

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

Il Set Informativo contiene:

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

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Edizione Luglio 2020 –
Ultimo Aggiornamento Dicembre 2023

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



Assicurazione per la Responsabilità Professionale

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "AmTrust ColpaGrave Collettiva – SSR Friuli V.G. – 0046"



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

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura l'esercente la professione sanitaria, iscritto all'Albo professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata, per i Danni causati nello svolgimento dell'Attività Assicurata con la qualifica di Dipendente Pubblico o Specializzando, **nei limiti delle garanzie prestate**, nonché delle eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di Risarcimento, come rispettivamente definite nella Garanzia Base o Garanzia Aggiuntiva Opzionale.

L'Assicurazione è prestata nella forma **Claims Made**, ossia opera per Richieste di Risarcimento, come definite nelle specifiche garanzie acquistate, ricevute dall'Aderente per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 giorni successivi alla scadenza della Polizza, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione, ma non prima del Periodo di Retroattività.

I profili di rischio assicurabili sono: Medico Dipendente Pubblico - Medico Specializzando - Personale Sanitario non medico.



Che cosa è assicurato?

✓ **GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico**

Il patrimonio dell'Aderente di quanto questi sia tenuto a pagare in conseguenza di Danni causati a terzi **che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica e/o da parte della sua impresa di assicurazione** nello svolgimento dell'Attività Assicurata.

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

- **Dipendente Pubblico Plus**
 - Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile
 - Condanna in solido con la Struttura in sede civile
 - Condanna al pagamento di provvisionale in sede Penale
 - Altre Perdite Patrimoniali
- **Ultrattività - in caso di prosecuzione dell'Attività** (attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione)

Le coperture assicurative operano entro i **Massimali ed i Sottolimiti previsti per ciascuna** Garanzia Base, Estensione di Garanzia o Garanzia Aggiuntiva Opzionale e comunque nel limite del Massimale di Polizza.

- ✗ Relative a eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima del Periodo di Retroattività
- ✗ Connesse e/o conseguenti a:
 - sentenze penali di condanna o di patteggiamento già emesse
 - azioni giudiziarie civili già promosse contro l'Aderente
 - Circostanze note all'Aderenteantecedentemente alla Data di Continuità Assicurativa.

Sono escluse le Richieste di Risarcimento:

- ✗ Avanzate o promosse direttamente dal terzo nei confronti dell'Aderente, salvo specifiche Estensioni di Garanzia o Garanzia Aggiuntiva Opzionale qualora acquistata;
- ✗ Per prestazioni esercitate privatamente non riconducibili ad un rapporto diretto o per incarico della Struttura, salvo specifiche Estensioni di Garanzia;
- ✗ Originate o Connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria;
- ✗ Per mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Aderente;
- ✗ Per prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- ✗ Derivanti da consulenza online o da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
- ✗ Relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
- ✗ Fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
- ✗ Per Danni causati da esplosioni o emanazioni di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, non conseguenti agli aspetti tipici dell'Attività assicurata;
- ✗ Per inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- ✗ Derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);

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



Che cosa non è assicurato?

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

La Polizza non assicura le Richieste di Risarcimento:

- ✗ Pervenute all'Aderente prima dell'inizio della decorrenza della Polizza
- ✗ Pervenute all'Aderente in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, se acquistata, fatte salve le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti alla denuncia delle Circostanze nei limiti delle Condizioni di Assicurazione.
- ✗ Pervenute all'Aderente durante il Periodo di Assicurazione e denunciate alla Società oltre 30 giorni successivi alla scadenza dello stesso



Ci sono limiti di copertura?

! In caso di responsabilità solidale con altri responsabili, la Società risponde solo per la quota di pertinenza dell'Aderente.

! La Categoria di Rischio assicurata è unicamente quella riportata nel Certificato di Assicurazione.

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



Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale per le Richieste di Risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, **ove l'Aderente eserciti su incarico della Struttura di diritto italiano, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.**

✓ L'Aderente deve avere residenza o domicilio professionale in Italia e le Richieste di Risarcimento devono essere fatte valere in Italia.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Devi dare immediato avviso alla Società dei cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato.
- Devi comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del tuo diritto all'indennizzo.
- In caso di Sinistro devi denunciarlo alla Società entro 30 giorni da quando ne hai avuto conoscenza, e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla cessazione del Periodo di Assicurazione in corso secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione, e agli altri assicuratori se hai assicurato lo stesso rischio anche con altri; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Senza il previo consenso scritto della Società, non devi ammettere responsabilità o definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali o transare o procedere a compromessi o sostenere spese; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Devi comunicare tempestivamente alla Società la cessazione dell'attività professionale e provvedere al pagamento del premio aggiuntivo per l'Ultrattività.
- In caso di sospensione o radiazione dall'Albo Professionale o di licenziamento per giusta causa, devi darne immediata comunicazione scritta alla Società.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).



Quando e come devo pagare?

Devi pagare il Premio entro 15 giorni dalla data di decorrenza indicato nel certificato. Il Premio è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti).

Il Premio aggiuntivo per l'Ultrattività in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione.

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per l'Aderente, la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione, coincidente con il giorno nel quale è stato sottoscritto il Modulo di Adesione se il premio è pagato entro 15 giorni dalla data di decorrenza riportata nel certificato, oppure dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio se successivo, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nel Certificato di Assicurazione. Per l'Aderente, la copertura non prevede il tacito rinnovo.

Fintanto che la polizza è in vigore, per l'Aderente è prevista la possibilità di prorogare la copertura in continuità assicurativa per ulteriori 12 mesi versando il Premio annuo entro le ore 24.00 del 45° giorno successivo alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione.



Come posso disdire la polizza?

La singola adesione ha la durata riportata nel Certificato di Assicurazione e non si rinnova tacitamente alla scadenza.

