

## Scheda di Polizza - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

POLIZZA N° <b>IITDMM17B000739600000</b>	POLIZZA SOSTITUITA N° <b>*</b>	RAMO <b>RC</b>	PRODOTTO <b>Colpa Grave</b>	INTERMEDIARIO <b>WILLIS</b>	COD. <b>396</b>
--	-----------------------------------	-------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------

### Contraente

WILLIS ITALIA S.P.A.		CODICE FISCALE <b>03902220486</b>	PARTITA IVA <b>03902220486</b>		
VIA N° <b>Via Tortona, 33</b>		LOCALITÀ / COMUNE <b>Milano</b>	PROVINCIA <b>MI</b>	C.A.P. <b>20144</b>	

### Data di effetto e scadenza della Polizza

EFFETTO DALLE ORE 24 <b>30/06/2017</b>	SCADENZA ALLE ORE 24 <b>30/06/2020</b>	PROSSIMA QUIETANZA <b>30/06/2018</b>
---	---	---

### Modelli allegati

AmTrust ColpaGrave - Linea Collettiva - Ed.05/2017

### Premio alla firma

PREMIO NETTO <b>€ 0,00</b>	ACCESSORI <b>€ 0,00</b>	PREMIO IMPONIBILE <b>€ 0,00</b>	IMPOSTE <b>€ 0,00</b>	TOTALE PREMIO <b>€ 0,00</b>
-------------------------------	----------------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------------------

### Premio rate successive

PREMIO NETTO <b>€ 0,00</b>	ACCESSORI <b>€ 0,00</b>	PREMIO IMPONIBILE <b>€ 0,00</b>	IMPOSTE <b>€ 0,00</b>	TOTALE PREMIO <b>€ 0,00</b>
-------------------------------	----------------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------------------

### Dichiarazioni del Contraente

L'assicurazione è regolata dalle condizioni e dichiarazioni contenute negli allegati modelli sopra richiamati, che formano parte integrante del presente contratto e che il Contraente dichiara di conoscere, di aver ricevuto e sottoscritto. Il presente contratto si compone di n° 19 pagine.

la Società

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

**Michela Cava**

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

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre di avere ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa all'Assicurato 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 accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni del Contratto: III. Modulo di Proposta; VI. Durata del Contratto; A) Clausola Privacy;
- 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 12 (dodici) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa intendendosi per tale la meno recente tra:
  - la data di decorrenza della Polizza;
  - la data di adesione dell'Assicurato ad analoga copertura assicurativa a condizione che 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 decorrenza della Polizza.
- di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:
 

Articolo 1 - Forma dell'assicurazione ("claims made") e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 8 - Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione "claims made"); Articolo 11 - Variazioni del rischio; Articolo 13 - Durata della Polizza; Articolo 14 - Coesistenza di altre assicurazioni; Articolo 15 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento o Circostanza; Articolo 16 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 19 - Gestione della Polizza; Articolo 20 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio; Articolo 21 - Determinazione del premio; Articolo 22 - Precisazioni sull'operatività della garanzia; Articolo 23 - Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti; Articolo 28 - Oggetto e sottolimiti della Garanzia Condanna in solido; Articolo 29 - Determinazione del Premio per estensione a sezione B; Articolo 30 - Esclusioni sezione B; Articolo 31 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 32 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro.

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

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

- la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
- al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

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

Emessa in quadruplica copia in **Milano**, il **29/06/2017**

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

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

## Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per “Colpa Grave” dei Dipendenti di Aziende Sanitarie



Il presente Fascicolo Informativo contiene:

- Nota Informativa, comprensiva del glossario;
- Condizioni di assicurazione;
- Modulo di Proposta.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Il presente Fascicolo informativo, contenente Nota Informativa, Glossario, Condizioni di assicurazione e Modulo di Proposta, deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione. Edizione Maggio 2017.



# Nota Informativa

## Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente le condizioni di assicurazione prima di sottoscrivere la polizza.

### 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 2244000.

La Rappresentanza Italiana

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

Email: [milan@amtrustgroup.com](mailto:milan@amtrustgroup.com) - [www.amtrusteurope.it](http://www.amtrusteurope.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 Impresa n° D933R.

#### 2. Informazioni sullo stato patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari a 174 milioni di euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 37 milioni di euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 137 milioni di euro. L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni è pari a 174%, 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 31/12/2016.

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

### B. Informazioni sul contratto

La presente convenzione è stipulata per una durata triennale con effetto dalla data riportata nella **Scheda di Polizza**.

A scadenza la convenzione sarà rinnovabile previo accordo tra le Parti.

La singola adesione avrà effetto dalla data indicata nel **Certificato di Assicurazione** e durata annuale (12 mesi) con tacito rinnovo, salvo quanto previsto dagli Artt. V - **Certificato di Assicurazione** e documenti di Rinnovo, VI - **Durata del Contratto**, e dagli Articoli 16 - **Facoltà di Recesso in caso di Sinistro** e 20 - **Modalità e disciplina delle adesioni alla Convenzione e pagamento del Premio**.

