. Il premio così incassato dovrà essere versato alla Società entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.

Ai sensi dell'art. 10, comma 3, della legge 8 marzo 2017 n. 24 l'onere del Premio è a carico dell'Assicurato, che provvederà a versarlo al Contraente nei termini e nei modi indicati nel Modulo di Adesione.

## V. Certificato di Assicurazione e documenti di rinnovo

La Società all'atto del ricevimento degli elenchi di cui sopra, attestanti l'avvenuto pagamento del Premio da parte degli Assicurati, provvederà ad emettere:

- 1) Per ciascun nuovo Assicurato un **Certificato di Assicurazione**, a prova della copertura assicurativa, attestante l'avvenuta applicazione alla Polizza riportante i dati dallo stesso forniti all'atto dell'adesione ovvero:
  - I dati identificativi dell'Assicurato (Cognome e Nome, Codice Fiscale e domicilio);
  - La decorrenza della garanzia;
  - La qualifica dell'Assicurato;
  - Il Massimale assicurato;
  - Il premio alla decorrenza della garanzia e delle eventuali successive annualità.
- 2) Per ciascun Assicurato che ha prorogato la copertura assicurativa un documento attestante l'avvenuta proroga della stessa.

## VI. Durata del Contratto

La Convenzione ha durata 3 anni con effetto e scadenza indicate nella Scheda di Polizza.

Sia la Società, sia il Contraente hanno facoltà di recedere dalla Convenzione annualmente previa comunicazione di Recesso da inviarsi entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione, secondo le modalità previste all'Art. 12 della Polizza.

I singoli Certificati di Assicurazione hanno sempre una durata di 12 (dodici) mesi, non sono soggetti a tacito rinnovo e cessano alla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione, anche se detta scadenza fosse successiva alla Cessazione della Polizza Collettiva.

## Modulo di Adesione

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale  
per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- I. L'Aderente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. Le dichiarazioni rese dall'Aderente/Assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la adesione alla Polizza Collettiva, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del rapporto assicurativo venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del rapporto assicurativo. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'Aderente/Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ovvero le circostanze per le quali la Società non avrebbe prestato il proprio consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose - possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- II. Il presente Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'Aderente/Assicurato.
- III. L'Assicurazione è prestata nella forma "**Claims made**", ossia volta a rendere indenne l'Aderente/Assicurato dalle richieste di risarcimento da quest'ultimo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e dallo stesso denunciate alla Società durante il medesimo periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nelle Condizioni di Assicurazione.

**Dati dell'Aderente/Assicurato**

|                                      |            |   |  |                          |         |
|--------------------------------------|------------|---|--|--------------------------|---------|
| COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*    |            | SESSO*<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |  | E-MAIL*                  |         |
| INDIRIZZO*                           |            | LOCALITÀ/COMUNE*  |  | PROVINCIA*               | C.A.P.* |
| CODICE FISCALE*                      |            | PARTITA I.V.A.  |  | ATTIVITÀ ESERCITATA*     |         |
| LUOGO DI NASCITA*                    | PROVINCIA* | DATA DI NASCITA*  |  | ANNO DI INIZIO ATTIVITÀ* |         |
| ISCRITTO ALL'ALBO DI*                |            | N° DI ISCRIZIONE*   |  | RECAPITO TELEFONICO      |         |
| POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N. |            |   |  |                          |         |

**\*CAMPI OBBLIGATORI****1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited o AmTrust International Underwriters DAC?**

L'Aderente/Assicurato è attualmente assicurato per "Colpa Grave" con una compagnia del gruppo AmTrust? SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare:

- il numero di Polizza: \_\_\_\_\_
- la data di decorrenza della prima adesione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,
- la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2) Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato****2.1 Sinistrosità pregressa dell'Aderente/Assicurato:**

Indicare se l'Aderente/Assicurato è mai stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, per un importo pari o superiore ad € 5.000,00 (cinquemila):

SI  NO

**Avvertenza: in caso di risposta affermativa il prodotto assicurativo non sarà acquistabile.****2.2 Qualifica ricoperta dall'Aderente/Assicurato**

Indicare se l'Aderente/Assicurato, negli ultimi 10 (dieci) anni, ha ricoperto il ruolo di Medico Dipendente o convenzionato presso un'Azienda Sanitaria, così come definita in Polizza:

a) Pubblica: SI  NO

b) Privata: SI  NO

**Avvertenza: la Società invita gli Assicurati a prendere nota del fatto che la presente Polizza non copre alcun tipo di Attività Libero professionale ossia ogni attività svolta al di fuori dell'Azienda Sanitaria o all'interno di essa ma con assunzione di obbligo contrattuale nei confronti del paziente. Pertanto suggeriamo a coloro che, negli ultimi 10 anni, abbiano svolto o svolgano tale attività di acquistare un prodotto ad hoc, rivolgendosi al proprio consulente di riferimento.**