In caso di Vendita a Distanza l'Aderente può, inoltre, recedere dalla Polizza esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dalla data di pagamento del Premio, inviando comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti), inviata all'intermediario incaricato o alla Società.

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo, sia la Società che il Contraente e l'Aderente possono recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 90 (novanta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

Assicurazione per la Responsabilità Professionale

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

AmTrust Assicurazioni S.p.A.



Prodotto "AmTrust Colpgrave Collettiva – SSR Friuli V.G. – 0046" Ed. 07/2020 -
Ultimo Aggiornamento 12/2023

il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

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

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

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 247.455 migliaia di Euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 5.500 migliaia di Euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 276.419 migliaia di Euro. Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link <https://www.amtrust.it/sfcr.pdf>

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 155.996 migliaia di Euro; l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 38.999 migliaia di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura (OF) è pari a 263.222 migliaia di Euro.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 169,00%; 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 2022.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato ?

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

L'Assicurazione è prestata nella forma **Claims Made**, ossia opera per Richieste di Risarcimento, come rispettivamente definite nelle specifiche Garanzie acquistate ricevute dall'Aderente per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui tempestivamente denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 giorni successivi alla scadenza del Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione, ma non prima del Periodo di Retroattività.

I profili di rischio assicurabili sono:

- Medico Dipendente Pubblico di Struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica
- Medico Specializzando
- Personale Sanitario non medico

La presente copertura prevede le seguenti Garanzie:

GARANZIA BASE (Colpa Grave) - Dipendente Pubblico

La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Aderente per l'esercizio dell'Attività Assicurata, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in conseguenza di Danni causati a terzi **che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura pubblica e/o da parte della sua impresa di assicurazione**, unicamente nei casi di:

- **Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge**

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con Sentenza della Corte dei conti passata in giudicato o sia intervenuta definizione con giudizio abbreviato presso la Corte dei conti su autorizzazione per iscritto della Società.

A tal fine, la presente Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale la Struttura pubblica, manifesta all'Aderente l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento;
- la segnalazione inviata all'Aderente dalla Struttura pubblica di aver inoltrato informazione alla Corte dei conti in ordine ad eventuali Danni erariali;
- l'invito a dedurre rivolto all'Aderente dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti;
- l'azione di responsabilità amministrativa per colpa grave promossa nei confronti dell'Aderente dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti.

- **Azione di rivalsa o di surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL**

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile a titolo di colpa grave con provvedimento giudiziario passato in giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

A tal fine la presente Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale l'impresa di assicurazione della Struttura pubblica manifesta all'Aderente l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento;
- l'azione giudiziale a titolo di colpa grave in via di rivalsa o di surrogazione promossa dall'impresa di assicurazione della Struttura pubblica per Danni che abbiano già formato oggetto di risarcimento.

Le seguenti estensioni di Garanzia sono sempre valide ed operanti e sono incluse nel Premio:

Circostanze

L'Aderente ha **facoltà** di denunciare cautelativamente ogni Circostanza da cui possano derivare Danni e Perdite Patrimoniali secondo quanto previsto dalla GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico, nelle modalità di cui alle Condizioni di Assicurazione.

Tale notifica sarà a tutti gli effetti trattata come Sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante tale Periodo di Assicurazione solo ed esclusivamente, qualora e nel momento in cui ne dovesse derivare una Richiesta di Risarcimento, come definita nella GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico.

Attività Intramoenia anche allargata

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa ai Danni derivanti dall'esercizio dell'Attività Intramoenia, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalle norme di legge e dai regolamenti vigenti al momento dell'evento, errore od omissione che ha causato il Danno.

Emergenza Covid-19

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa ai Danni derivanti dall'attività prestata dall'Aderente per conto di Strutture pubbliche per far fronte all'emergenza sanitaria Covid-19 (inclusa somministrazione di vaccini ed esecuzione tamponi) fino al termine della stessa, a prescindere dalla vigenza dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri.

Ruolo apicale

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla responsabilità derivante all'Aderente che rivesta il ruolo di Direttore Sanitario o di analoga funzione organizzativa presso una Struttura sanitaria nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie del ruolo apicale di responsabile o direttore di reparto, unità o struttura semplice o complessa in conseguenza di Danni cagionati a terzi. Resta fermo quanto previsto dall'esclusione di cui alla Sezione "Che cosa non è assicurato?".

Sono compresi in garanzia i fatti delle persone di cui l'Aderente, nella qualità di cui sopra, sia tenuto a rispondere per legge.

Perdite Patrimoniali - Medicina legale o Medicina del lavoro

Relativamente alle prestazioni professionali di Medicina legale o Medicina del lavoro svolte dall'Aderente in nome e per conto della Struttura, l'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla Responsabilità derivante all'Aderente in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi.

Perdite Patrimoniali – Privacy

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla Responsabilità derivante all'Aderente in conseguenza delle Perdite Patrimoniali cagionate a terzi, derivanti da:

- furto, perdita o divulgazione non autorizzata di dati personali, siano essi comuni o sensibili, che siano in possesso, custodia o controllo dell'Aderente, o di un terzo;
- inadempimento colposo da parte dell'Aderente di quella parte della normativa Privacy che esplicitamente:
 - proibisce o limita la diffusione, la divulgazione e la vendita da parte dell'Aderente di dati personali;
 - richiede all'Aderente, previo consenso dell'interessato, di garantire l'accesso ai relativi dati personali, ovvero la correzione degli stessi in caso di loro incompletezza o imprecisione;
 - ordina l'adozione di procedure e sistemi atti ad evitare la perdita di dati personali;
- danno reputazionale.