**AVVERTENZA:** in assenza di disdetta da inviarsi con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale il contratto si rinnova per un altro anno, fino a scadenza della convenzione.

#### 1. Coperture Assicurative - Limitazioni ed esclusioni

L'Impresa assicura i rischi della Responsabilità Civile per danni causati a terzi, commessi nell'esercizio dell'attività professionale, così come previsto dagli Articoli 3, 7 e 22 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA:** sono previsti casi di **limitazioni** ed **esclusioni** che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Articoli 2,5,6,7,8,11 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA:** per i rischi della Responsabilità Civile l'Impresa corrisponde le somme dovute a titolo di risarcimento entro il **massimale** convenuto.

Per massimale si intende la somma massima sino a concorrenza della quale l'Impresa presta l'assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 2 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **Esempio**

Qualora sia convenuto in polizza un massimale pari a € 2.000.000,00 per Sinistro e Periodo di Assicurazione, l'Impresa 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:** per i rischi della Responsabilità Civile l'Impresa potrebbe prevedere una **franchigia** da applicarsi in caso di sinistro.

Per franchigia si intende l'importo prestabilito che in caso di sinistro rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'indennizzo che sarebbe spettato se tale franchigia non fosse esistita.

#### **Esempio**

Qualora sia convenuto in polizza una franchigia pari a € 50.000,00 per sinistro, l'Impresa risponde, nel limite del massimale convenuto, con la detrazione di un importo pari a € 50.000,00, ovvero nel caso di richiesta di risarcimento pari a € 80.000,00 l'indennizzo ammonta ad € 30.000,00 (80.000,00 – 50.000,00).

## 2. 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 23 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA:** Il presente contratto non prevede specifici casi e/o cause di nullità oltre quelle previste a termini di legge

## 3. Aggravamento e diminuzione del rischio

**AVVERTENZA:** ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 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. L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio ai sensi di quanto previsto dagli artt. 66 e 67 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, nonché degli artt. 1897 e 1898 c.c.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 11 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **Esempio**

Qualora il medico abbia una copertura di Responsabilità Civile 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.

## 4. Premi

Il Premio convenuto è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del Premio o della rata di Premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

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

**AVVERTENZA:** L'impresa o l'intermediario hanno la facoltà di prevedere specifici sconti, in tal caso informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita dell'impresa medesima.

## 5. Diritto di Rivalsa

**AVVERTENZA:** la Rivalsa è un diritto della Compagnia assicuratrice in base al quale la medesima è autorizzata ad agire nei confronti del responsabile del sinistro al fine di recuperare le somme pagate al danneggiato a titolo di risarcimento.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 17 delle Condizioni di Assicurazione.

## 6. Diritto di Recesso

L'Assicurato può recedere dal contratto esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dal ricevimento della Polizza stipulata in caso di vendita a distanza.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 25 delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di Sinistro l'Impresa, il Contraente e l'Assicurato possono recedere dal Contratto in un periodo compreso tra la data di denuncia del Sinistro e il sessantesimo giorno della sua liquidazione o reiezione, con preavviso scritto di 90 giorni.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 16 delle Condizioni di Assicurazione.

## 7. Prescrizione e decadenza dai 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 dell'Impresa, fatto salvo quanto previsto all'Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

## 8. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

## 9. Regime fiscale

Per i rischi della Responsabilità Civile, il Premio imponibile è soggetto all'Imposta sulle assicurazioni nella misura stabilita dalla legge.

## C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

### 10. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

**AVVERTENZA:** L'Assicurato deve far denuncia scritta all'Impresa 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 dell'Impresa entro il limite del 25% del Massimale garantito.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Articoli 16 e 19 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.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 22 delle Condizioni di Assicurazione.

### 11. Reclami

**AVVERTENZA:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a AmTrust International Underwriters DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Clerici, 14 - 20121 Milano – tel. 0283438150, fax: 0283438174, Email [reclami@amtrustgroup.com](mailto:reclami@amtrustgroup.com).

Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, ovvero a suo giudizio, il reclamante potrà presentare il proprio reclamo all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono: 06 42 1331, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Impresa di Assicurazione ed il relativo riscontro. In seconda istanza, rivolgendosi direttamente al sistema competente in Irlanda: Financial Services Ombudsman's Bureau, 3<sup>rd</sup> Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2 – Tel: +353 1 6620899 Fax: +353 1 6620890 email: [enquiries@financialombudsman.ie](mailto:enquiries@financialombudsman.ie) – [www.financialombudsman.ie](http://www.financialombudsman.ie) .