## Modulo di Adesione

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- Barrare con una X la casella corrispondente alla categoria di rischio ed al massimale prescelto:

|      |  | DIPENDENTE PUBBLICO |   | MASSIMALI |   |           |   |
|------|--|---------------------|---|-----------|---|-----------|---|
| COD. | CATEGORIA DI RISCHIO   | 5 MILIONI           | X | 2 MILIONI | X | 1 MILIONE | X |
| 01   | DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA) | € 440               |   | € 396     |   | € 365     |   |
| 02   | DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA  | € 410               |   | € 369     |   | € 340     |   |
| 03   | DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA  | € 384               |   | € 346     |   | € 319     |   |

|      |  | DIPENDENTE PRIVATO |   | MASSIMALI |   |           |   |
|------|--|--------------------|---|-----------|---|-----------|---|
| COD. | CATEGORIA DI RISCHIO   | 5 MILIONI          | X | 2 MILIONI | X | 1 MILIONE | X |
| 04   | DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA) | € 528              |   | € 475     |   | € 438     |   |
| 05   | DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA  | € 492              |   | € 443     |   | € 408     |   |
| 06   | DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA  | € 461              |   | € 415     |   | € 382     |   |

|      |   | SPECIALIZZANDO PUBBLICO E/O PRIVATO |   | MASSIMALI |   |           |   |
|------|---|-------------------------------------|---|-----------|---|-----------|---|
| COD. | CATEGORIA DI RISCHIO                              | 5 MILIONI                           | X | 2 MILIONI | X | 1 MILIONE | X |
| 07   | MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA/SPECIALIZZANDO | € 220                               |   | € 198     |   | € 183     |   |

**Avvertenza: qualora in uno o in più dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di adesione alla Polizza (Articolo 1 – Forma dell'Assicurazione e Retroattività) l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, le Categorie di Rischio andranno indicate tutte nel Modulo di Adesione ed il premio annuo dovuto corrisponderà alla qualifica con premio più elevato.**

### 2.3 Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

- L'Aderente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- L'Aderente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione NON impegna all'adesione alla Polizza di Assicurazione. Tuttavia, qualora il rapporto assicurativo venga perfezionato, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- L'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «**Claims made**», ossia è resa attiva solo quando la Richiesta di Risarcimento sia portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa.
- L'Assicurato dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 7 - Esclusioni; Articolo 10 - Variazioni del rischio; Articolo 14 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 15 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 17 - Gestione della Polizza; Articolo 18 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio; Articolo 19 - Determinazione del premio; Articolo 20 - Precisazioni sull'operatività della garanzia.
- Presa visione Privacy per finalità assicurative.** Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- L'Aderente/Assicurato dichiara di avere ricevuto, prima dell'adesione alla Polizza di Assicurazione in oggetto, il modulo 7A - "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" ed il modulo 7B - "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 e successive modifiche.
- L'Aderente/Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Fascicolo Informativo (AmTrust ColpaGrave – Linea Collettiva – Ed. 06/2018) contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il trattamento dei dati personali.**

## Modulo di Adesione

### Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- L'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso visione e di accettare il Periodo di Retroattività previsto in polizza (10 anni dalla Data di Continuità Assicurativa).
- Il premio convenuto è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione ed il pagamento dello stesso dovrà avvenire con periodicità annuale così come riportato agli artt. 18 e 19 delle Condizioni di Assicurazione.
- È prevista la facoltà per l'Aderente/Assicurato di aderire alla Polizza Collettiva alla decorrenza della stessa, nonché durante tutto il periodo in cui la stessa è vigente, ed il premio dovuto è sempre determinato per una durata di 12 (dodici) mesi.
- Il pagamento del premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:
  - assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
  - sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

**AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma dell'Aderente/Assicurato \_\_\_\_\_



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC  
40 Westland Row, Dublin 2, Ireland, D02 HW74 (Registered Office)  
Capitale Sociale e Riserve € 47.906.478,00  
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Clerici, 14 - 20121 Milano  
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174  
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047  
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland

AmTrust International Underwriters DAC  
Capitale Sociale e Riserve € 47.906.478,00  
Authorised and regulated by the Central Bank of Ireland

Rappresentanza Generale per l'Italia  
Via Clerici, 14 - 20121 Milano  
Tel: 02 8343 8150  
Fax: 02 8343 8174  
Email: milan@amtrustgroup.com  
Compagnia iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n° I.00132  
Codice IVASS Impresa n° D933R  
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967  
R.I. Milano • REA C.C.I.A.A. Milano 2093047

AmTrust ColpaGrave – Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private - Linea Collettiva  
Edizione Giugno 2018