Tale estensione è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito di Euro 100.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

Pregressa attività da Specializzando

Limitatamente al medico assicurato per le Categorie di rischio 01 o 02, l'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla responsabilità derivante all'Aderente dall'attività cessata in qualità di Medico Specializzando svolta presso Struttura pubblica.

Qualora il medico assicurato per le Categorie di rischio 01 o 02 fosse in precedenza già Assicurato con la presente Polizza per la Categoria di rischio Specializzando 02, l'Assicurazione si intende estesa altresì alla responsabilità derivante all'Aderente dall'attività cessata alle condizioni previste dall'Estensione di Garanzia "Attività compatibili con la Scuola di specializzazione".

Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà

L'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile dell'Aderente per i Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di esercente la professione sanitaria per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve.

Tale estensione è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito di Euro 1.000.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

Attività compatibili con la Scuola di specializzazione

Limitatamente al medico assicurato per la Categoria di Rischio 02, che svolge l'attività in qualità di Medico Specializzando, l'Assicurazione di colpa grave si estende alla Responsabilità derivante all'Assicurato esclusivamente per le seguenti prestazioni, purché svolte conformemente alla normativa vigente e compatibilmente con la formazione ai sensi del D.Lgs. 368/1999 e s.m.i.:

- Sostituzione a tempo determinato del Medico di Medicina Generale;
- Servizio di Continuità Assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);
- Collaborazione a titolo gratuito ed occasionale agli enti e alle associazioni che, senza scopo di lucro, svolgono attività di raccolta di sangue ed emocomponenti;
- Sostituzione a tempo determinato del Pediatra di Libera Scelta;
- Servizio di Continuità Assistenziale stagionale per turisti (ex Guardia Medica Turistica);

Inoltre, la presente Estensione di Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Specializzando tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale **civilmente responsabile in conseguenza di Danni** causati a terzi esclusivamente nello svolgimento delle prestazioni sopra citate nel caso di:

- Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione;
- Azione di rivalsa esperita dalla Struttura nonché di surrogazione della sua impresa di assicurazione nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

Ai fini della presente copertura, l'Estensione di Garanzia è inoltre operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Aderente l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Aderente per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Aderente, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.;
- la notifica all'Aderente della costituzione di parte civile in un procedimento penale;
- la ricezione da parte dell'Aderente di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010;
- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Aderente si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o l'impresa di assicurazione della stessa, si rivale nei confronti dell'Aderente per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente.

La presente Estensione di Garanzia è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito di Euro 1.000.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<p>Dipendente Pubblico Plus</p>	<p>La presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale si compone delle seguenti sezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile; • Condanna in solido con la Struttura in sede civile; • Condanna al pagamento di provvisoriale in sede penale; • Altre Perdite Patrimoniali.
<p>Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività</p>	<p>È facoltà dell'Aderente richiedere l'attivazione dell'estensione di Ultrattività ancorché l'Aderente continui ad esercitare la professione sanitaria. In questo caso le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo di Retroattività e fino alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, restano coperte alle condizioni in vigore per ulteriori 10 anni. Il Massimale assicurato per il Periodo di Assicurazione al termine del quale è attivata la presente Garanzia Aggiuntiva rappresenta la massima esposizione della Società anche per l'intero Periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente. L'Aderente è tenuto a corrispondere il Premio aggiuntivo dovuto per l'attivazione dell'Ultrattività, come specificato nelle Condizioni di Assicurazione. In seguito all'attivazione della presente estensione di Ultrattività, la copertura non può essere fatta oggetto di alcun recesso da parte della Società e in caso di morte dell'Aderente si intende estesa agli eredi stessi.</p>



Che cosa NON è assicurato?

<p>Rischi esclusi</p>	<p>Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che per tutte le Garanzie sono comunque escluse le Richieste di risarcimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • derivanti da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica; • derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici nonché derivanti da fatti dolosi commessi dall'Aderente; • relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente qualora lo stesso non fosse iscritto all'Albo professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata; • riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso; • relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente dopo che lo stesso abbia cessato l'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Aderente venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione; • aventi ad oggetto la restituzione del compenso corrisposto all'Aderente per la relativa prestazione professionale; • per pregiudizi alle cose mobili e immobili che l'Aderente abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo; • relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Aderente oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages); • relative alle spese sostenute dall'Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi delle Condizioni di Assicurazione; • conseguenti a furto, incendio, esplosione o scoppio; • riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'Attività dell'Aderente; • relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente; • in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere; • connesse ad atti di guerra e/o terrorismo;
------------------------------	---

Rischi esclusi	<p>Ulteriori esclusioni applicabili al Medico Specializzando Sono escluse anche le Richieste di Risarcimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> per qualsiasi attività svolta dall'Aderente che non sia riconducibile alla regolare frequenza del corso di specializzazione post-laurea presso un Ente Ospedaliero Universitario pubblico, salvo quanto previsto dall'Estensione di copertura "Attività compatibili con la Scuola di specializzazione". <p>Ulteriori esclusioni applicabili a specifiche Estensioni di Garanzia e Garanzie Aggiuntive Opzionali:</p> <p>1) sezione d) "Altre Perdite Patrimoniali" della Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Dipendente Pubblico Plus": sono sempre escluse le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> gli interventi relativi, connessi o conseguenti alla fecondazione ed al concepimento umano; la Responsabilità Civile che ricade ai sensi di legge sul fabbricante dei prodotti che l'Aderente utilizza ai fini della propria attività professionale; i vizi e difetti che si manifestano oltre i 3 mesi successivi alla consegna, all'utilizzo od all'impianto del Medical Device sul paziente. <p>2) Estensioni di Garanzia lettera i) "Attività compatibili con la Scuola di specializzazione" ed alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Dipendente Pubblico Plus": sono escluse le Richieste di Risarcimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> conseguenti a Fatti Noti all'Aderente prima della data di Continuità Assicurativa anche se mai denunciati ai precedenti assicuratori. <p>Si precisa che per Fatti Noti si intendono quei fatti, e situazioni in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Aderente, che potrebbero determinare in futuro Richieste di Risarcimento. Tuttavia, non sono considerati Fatti Noti:</p> <ul style="list-style-type: none"> la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura, salvo i casi in cui per il tramite della stessa l'Aderente venga portato a conoscenza di una Richiesta di Risarcimento; le comunicazioni notificate all'Aderente dalla Struttura ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.
-----------------------	--

Ci sono limiti di copertura?