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

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

Resta salva comunque per il cliente che ha presentato reclamo alla Compagnia la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

### 12. 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.

---

**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**

**Michel Cava**  


# Glossario

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

<b>Assicurato</b>	il personale dipendente, convenzionato e/o specializzando dell' <b>Azienda Sanitaria</b> che abbia aderito alla presente <b>Polizza</b> per il tramite del <b>Contraente</b> .
<b>Attività Professionale</b>	l'attività sanitaria connessa alla qualifica dichiarata nel <b>Modulo di Proposta</b> e svolta dall' <b>Assicurato</b> presso la o per conto dell' <b>Azienda Sanitaria</b> .
<b>Azienda Sanitaria / Struttura pubblica</b>	l'Azienda Sanitaria Locale o la struttura sanitaria pubblica facente capo al Servizio Sanitario Nazionale, presso la o per conto della quale l' <b>Assicurato</b> presta, ha prestato o presterà servizio.
<b>Certificato di Assicurazione</b>	il documento emesso dalla <b>Società</b> che va a formare parte integrante della <b>Polizza</b> , emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo <b>Assicurato</b> , nel quale sono indicati i dati relativi all' <b>Assicurato</b> , le date di effetto e di scadenza dell'assicurazione e il <b>Premio</b> con le relative imposte governative.
<b>Circostanza</b>	la segnalazione, inviata all' <b>Assicurato</b> dall' <b>Azienda Sanitaria</b> , di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali <b>Danni</b> .
<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>Contraente</b>	il soggetto che stipula il contratto a favore di terzi.
<b>Cose</b>	sia gli oggetti materiali sia gli animali.
<b>Danno/Danni</b>	il pregiudizio economico 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.
<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'<b>Assicurato</b> alla presente <b>Polizza</b>;</li><li>• la data di adesione dell'<b>Assicurato</b> ad analoga copertura assicurativa purché la stessa sia stata stipulata con la <b>Società</b> o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della <b>Società</b> e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di adesione alla presente <b>Polizza</b>.</li></ul>
<b>Impresa di Assicurazione</b>	Si veda " <b>Società</b> ".
<b>Intermediario</b>	l'intermediario di assicurazioni indicato nella <b>Scheda di Polizza</b> al quale il <b>Contraente</b> ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa <b>Polizza</b> .
<b>Massimale</b>	la somma massima che la <b>Società</b> sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni <b>Sinistro</b> e per l'insieme di tutti i <b>Sinistri</b> pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle <b>Richieste di Risarcimento</b> e delle persone danneggiate.
<b>Modulo di Proposta</b>	il modulo, valido 30 giorni dalla data di sottoscrizione, costituente prova dell'adesione alla presente <b>Polizza</b> da parte dell' <b>Assicurato</b> e sottoscritto dall' <b>Assicurato</b> stesso.
<b>Perdite Patrimoniali</b>	il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di danni materiali e corporali.

<b>Periodo di Assicurazione</b>	il periodo compreso tra la data di effetto e la data della prima scadenza annuale della <b>Polizza</b> . Successivamente il <b>Periodo di Assicurazione</b> corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo della <b>Polizza</b> medesima. Ad ogni scadenza, pagato il <b>Premio</b> convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo <b>Periodo di Assicurazione</b> , distinto dal precedente e dal successivo.
<b>Periodo di Retroattività</b>	il periodo temporale pari ai 12 (dodici) anni antecedenti alla <b>Data di Continuità Assicurativa</b> .
<b>Personale convenzionato</b>	soggetti che prestano i propri servizi in Libera Professione tramite specifica convenzione e le cui prestazioni sono parzialmente o totalmente riscalate dal servizio sanitario nazionale.
<b>Personale dipendente</b>	soggetti che operano all'interno dell'Azienda / Struttura pubblica in rapporto di lavoro subordinato.
<b>Personale specializzando</b>	soggetti che non hanno, al momento della sottoscrizione del <b>Modulo di Proposta</b> , conseguito una specializzazione.
<b>Polizza</b>	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
<b>Premio</b>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Richiesta di Risarcimento</b>	quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell' <b>Assicurato</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'<b>Assicurato</b> dinanzi alla Corte dei Conti;</li> <li>• la comunicazione con la quale l'<b>Azienda Sanitaria</b> o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'<b>Assicurato</b> di volersi rivalere nei suoi confronti per <b>Danni</b> conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.</li> </ul>
<b>Scheda di Polizza</b>	il documento, annesso a questa <b>Polizza</b> per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi al <b>Contraente</b> , le date di effetto e di scadenza della convenzione.
<b>Sinistro</b>	la <b>Richiesta di Risarcimento</b> sopra definita, di cui l' <b>Assicurato</b> venga a conoscenza per la prima volta nel corso del <b>Periodo di Assicurazione</b> .
<b>Società</b>	l'impresa di assicurazioni <b>AmTrust International Underwriters DAC</b> .

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

# Condizioni di Contratto

## I. Oggetto del Contratto

Con il presente contratto il **Contraente** stipula una **Polizza** collettiva con l'assicuratore AmTrust International Underwriters DAC, di seguito Società, avente per oggetto la garanzia di Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, disciplinata dalle condizioni tutte che seguono. La presente **Polizza** collettiva è stipulata per conto del personale dipendente, convenzionato e/o specializzando, di Aziende Sanitarie Locali o strutture sanitarie pubbliche facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale, che aderirà alla relativa copertura mediante sottoscrizione di idoneo **Modulo di Proposta**, e di seguito definito **Assicurato**.

Nel caso di adesione il rapporto tra gli **Assicurati** e la **Società** sarà regolato dal presente Contratto di seguito **Polizza**.

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 **Polizza**, risponderà unicamente alla **Società** la quale potrà opporre agli **Assicurati** tutte le eccezioni che potrebbe opporre al **Contraente** in forza della **Polizza**.

## 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 Proposta**.

Nella stessa sede, il **Contraente** si obbliga a consegnare Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Testo Unico sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003).

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.

## III. Modulo di Proposta

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

In sede di sottoscrizione del **Modulo di Proposta**, 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 Testo Unico sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003).

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.

## IV. Premio e modalità di pagamento

All'atto del perfezionamento della **Polizza** 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 Proposta** 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, 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.

## 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 anno **Assicurato** un **Certificato di Assicurazione**, a prova della copertura assicurativa, attestante l'avvenuta applicazione alla **Polizza** riportante i dati dello 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 un documento attestante l'avvenuto rinnovo della stessa.

## VI. Durata del Contratto

La **Polizza** ha durata 3 anni.

Sia la **Società**, sia il **Contraente** hanno facoltà di rescindere il contratto annualmente 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).

Le singole adesioni sono soggette a tacito rinnovo alla scadenza di ogni **Periodo di Assicurazione**.



# Condizioni di Assicurazione

## SEZIONE A – Condizioni sempre operanti

### Avviso importante

La presente Polizza è prestata nella forma “Claims made”, come precisato al successivo Articolo 1 - Forma della assicurazione e Retroattività.

### 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 decorrenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 12 (dodici) 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 e 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:

- azione di surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni dell'**Azienda Sanitaria** nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL;
- azione di rivalsa esperita dall'**Azienda Sanitaria** in conseguenza di danni erariali nei casi previsti dalla legge;
- **Perdite Patrimoniali**, incluse nella rivalsa esperita dall'**Azienda Sanitaria** di cui l'**Assicurato** sia responsabile ai sensi di legge, entro un limite del 10% del **Danno** indennizzato.

Tutto quanto sopra riportato a condizione che per tali **Danni** egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti.

L'assicurazione si intende estesa alla responsabilità civile dell'**Assicurato** per **Danni** derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita; in tale ipotesi la copertura è altresì estesa ai **Danni** cagionati con colpa lieve con un sottolimito per ciascun **Sinistro** di un importo pari a € 1.000.000,00 (unmilione/00).

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**, ad esclusione di quanto previsto al capoverso che precede.

### 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 - Persone non considerate terzi

Non sono considerate terzi il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'**Assicurato** nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive.

### Articolo 6 - 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 trovandosi l'**Assicurato** in tali Paesi su incarico dell'Azienda Sanitaria, ad esclusione gli Stati Uniti d'America, il Canada e 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 **Richieste di Risarcimento** fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

## Articolo 7 - 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 Proposta** 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.

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 8 - 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 15 relativamente alla denuncia delle **Circostanze**;
- 2) le **Richieste di Risarcimento** e/o le **Circostanze** 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;
- 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 verifichino 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**.

## Articolo 9 - 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 10 - 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** resta coperta, alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale **Periodo di Assicurazione**.

Resta peraltro convenuto che, previa comunicazione alla **Società** della sopravvenuta cessazione dell'**Attività Professionale**, è riservata all'**Assicurato**, o in caso di decesso ai suoi eredi, la facoltà di prorogare annualmente la **Polizza** versando alla **Società** un **Premio** annuo pari al 50% del **Premio** corrispondente all'ultima mansione svolta a copertura delle **Richieste di Risarcimento** portate per iscritto a conoscenza dell'**Assicurato** dopo la cessazione definitiva dell' **Attività Professionale** purché conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del **Periodo di Retroattività** convenuto.

Tutto quanto sopra unicamente nel caso in cui la cessazione definitiva dell'**Attività Professionale** ed il **Premio** dovuto per la proroga vengano rispettivamente comunicata e versato alla **Società** entro i 30 (trenta) giorni successivi alla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione**.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'Art. 16 – Facoltà di Recesso in caso di Sinistro.

## Articolo 11 - 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 12 - Oneri fiscali

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

## Articolo 13 - Durata della Polizza

La Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalla data indicata nella Certificato di Assicurazione, fermo quanto previsto all'Articolo 20 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Convenzione e pagamento del **Premio**.

La disdetta dovrà essere inviata all'altra Parte almeno 60 (sessanta) giorni prima della data di scadenza del Periodo di Assicurazione tramite (in alternativa):

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

In assenza di disdetta alla Polizza, la stessa si intenderà rinnovata per un nuovo Periodo di Assicurazione e così successivamente.

Ai sensi dell'art. 1901 c.c in caso di mancato pagamento del **Premio** o della rata di **Premio** successivo alla stipulazione del contratto l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza.

## Articolo 14 - 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 15 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di richiesta di risarcimento o circostanza

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 quanto segue:

- a) le **Richieste di Risarcimento** per cui abbia ricevuto in forma certa:
  - 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;
  - l'invito a dedurre o la citazione in giudizio da parte della Corte dei Conti.
- b) le **Circostanze** per cui abbia ricevuto in forma certa la segnalazione dall'**Azienda Sanitaria** di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali **Danni**.  
Eventuali future **Richieste di Risarcimento** connesse e/o conseguenti alle **Circostanze** regolarmente notificate alla **Società** nei termini e nelle modalità previste dal presente articolo di **Polizza**, saranno trattate a tutti gli effetti come **Sinistri** verificatisi nel **Periodo di Assicurazione** di notifica della **Circostanza**.