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


- Non sono considerate Richiesta di Risarcimento, e dunque non costituiscono Sinistro:
 - la comunicazione inviata all'Aderente, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della Struttura stessa;
 - la comunicazione inviata all'Aderente, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.
- In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Aderente, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.
- La Polizza opera fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato di Assicurazione e dei Sottolimiti riepilogati nella seguente tabella:

Copertura	Sottolimito per Sinistro e per Periodo di Assicurazione
Perdite Patrimoniali – Privacy	€ 100.000
Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà	€ 1.000.000
Attività compatibili con la Scuola di specializzazione	€ 1.000.000

- In relazione alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale "**Dipendente Pubblico Plus**" la Polizza opera fino alla concorrenza del Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione di € 700.000, fermo il Sottolimito di € 500.000 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione per le sezioni "Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile", "Condanna al pagamento di provvisoria in sede Penale" e "Altre Perdite Patrimoniali" e tale Sottolimito rappresenta in ogni caso la somma massima che la Società è tenuta a pagare, cumulativamente, per Sinistro e per Periodo di Assicurazione in relazione a tali sezioni.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di Sinistro: <i>Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue: L'Aderente, rendendosi parte diligente del contratto, deve denunciare alla Società il Sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, fermi i termini di decadenza e di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.</i></p> <p>a. <i>Richiesta di Risarcimento</i> <i>Nel caso in cui l'Aderente riceva una Richiesta di Risarcimento deve denunciarla per iscritto alla Società entro 30 giorni da quando si è avuta conoscenza del Sinistro stesso e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla cessazione del Periodo di Assicurazione in corso. Limitatamente alle sezioni "Condanna in solido con la Struttura in sede civile" e "Condanna al pagamento di provvisoriale in sede Penale" della Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Dipendente Pubblico Plus", qualora attivata, l'Aderente è tenuto a far pervenire alla Società, unitamente alla denuncia di Sinistro, anche copia della comunicazione scritta con la quale abbia provveduto ad informare della Richiesta di Risarcimento anche la Struttura per conto della quale è stata esercitata l'Attività Assicurata ed abbia altresì espressamente richiesto di essere dalla stessa manlevato. Qualora l'Aderente non adempia a tale onere, la Società si riserva il diritto di negare l'Indennizzo, salvo il diritto di chiedere il maggior danno.</i></p> <p>b. <i>Circostanze</i> È facoltà esclusiva dell'Aderente denunciare Circostanze nel corso del Periodo di Assicurazione. Qualora da una Circostanza dovesse derivare una successiva Richiesta di Risarcimento, la stessa sarà considerata Sinistro validamente denunciato alla data in cui è stata denunciata la Circostanza. L'Aderente è tenuto altresì ad informare tempestivamente la Società di ogni aggiornamento e/o sviluppo relativo alle Circostanze denunciate nonché a produrre tutta la documentazione che la Società dovesse richiedere.</p> <p>c. <i>Disposizioni comuni</i> La denuncia di Sinistro o di Circostanza deve contenere la data e la descrizione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e la residenza dei danneggiati, ogni altra notizia utile per la Società. La denuncia dovrà essere inoltrata a: AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici 14 – 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: colpegravi@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali. Alla denuncia deve far seguito con urgenza l'invio dei documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti. Senza il previo consenso scritto della Società, l'Aderente non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la Società si riserva il diritto di negare l'indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: non prevista.</p> <p>Prescrizione: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p><i>Eventuali dichiarazioni false o reticenze sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>l'annullamento del contratto se derivanti da dolo o colpa grave o la facoltà di recesso da parte della Società se non sussiste dolo o colpa grave;</i> • <i>la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.</i>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p><i>L'Impresa si impegna a pagare all'Aderente gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 45 giorni dalla data di definizione del Sinistro.</i></p>
<p> Quando e come devo pagare?</p>	
<p>Premio</p>	<p><i>Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>I premi assicurativi sono pagati con le seguenti modalità: sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario, che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.</i> - <i>Il premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 22,25% del premio imponibile annuo.</i> - <i>Il premio è annuale e non è prevista possibilità di frazionamento del premio</i> - <i>Non sono previste tecniche di vendita multilevel marketing.</i>
<p>Rimborso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>L'Aderente ha diritto alla restituzione integrale del Premio versato nell'ipotesi di esercizio del Diritto di Ripensamento previsto nei casi di Vendita a Distanza della copertura.</i> - <i>L'Aderente ha diritto al rimborso della parte di Premio imponibile relativa al Periodo di Assicurazione pagato e non goduto in caso di recesso per Sinistro.</i>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	- In caso di Vendita a Distanza, l'Aderente ha 14 giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento. Tale termine decorre dal giorno di pagamento del Premio. In tal caso il contratto di assicurazione sarà annullato dall'origine e all'Aderente verrà rimborsato il Premio pagato, senza trattenuta alcuna; tutti gli eventuali Sinistri non saranno indennizzati. La volontà di recedere dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti), inviata all'intermediario incaricato o alla Società.
Risoluzione	- l'Aderente può recedere dal contratto anche in corso d'anno, dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o al rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 90 giorni rispetto alla data di effetto del recesso mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC).



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato all'esercente la professione sanitaria per l'esercizio della propria attività professionale, svolta in conformità alle leggi e sempreché sia regolarmente iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata.

I profili di rischio assicurabili sono:

- Dipendente Pubblico di Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica di diritto italiano
- Medico Specializzando
- Personale Sanitario non medico

Si precisa che il prodotto assicurativo è altresì rivolto all'esercente la professione sanitaria non appartenente all'UE per l'esercizio dell'attività professionale svolta in Italia presso o per conto di Struttura pubblica di diritto italiano, purché:

- sia titolare di permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio conseguito all'interno dell'UE;
- o in alternativa sia in possesso di dichiarazione rilasciata dall'autorità consolare italiana del Paese non europeo ove sia stato conseguito il titolo in cui si affermi che quest'ultimo soddisfa pienamente le direttive UE.



Quali costi devo sostenere?

Il premio pagato dal Contraente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 27% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	È da considerarsi reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto a Ufficio Reclami – AmTrust Assicurazioni S.p.A. - Via Clerici 14, 20121 Milano - Fax +39 0283438174 - Email: reclami@amtrustgroup.com , reclami.amtrust.assicurazioni@pec.it . Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo a cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso. La Compagnia, ricevuto il reclamo, fornirà riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento dello stesso. Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori e degli Intermediari a titolo accessorio , il termine di riscontro di cui sopra, potrà
----------------------------------	--

	<p>essere sospeso per un massimo di 15 (quindici) giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo.</p> <p>Nel caso di reclami relativi al comportamento degli altri intermediari (Broker e Banche) e loro dipendenti/collaboratori, gli stessi saranno gestiti direttamente dall'Intermediario interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</p> <p>In caso di rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'articolo 22, comma 10, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221, i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un Broker, sono gestiti dall'intermediario proponente mentre i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un'Agenzia, sono gestiti dall'impresa proponente.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi.</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - La Polizza non prevede il ricorso all'arbitrato, pertanto le parti sono legittimate a procedere giudizialmente fatti salvi gli ordinari mezzi di conciliazione previsti dall'ordinamento. In particolare, ogni controversia avente ad oggetto contratti assicurativi è assoggettata all'obbligo di mediazione, quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis del decreto legislativo del 4 marzo 2010, n. 28. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).

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

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

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario.....	3
Che cosa è assicurato?.....	6
Informazioni sull'Assicurazione	6
Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle garanzie	6
1. 1 Disposizioni Comuni	6
a. Oggetto della Polizza.....	6
b. Validità temporale dell'Assicurazione	6
b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione	6
b.2 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale.....	6
c. Surrogazione	7
1. 2 GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico.....	7
1. 3 Estensioni di Garanzia incluse nel Premio.....	7
a. Circostanze.....	7
b. Attività Intramoenia anche allargata	7
c. Emergenza Covid-19.....	7
d. Ruolo apicale.....	8
e. Perdite Patrimoniali - Medicina legale o Medicina del lavoro.....	8
f. Perdite Patrimoniali – Privacy.....	8
g. Progressiva attività da Specializzando.....	8
h. Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà.....	8
i. Attività compatibili con la Scuola di specializzazione.....	8
Articolo 2 Garanzie Aggiuntive Opzionali	9
2.1 Dipendente Pubblico Plus.....	9
a. Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile	9
b. Condanna in solido con la Struttura in sede civile	9
c. Condanna al pagamento di provvisorio in sede Penale:	10
d. Altre Perdite Patrimoniali	10
2.2 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività	10
Che cosa NON è assicurato?.....	10
Articolo 3 Esclusioni	10
3.1 Esclusioni applicabili a tutte le Garanzie.....	10
3.1.1. Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione.....	10
3.1.2. Rischi esclusi dall'Assicurazione.....	11
3.1.3. Esclusioni dal novero dei terzi.....	12
3.1.4. Ulteriori esclusioni applicabili al Medico Specializzando	12
3.2 Ulteriori esclusioni applicabili a specifiche Estensioni di Garanzia e Garanzie Aggiuntive Opzionali.....	12
Ci sono limiti di copertura?	12
Articolo 4 Limiti di copertura	12
4.1 Massimale e Sottolimiti	12
4.2 Limitazioni riferite a tutte le Garanzie.....	13
4.3 Responsabilità solidale	13
4.4 Sanzioni internazionali.....	13
Dove vale la copertura?	13
Articolo 5 Estensione territoriale.....	13
Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?	13
Articolo 6 Sinistri.....	13
6.1 Obblighi dell'Aderente in caso di Sinistro.....	13
a. Richiesta di Risarcimento	13

b. Circostanze.....	14
c. Disposizioni comuni.....	14
6.2 Patto di gestione della lite.....	14
6.3 Liquidazione del Sinistro.....	14
6.4 Coesistenza di altre assicurazioni.....	14
Quando e come devo pagare?.....	14
Articolo 7 Pagamento e rimborso del Premio.....	14
7.1 Pagamento del Premio della Polizza collettiva.....	14
7.2 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa per l'Aderente.....	14
7.3 Garanzie aggiuntive opzionali – Dipendente Pubblico Plus.....	15
7.4 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo.....	15
7.5 Rimborso del Premio.....	15
Quando comincia la copertura e quando finisce?.....	16
Articolo 8 Effetto e durata dell'Assicurazione.....	16
8.1 Effetto e durata della Polizza Collettiva.....	16
8.2 Effetto e durata della singola adesione.....	16
8.3 Clausola di continuità.....	16
Recesso e risoluzione.....	16
Articolo 9 Casi di interruzione del contratto.....	16
9.1 Recesso per Sinistro.....	16
9.2 Recesso per Sinistro del singolo Aderente.....	17
9.3 Diritto di ripensamento.....	17
Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie.....	17
Articolo 10 Altri mezzi di risoluzione delle controversie.....	17
Altre Disposizioni Contrattuali.....	17
Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	17
Articolo 12 Variazioni contrattuali.....	17
12.1 Aggravamento e diminuzione del rischio.....	17
12.2 Ulteriori variazioni contrattuali per il Medico Specializzando.....	17
12.3 Ulteriori Variazioni – Albo e licenziamento.....	18
Articolo 13 Altre Assicurazioni.....	18
Articolo 14 Assicurazione per conto altrui.....	18
Articolo 15 Oneri fiscali.....	18
Articolo 16 Foro competente.....	18
Articolo 17 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione.....	18
Articolo 18 Forma delle comunicazioni in caso di Vendita a Distanza.....	18
Articolo 19 Rinvio alle norme di legge.....	18