Non sono ascrivibili a **Richiesta di Risarcimento** o **Circostanza** le azioni giudiziarie, siano esse civili o penali, promosse contro l'**Assicurato** in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto dell'assicurazione e pertanto non devono essere denunciate e/o notificate alla **Società**.

La denuncia di **Sinistro**, **Richiesta di Risarcimento** e/o di **Circostanza** 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 dall'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** e/o alla **Circostanza**, 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 16 - Facoltà di Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni denuncia di **Sinistro** e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto il **Contraente** che la **Società** possono recedere da questa **Polizza** 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 **Assicurato**, 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.

È altresì convenuto che in caso di denuncia di **Sinistro** e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione tanto il **Contraente/Assicurato** che la **Società** possono far cessare la copertura assicurativa relativa alla singola adesione colpita dal Sinistro con preavviso scritto di 90 (novanta) 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 17 - Surrogazione

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

## Articolo 18 - 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 19 - Gestione della Polizza

Con la sottoscrizione della **Scheda di Polizza**, facente parte integrante della presente **Polizza**, il **Contraente**, anche per conto degli **Assicurati**, conferisce all'Intermediario indicato nella **Scheda di Polizza** stessa il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione. E' convenuto pertanto che ogni comunicazione fatta:

- a) dalla **Società** all'Intermediario sarà considerata come fatta al **Contraente** e/o all'**Assicurato**;
- b) 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.

## Articolo 20 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Convenzione e pagamento del Premio

La singola adesione avrà effetto dalla data indicata in ciascun **Certificato di Assicurazione** e durata annuale (12 mesi) con tacito rinnovo.

Relativamente alle nuove adesioni e ai rinnovi pervenuti nel corso dell'ultimo anno di validità della presente convenzione, si precisa che la copertura avrà una durata di 12 mesi, scaduti i quali si intenderà cessata senza tacito rinnovo.

Per l'adesione alla presente **Polizza** il **Contraente**, o suo incaricato, mette a disposizione degli **Assicurati** una idonea procedura attraverso la quale il **Contraente** si impegna a consegnare agli **Assicurati** le condizioni di assicurazione, l'informativa per la protezione dei dati personali (privacy), il **Modulo di Proposta** ed il fascicolo informativo.

L'assicurazione si intende valida sempre che l'**Assicurato** abbia sottoscritto il **Modulo di Proposta** e che risulti in regola con il versamento del **Premio** nei termini dovuti.

Relativamente alle adesioni successive alla data di effetto della presente convenzione, il **Certificato di Assicurazione** e così anche la copertura assicurativa avranno decorrenza dalle ore 24.00 del giorno nel quale è stato sottoscritto il **Modulo di Proposta** a condizione che il relativo **Premio** sia stato versato nei termini dovuti.

Resta inteso che qualora l'aderente svolga più attività, dovrà indicarle tutte nel **Modulo di Proposta**. In questo caso il **Premio** da corrispondersi sarà pari all'importo riferito all'attività di più alto rischio.

## Articolo 21 - 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:

Codice	Le categorie di rischio	Premio Annuale Lordo	
01	Medico Direttore di Struttura Sanitaria	€	474,00
02	Medico	€	474,00
03	Medico in formazione specialistica / specializzando	€	336,00
05	Dirigente o quadro sanitario NON medico	€	240,00
06	Altro personale del comparto sanitario non Medico	€	78,00

Qualora in uno o in più dei 12 (dodici) 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, la qualifica ed il **Premio** annuo dovuto dovranno corrispondere alla qualifica con **Premio** più elevato.

### Articolo 22 - Precisazioni sull'operatività della garanzia

La presente **Polizza** opera unicamente per le attività professionali mediche, svolte dall'**Assicurato** alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario Nazionale, 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 23 - 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 24 - Foro competente

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

### Articolo 25 - 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 26 - Recesso per Ripensamento in caso di vendita a distanza

L'Assicurato ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione, agli Assicuratori, anche per il tramite dell'Intermediario. Il termine che precede decorre dal giorno della ricezione, da parte dell'Assicurato, della Polizza.

### Articolo 27 - Clausola di Continuità

Limitatamente agli **Assicurati** che alla data di effetto dell'adesione alla presente **Polizza**, nelle modalità previste dall'Articolo 20 che precede, siano titolari di analoga copertura assicurativa con polizza AmTrust ITDMM15B201539600000, in scadenza alla data di adesione alla presente **Polizza**, la copertura assicurativa viene prestata senza soluzione di continuità.

## SEZIONE B – Condizioni operanti solo se espressamente richiamate

Ad integrazione di quanto previsto nel Glossario che precede, le Parti convengono qualora di scelga di estendere la copertura alla garanzia assicurativa prestata dalla presente Estensione di Garanzia, valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto le seguenti definizioni:

### Richiesta di Risarcimento

Quella che tra le seguenti circostanze viene a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione:

- la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste nell'oggetto di questa assicurazione;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.