Glossario

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

Aderente	La persona fisica indicata nel Certificato di Assicurazione che abbia aderito alla presente Polizza per il tramite del Contraente, che svolge l'attività professionale indicata nella stessa ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Attività Assicurata	L'attività professionale sanitaria, svolta dall'Aderente in qualità di Dipendente Pubblico e/o Medico Specializzando di Struttura pubblica secondo la Categoria di rischio e le garanzie indicate nel Certificato di Assicurazione, erogata anche attraverso la telemedicina, l'impiego di idonee apparecchiature e strumenti medicali (compresi apparecchi a raggi X per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi, per scopi terapeutici), nonché attraverso la medicina omeopatica e l'agopuntura, così come disciplinata dalle vigenti leggi e regolamenti.
Attività Intramoenia	È considerata <i>intramoenia</i> l'attività libero professionale intramuraria svolta all'interno di Struttura pubblica al di fuori del normale orario di lavoro, nei limiti e secondo quanto previsto dalle leggi vigenti, ivi compresa l'attività <i>intramoenia</i> allargata (svolta in spazi sostitutivi fuori dalla Struttura).
Certificato di Assicurazione	È il documento emesso dalla Società a prova della copertura assicurativa per il singolo Aderente, nel quale sono indicati i dati relativi all'Aderente, le date di decorrenza e di scadenza del Periodo di Assicurazione e il Premio imponibile con le relative imposte governative.
Circostanza	La comunicazione con la quale la Struttura pubblica e/o l'impresa di assicurazione della stessa manifesta all'Aderente l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni causati a terzi che non siano già stati oggetto di risarcimento .
Claims Made	Formula di operatività dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute dall'Aderente per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e/o durante il Periodo di Ultrattività, anche se riferite a fatti od atti pregressi purché accaduti non prima del Periodo di Retroattività.
Contraente	Il soggetto indicato nella Scheda di Polizza che stipula il contratto a favore di terzi.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Danni	Le conseguenze pregiudizievoli del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'assicurazione, ivi compreso il pregiudizio causato all'erario. Vi rientrano esclusivamente: <ul style="list-style-type: none">- i Danni patrimoniali, conseguenti a lesioni personali e morte, nonché il pregiudizio economico derivante dal danneggiamento a cose;- i Danni non patrimoniali, conseguenti a lesioni personali o morte.
Data di Continuità Assicurativa	Per ciascun Aderente, la data meno recente tra: <ul style="list-style-type: none">- la data di prima adesione alla presente Polizza, anche in caso di proroga della copertura assicurativa purché in continuità;- la data di prima adesione al contratto AmTrust Assicurazioni n° RCM22008, o a precedente contratto stipulato dal Contraente con una società del Gruppo AmTrust per il medesimo rischio, in caso di proroga delle coperture assicurative in continuità con quella prestata dalla presente Polizza.
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	L'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Polizza cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Massimale	La somma massima assicurata indicata nel Certificato di Assicurazione 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, inclusi i Sinistri in serie, pertinenti a uno

	<p>stesso Periodo di Assicurazione qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.</p>
Medical Device	<p>Qualunque strumento, apparecchio, impianto, sostanza, con esclusione dei software, utilizzato da solo o in combinazione con altri Medical Device o farmaci, utilizzato per attività di prevenzione, diagnosi, controllo, terapia o attenuazione di una malattia, compensazione di una ferita o di un handicap, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico.</p>
Dipendente Pubblico	<p>L' esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività professionale all'interno o per conto della Struttura pubblica con cui intrattiene un rapporto di lavoro dipendente e subordinato. È assimilato al Dipendente Pubblico il Medico Convenzionato nonché l' esercente la professione sanitaria, non alle dirette dipendenze della Struttura pubblica, di cui quest'ultima si avvale per l'erogazione delle prestazioni inerenti alle obbligazioni dalla stessa assunte e che presta la propria attività con rapporto di lavoro autonomo (c.d. Medico Strutturato), anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso e/o per conto della Struttura pubblica in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto con il paziente.</p>
Medico Convenzionato	<p>L' esercente la professione sanitaria medica che opera in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale tramite specifica convenzione, in assenza di un rapporto contrattuale direttamente assunto con il paziente.</p>
Medico Specializzando	<p>Il medico in formazione specialistica, che svolge la propria attività con regolare frequenza del corso di specializzazione post-laurea presso un Ente Ospedaliero Universitario pubblico, purché:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non abbia già conseguito una specializzazione; - non abbia instaurato un rapporto di lavoro presso una Struttura come delineato dalla L. 145/2018, modificata dal D.I. 35/2019 ("Decreto Calabria") convertito con L. 60/2019.
Modulo di Adesione	<p>Il documento nel quale sono indicati i dati e le dichiarazioni dell'Aderente, compilato e sottoscritto dall'Aderente stesso per aderire alla presente Polizza.</p>
Perdite Patrimoniali	<p>Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di lesioni personali, morte o danneggiamento a cose.</p>
Periodo di Assicurazione	<p>Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nel Certificato di Assicurazione, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.</p>
Periodo di Retroattività	<p>Il periodo temporale, pari ai 10 (dieci) anni antecedenti alla Data di Continuità Assicurativa, entro il quale devono essere accaduti i fatti denunciati nella Richiesta di Risarcimento pervenuta durante il Periodo di Assicurazione.</p>
Periodo di Ultrattività	<p>Il periodo di tempo, pari a 10 (dieci) anni, successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in cui si verifica la cessazione per qualsiasi causa dell'Attività Assicurata, oppure della copertura assicurativa del Certificato di Assicurazione.</p>
Polizza	<p>I documenti contrattuali che disciplinano i rapporti tra Società, Contraente e Aderente.</p>
Premio	<p>La somma dovuta dall'Aderente alla Società per la copertura assicurativa prestata dalla Società.</p>
Scheda di Polizza	<p>È il documento nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza.</p>
Sinistro	<p>Una o più Richieste di Risarcimento (come definite in ciascuna garanzia) conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Aderente, per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione e/o del Periodo di Ultrattività.</p>
Serie di Sinistri	<p>Una pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente in tempi diversi, in conseguenza di una pluralità di eventi, riconducibili ad uno stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una stessa causa o aventi il medesimo nesso eziologico-patologico. La data del primo Sinistro sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.</p>
Società	<p>AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.</p>

Sottolimito	La somma massima inclusa nel Massimale e non in aggiunta ad esso, che la Società sarà tenuta a pagare a titolo di capitale, interessi e spese in relazione ad una specifica garanzia per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri, inclusi i Sinistri in serie, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Struttura	La Struttura sanitaria e/o sociosanitaria pubblica facente capo al Servizio Sanitario Nazionale soggetta al diritto italiano che a qualunque titolo eroga prestazioni sanitarie a favore di terzi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale o prestazioni sociosanitarie. Per Struttura pubblica si intende qualsiasi soggetto, Ente o Impresa facente capo alla Pubblica Amministrazione, che esercita attività sanitaria e sociosanitaria, il cui personale dipendente è assoggettato al giudizio per danno erariale da parte della Corte dei conti.
Variatione del rischio	Qualunque mutamento del rischio (es: conseguimento della specializzazione) avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione.
Vendita a distanza	Qualunque modalità di vendita che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore e dell'Aderente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione, prestata nella forma **Claims Made**, è rivolta all' esercente **la professione sanitaria** per la propria attività professionale indicata nel Certificato di Assicurazione e per la quale ha inteso assicurarsi.

L'Assicurazione tiene indenne l'Aderente, **nei limiti delle garanzie prestate e con particolare riferimento a quanto previsto dall'art. 9 della legge 8 marzo 2017 n. 24**, dei Danni causati nello svolgimento dell'Attività Assicurata nonché, nei limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di Risarcimento, come rispettivamente definite in ciascuna Garanzia o Garanzia aggiuntiva opzionale.

L'Assicurazione **non opera** in relazione ai danni per i quali l'obbligo di manleva ricada sulla Struttura con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati anche in caso di mancato assolvimento di tale obbligo e in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi, salvo quanto previsto dall'Estensione di Garanzia inclusa nel Premio di cui all'Art. 1.3 lettera i) e dalla Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.1 qualora attivata.

L'Assicurazione è valida a condizione che l'Attività Assicurata sia svolta in conformità alle leggi che la regolano e sempreché l'Aderente sia regolarmente **iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o sia in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata**. L'Assicurazione è altresì rivolta all'Aderente non appartenente all'UE relativamente all'esercizio della propria Attività Assicurata svolta in Italia presso o per conto di Struttura, purché titolare di permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio conseguito all'interno dell'UE o in alternativa di dichiarazione rilasciata dall'autorità consolare italiana del paese non europeo ove sia stato conseguito il titolo in cui si affermi che quest'ultimo soddisfa pienamente le direttive UE.

Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle garanzie

1.1 Disposizioni Comuni

a. Oggetto della Polizza

La Società tiene indenne l'Aderente, **fino alla concorrenza del Massimale e dei Sottolimiti per Sinistro e per Periodo di Assicurazione** indicati nel Certificato di Assicurazione, per l'azione di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga di cui alla **GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico** nonché per le responsabilità contemplate dalle **Garanzie Aggiuntive Opzionali qualora acquistate** e riportate nel Certificato di Assicurazione.

Fermo quanto stabilito dall'Art. 6.2, le spese legali sostenute per resistere alla Richiesta di Risarcimento da parte del danneggiato contro l'Aderente sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale di Polizza. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale o ai Sottolimiti, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e Aderente in proporzione del rispettivo interesse.

b. Validità temporale dell'Assicurazione

b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata nella forma **Claims Made**, ossia opera per le Richieste di Risarcimento (come rispettivamente definite in ciascuna Garanzia o Garanzia aggiuntiva opzionale) ricevute dall'Aderente per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui tempestivamente denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza del Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione, ma non prima del Periodo di Retroattività.

b.2 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. b.1, se durante il Periodo di Assicurazione l'attività professionale dell'Aderente viene a cessare definitivamente per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari), le Richieste di Risarcimento (come rispettivamente definite in ciascuna Garanzia o Garanzia aggiuntiva opzionale) conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo di Retroattività, restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, nonché per ulteriori 10 (dieci) anni.

Il Massimale assicurato per il Periodo di Assicurazione nel corso del quale l'attività professionale dell'Aderente viene a cessare rappresenta la massima esposizione della Società anche per l'intero Periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente.

L'Aderente (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Società della sopravvenuta cessazione dell'attività professionale ed è tenuto a corrispondere il Premio aggiuntivo dovuto a fronte di tale evenienza come specificato all'Art. 7.4.