### Articolo 28 – Oggetto e sottolimiti della Garanzia Condanna in solido

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale corresponsabile ai sensi di legge in conseguenza di un fatto colposo, di errore o di omissione commessi unicamente nell'esercizio della propria attività professionale, (semprechè l'Assicurato risulti in regola con il versamento del **Premio** nei termini pattuiti) ed accertati con sentenza emessa da parte dell'Autorità Giudiziaria competente, che condanni in solido l'Assicurato e l'Azienda.

La garanzia è prestata alle seguenti condizioni:

**1) In caso di condanna in solido in sede Civile:**

Sottolimito di € 200.000,00 (operante nel solo caso di inadempimento da parte dell'**Azienda Sanitaria / Struttura Pubblica** dei propri obblighi ex CCNL) ed operante solo per la quota parte addebitata all'assicurato;

**2) In caso di condanna al pagamento di provvisoria in sede penale:**

Sottolimito di € 50.000,00 (operante nel solo caso di inadempimento da parte dell'**Azienda Sanitaria / Struttura Pubblica** dei propri obblighi ex CCNL) – con l'evidente esclusione delle condanne connaturate da comportamento doloso dell'assicurato.

### Articolo 29 - Determinazione del Premio per estensione a sezione B

Per coloro che intendessero aderire alla presente estensione in fase di prima adesione o di rinnovo della stessa, il **Premio** annuo aggiuntivo dovuto, a seconda alla copertura assicurativa dell'**Attività Professionale** svolta dall'**Assicurato**, sarà il seguente:

CODICE	QUALIFICA DELL'ASSICURATO	PREMIO ANNUO LORDO PER ESTENSIONE SEZIONE B
01	Medico Direttore di Struttura Sanitaria	€ 500,00
02	Medico	€ 500,00
03	Medico in formazione specialistica (Specializzando)	€ 300,00
04	Dirigente o Quadro Sanitario non Medico	€ 100,00
05	Altro personale del comparto sanitario non Medico	€ 100,00

Qualora in uno o in più dei 12 (dodici) 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, la qualifica ed il **Premio** annuo dovuto dovranno corrispondere alla qualifica con **Premio** più elevato.

### Articolo 30 - Esclusioni sezione B

Per le esclusioni si rimanda a quanto stabilito all'Articolo 8 – Esclusioni.

### Articolo 31 - Gestione delle vertenze e spese legali

La **Società** assume in sede civile, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'**Assicurato**, designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'**Assicurato** stesso. Sono a carico della **Società** le spese legali sopportate per assistere e difendere l'**Assicurato** in caso di **Sinistro**, in aggiunta al **Massimale** stabilito in **Polizza**, ma entro il limite del 25% del sottolimito medesimo. La

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

### Articolo 32 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

L'**Assicurato** deve far denuncia scritta alla **Società** di ciascun **Sinistro** entro 15 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. L'**Assicurato**, entro tale termine, deve altresì far pervenire alla **Società** copia della denuncia scritta con la quale ha informato dell'avvenuta ricezione della richiesta di risarcimento la propria dell'**Azienda Sanitaria / Struttura Pubblica** presso la quale esercita la propria attività, chiedendo espressamente di essere da questa (o dalla sua compagnia di assicurazione per la RC Terzi) manlevato".

Nell'ipotesi in cui l'**Assicurato** non provvedesse in tal senso, la **Società** si riserva il diritto di negare l'indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di chiedere il maggior danno.

la Società **AmTrust International Underwriters DAC**  
**Rappresentanza Generale per l'Italia**  
**il Procuratore Speciale**

Michele Gava  


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

# INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

(Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 - Codice della Privacy)

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 utilizzo dei dati personali ai soggetti cui si riferiscono i dati raccolti.

## 1. Finalità del trattamento dei dati:

Il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato:

- alla gestione del rapporto contrattuale con gli assicurati e i contraenti e all'accertamento dell'eventuale diritto al risarcimento del danno oltre che alla quantificazione dello stesso. L'acquisizione dei dati personali comuni e sensibili è strettamente necessaria al conseguimento delle predette finalità;
- all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti, da normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate e dagli Organi di Vigilanza e Controllo.

Pertanto l'eventuale rifiuto nel conferirli, nel rilasciare il consenso al relativo trattamento e nel comunicare i dati ai soggetti di seguito citati, impedisce la gestione del rapporto assicurativo.

## 2. Modalità del trattamento:

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 della Privacy e, con riguardo al trattamento dei dati sensibili, con presidi e modalità separate e specifiche al fine di evitare ogni possibile rischio di trattamento non autorizzato.

## 3. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali:

I dati raccolti, inclusi quelli sensibili,

a) per le finalità di cui al punto 1. a), potranno essere comunicati alle Società del Gruppo AmTrust, in particolare a:

AmTrust Europe Ltd, Market Square House, St. James's Street Nottingham NG1 6FG (UK) - P.I. GB764402928;  
AmTrust Financial Services, Inc. - 59 Maiden Lane, 43rd Floor New York, NY 10038 e sedi secondarie;  
AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - 40 Westland Row - Dublin 2 No. 169384;  
AmTrust Europe Limited, Via Clerici, 14 - 20121 Milano - Codice Fiscale 97579510153 - Partita IVA 07972530963;  
AmTrust Insurance Agency Italy S.r.l., Via Clerici, 12 - 20121 Milano - P.I./C.F. 0957834096;  
AmTrust Italia S.r.l., Via Clerici, 12 - 20121 Milano - P.I./C.F. 08980070968;  
Amtrust Mortgage Insurance Limited, Piazza della Repubblica, 14 20124 Milano - C.F. 03517310961;  
Amtrust Mortgage Insurance Services Limited, Piazza della Repubblica, 14 20124 - CF: 05801270967;

b) per le finalità di cui al punto 1. a) e b), ai soggetti facenti parte della cosiddetta catena assicurativa quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: Assicuratori, Coassicuratori, Riassicuratori, agenti e brokers, Organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, assicurati e terzi danneggiati, legali, 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.

## 4. Diffusione dei dati:

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

## 5. Trasferimenti dei dati all'estero:

Per le finalità di cui al punto 1. con riferimento ai soggetti indicati al punto 3. i dati personali possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea. E' richiesto il suo consenso per tale trasferimento al fine di permettere la gestione del rapporto assicurativo.

## 6. Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti:

In qualsiasi momento, in forza dei diritti previsti dagli artt. 7 - 10 del Codice Privacy, l'interessato può richiedere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intellegibile, a meno che non ne derivi pregiudizio allo svolgimento delle investigazioni difensive o all'esercizio del diritto in sede giudiziaria così come previsto dall'art.8 lett.e); di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati e di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

## 7. Titolare 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 Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174 Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano • REA C.C.I.A.A. Milano 2093047.

## 8. Diritti dell'interessato:

L'elenco dei Responsabili del trattamento e degli Incaricati designati da AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia è disponibile presso la sede del Titolare. L'interessato, per l'esercizio dei propri diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, potrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: [info-privacy@amtrustgroup.com](mailto:info-privacy@amtrustgroup.com).



## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

- I. Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze rilevanti ai fini della stipula del contratto tali che la Società, si riserva ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di recedere dal contratto e di ridurre in tutto o in parte la prestazione dovuta.
- II. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei Medici dipendenti di Aziende Sanitarie deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente / Assicurato.

### Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E- MAIL	TELEFONO	FAX	
ISCRITTO ALL'ALBO DEI MEDICI DI (OVE APPLICABILE)		NUMERO ISCRIZIONE (OVE APPLICABILE)	
POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N°			

COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	MASSIMALE	PREMIO LORDO ANNUO SEZIONE A	PREMIO LORDO ANNUO SEZIONE A + SEZIONE B
01	Medico Direttore di Struttura Sanitaria	€ 5.000.000	<input type="checkbox"/> € 474,00	<input type="checkbox"/> € 974,00
02	Medico	€ 5.000.000	<input type="checkbox"/> € 474,00	<input type="checkbox"/> € 974,00
03	Medico in formazione specialistica (Specializzando)	€ 5.000.000	<input type="checkbox"/> € 336,00	<input type="checkbox"/> € 636,00
04	Dirigente o Quadro Sanitario non Medico	€ 5.000.000	<input type="checkbox"/> € 240,00	<input type="checkbox"/> € 340,00
05	Altro personale del comparto sanitario non Medico	€ 5.000.000	<input type="checkbox"/> € 78,00	<input type="checkbox"/> € 178,00
06	Ultrattività: soggetti che hanno cessato il rapporto di lavoro con l'Azienda di appartenenza, provenendo da una delle categorie precedenti (1-2-3-4-5). Art.10 delle Condizioni di Polizza.		50% del premio base per categoria di appartenenza	

**NOTA BENE:** L'estensione facoltativa "Condanna in solido" può essere acquistata, in aggiunta alle garanzie base, esclusivamente in fase di prima adesione o di rinnovo della stessa.

**Avvertenza:** barrare con una X il codice dell'attività opzionata; qualora in uno o in più anni dei 12 (dodici) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa (Articolo 1 – Forma dell'Assicurazione e Retroattività) l'attività svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, la qualifica e il premio annuo dovuto dovranno corrispondere alla qualifica con premio annuo più elevato.

### 1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited o AmTrust International Underwriters DAC?

Il Proponente è attualmente assicurato per "colpa grave" con compagnie del gruppo AmTrust? SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

### 2) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

- Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- Il Proponente / 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 12(dodici) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa.
- Il Proponente / Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
  - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - b. Condizioni di Assicurazione;  
Modulo di Proposta
- Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso visione e di accettare il Periodo di Retroattività previsto in polizza (12 anni).

Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_

AmTrust International Underwriters DAC  
Capitale Sociale € 37.072.355,00  
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

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei Dipendenti di  
Aziende Sanitarie - Linea Collettiva "Colpa Grave"  
Edizione Maggio 2017

## Appendice di polizza

Assicurazione per la Responsabilità Civile  
Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende

APPENDICE N° IITD0002	POLIZZA N° IITDMM17B000739600000	RAMO RC	PRODOTTO COLPA GRAVE	INTERMEDIARIO WILLIS	COD. 396
--------------------------	-------------------------------------	------------	-------------------------	-------------------------	-------------

## Contraente/Assicurato

WILLIS ITALIA S.P.A.	CODICE FISCALE 03902220486	PARTITA IVA 03902220486
VIA N° Via Tortona, 33	LOCALITÀ / COMUNE Milano	PROVINCIA MI
		CAP 20144

## Data di effetto e scadenza dell'appendice

EFFETTO DALLE ORE 24:00 05/07/2018	SCADENZA ALLE ORE 24:00 30/06/2020
---------------------------------------	---------------------------------------

1) Con la presente appendice, che forma parte integrante del contratto su indicato, si dà e si prende atto tra le Parti che l'Art. 10 "Cessazione dell'attività professionale - Ultrattività", della Sezione - Condizioni di Assicurazione si intende sostituito come segue:

*"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".*

2) Si dà e si prende atto, inoltre, che, a parziale modifica di quanto previsto all'Art. 21 - Determinazione del Premio della Sezione Condizioni di Assicurazione, si conviene tra le Parti di procedere alla riduzione delle tariffe per le categorie di rischio, codice 01 - Medico Direttore di Struttura Sanitaria e codice - 02 Medico da € 474,00 ad € 395,00 come qui di seguito indicato:

Codice	Le categorie di rischio	Premio Annuale Lordo
01	Medico Direttore di Struttura Sanitaria	€ 395,00
02	Medico	€ 395,00
03	Medico in formazione specialistica / specializzando	€ 336,00
05	Dirigente o quadro sanitario NON medico	€ 240,00
06	Altro personale del comparto sanitario non Medico	€ 78,00

## Appendice di polizza

### Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende

Con la presente appendice si dà atto dell'operatività del nuovo Modulo di Proposta, allegato alla presente, e che andrà a sostituire quello precedentemente emesso.

**FERMO ED INVARIATO IL RESTO**

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

**Michela Gava**  


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

Emesso in Milano, il 31/07/2018

# Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

- I. Il Proponente/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 dal Proponente/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 del Proponente/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 Proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei Medici dipendenti di Aziende Sanitarie deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/Assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "Claims made", ossia volta a rendere indenne il Proponente /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 nel presente modulo.

## 1) Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*		SESSO* 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. <b>IITDMM17B00073960000</b>					

\*CAMPI OBBLIGATORI

## 2) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited o AmTrust International Underwriters DAC?

Il Proponente/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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 3) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	MASSIMALE	PREMIO LORDO ANNUO SEZIONE A	PREMIO LORDO ANNUO SEZIONE A + SEZIONE B
01	Medico Direttore di Struttura Sanitaria	€ 5.000.000	<input type="checkbox"/> € 395,00	<input type="checkbox"/> € 895,00
02	Medico	€ 5.000.000	<input type="checkbox"/> € 395,00	<input type="checkbox"/> € 895,00
03	Medico in formazione specialistica (Specializzando)	€ 5.000.000	<input type="checkbox"/> € 336,00	<input type="checkbox"/> € 636,00
04	Dirigente o Quadro Sanitario non Medico	€ 5.000.000	<input type="checkbox"/> € 240,00	<input type="checkbox"/> € 340,00
05	Altro personale del comparto sanitario non Medico	€ 5.000.000	<input type="checkbox"/> € 78,00	<input type="checkbox"/> € 178,00

**NOTA BENE: L'estensione facoltativa "Condanna in solido" può essere acquistata, in aggiunta alle garanzie base, esclusivamente in fase di prima adesione o di rinnovo della stessa.**

**Avvertenza:** barrare con una X il codice dell'attività opzionata; qualora in uno o in più anni dei 12 (dodici) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa (Articolo 1 – Forma dell'Assicurazione e Retroattività) l'attività svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, la qualifica e il premio annuo dovuto dovranno corrispondere alla qualifica con premio annuo più elevato.

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

- Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- Il Proponente / 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 12(dodici) 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 ("claims made") e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 8 - Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione "claims made"); Articolo 11 - Variazioni del rischio; Articolo 13 – Durata della Polizza; Articolo 14 – Coesistenza di altre assicurazioni; Articolo 15 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento o Circostanza; Articolo 16 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 19 - Gestione della Polizza; Articolo 20 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio; Articolo 21 - Determinazione del premio; Articolo 22 - Precisazioni sull'operatività della garanzia; Articolo 23 - Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti; Articolo 28 – Oggetto e sottolimiti della Garanzia Condanna in solido; Articolo 29 - Determinazione del Premio per estensione a sezione B; Articolo 30 – Esclusioni sezione B; Articolo 31 – Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 32 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro.
- **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 Proponente/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.
- **Il Proponente /Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Fascicolo Informativo (AmTrust ColpaGrave – Linea Collettiva "Colpa Grave" – Ed. 05/2017) contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il trattamento dei dati personali.**
- Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso visione e di accettare il Periodo di Retroattività previsto in polizza (12 anni).

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il Proponente / 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