La presente estensione di Ultrattività non può essere fatta oggetto di alcun recesso da parte della Società e in caso di morte dell'Aderente si intende estesa agli eredi stessi.

c. Surrogazione

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

1. 2 GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico

Dipendente pubblico o Medico Specializzando che operi presso una Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica

La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Aderente per l'esercizio dell'Attività Assicurata, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in conseguenza di Danni causati a terzi **che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura pubblica e/o da parte della sua impresa di assicurazione**, unicamente nei casi di:

A. Azione di responsabilità amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con Sentenza della Corte dei conti passata in giudicato o sia intervenuta definizione con giudizio abbreviato presso la Corte dei conti su autorizzazione per iscritto della Società.

A tal fine la presente Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale la Struttura pubblica, manifesta all'Aderente l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento;
- la segnalazione inviata all'Aderente dalla Struttura pubblica di aver inoltrato informazione alla Corte dei conti in ordine ad eventuali Danni erariali;
- l'invito a dedurre rivolto all'Aderente dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti;
- l'azione di responsabilità amministrativa per colpa grave promossa nei confronti dell'Aderente dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti.

B. Azione di rivalsa o di surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile a titolo di colpa grave con provvedimento giudiziario passato in giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

A tal fine la presente Garanzia è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale l'impresa di assicurazione della Struttura pubblica manifesta all'Aderente l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento;
- l'azione giudiziale a titolo di colpa grave in via di rivalsa o di surrogazione promossa dall'impresa di assicurazione della Struttura pubblica per Danni che abbiano già formato oggetto di risarcimento.

1. 3 Estensioni di Garanzia incluse nel Premio

a. Circostanze

L'Aderente ha facoltà di denunciare cautelativamente ogni Circostanza da cui possano derivare Danni e Perdite Patrimoniali secondo quanto previsto dalla GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico, nelle modalità previste dall'Art. 6.1.

Tale notifica sarà a tutti gli effetti trattata come Sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante tale Periodo di Assicurazione solo ed esclusivamente, qualora e nel momento in cui ne dovesse derivare una Richiesta di Risarcimento, come definita nella GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico.

b. Attività Intramoenia anche allargata

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa ai Danni derivanti dall'esercizio dell'Attività Intramoenia, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalle norme di legge e dai regolamenti vigenti al momento dell'evento, errore od omissione che ha causato il Danno.

c. Emergenza Covid-19

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa ai danni derivanti dall'attività prestata dall'Aderente per conto di Strutture pubbliche per far fronte all'emergenza sanitaria Covid-19 (inclusa somministrazione di vaccini ed esecuzione tamponi) fino al termine della stessa, a prescindere dalla vigenza dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri.

d. Ruolo apicale

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla responsabilità derivante all'Aderente che rivesta il ruolo di Direttore Sanitario o di analoga funzione organizzativa presso una Struttura sanitaria nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo proprie del ruolo apicale di responsabile o direttore di reparto, unità o struttura semplice o complessa in conseguenza di Danni cagionati a terzi. **Resta fermo quanto previsto dall'esclusione di cui al punto 3 dell'Art. 3.1.2.**

Sono compresi in garanzia i fatti delle persone di cui l'Aderente, nella qualità di cui sopra, sia tenuto a rispondere per legge.

e. Perdite Patrimoniali - Medicina legale o Medicina del lavoro

Relativamente alle prestazioni professionali di Medicina legale o Medicina del lavoro svolte dall'Aderente in nome e per conto della Struttura, l'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla Responsabilità derivante all'Aderente in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi.

f. Perdite Patrimoniali – Privacy

L'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla Responsabilità derivante all'Aderente in conseguenza delle Perdite Patrimoniali cagionate a terzi, derivanti da:

- furto, perdita o divulgazione non autorizzata di dati personali, siano essi comuni o sensibili, che siano in possesso, custodia o controllo dell'Aderente, o di un terzo;
- inadempimento colposo da parte dell'Aderente di quella parte della normativa Privacy che esplicitamente:
 - i. proibisce o limita la diffusione, la divulgazione e la vendita da parte dell'Aderente di dati personali;
 - ii. richiede all'Aderente, previo consenso dell'interessato, di garantire l'accesso ai relativi dati personali, ovvero la correzione degli stessi in caso di loro incompletezza o imprecisione;
 - iii. ordina l'adozione di procedure e sistemi atti ad evitare la perdita di dati personali;
- danno reputazionale.

Tale estensione è operante esclusivamente in relazione alla GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico ed è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito di Euro 100.000,00 (centomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

g. Pregressa attività da Specializzando

Limitatamente al medico assicurato per le Categorie di rischio 01 o 02, l'Assicurazione di colpa grave si intende estesa alla responsabilità derivante all'Aderente dall'attività cessata in qualità di Medico Specializzando **svolta presso Struttura pubblica.**

Qualora il medico assicurato per le Categorie di rischio 01 o 02 fosse in precedenza già assicurato con la presente Polizza per la Categoria di rischio Specializzando 02, l'Assicurazione si intende estesa altresì alla responsabilità derivante all'Aderente dall'attività cessata alle condizioni previste dall'Estensione di Garanzia di cui all'Art.1.3 lettera i).

h. Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà

L'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile dell'Aderente per i Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di esercente la professione sanitaria per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve.

Tale estensione è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito di Euro 1.000.000,00 (un milione) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

i. Attività compatibili con la Scuola di specializzazione

Limitatamente al medico assicurato per la Categoria di Rischio 02 che svolge l'attività in qualità di Medico Specializzando, l'Assicurazione di colpa grave si estende alla Responsabilità derivante all'Assicurato esclusivamente per le seguenti prestazioni, purché svolte conformemente alla normativa vigente e compatibilmente con la formazione ai sensi del D.Lgs. 368/1999 e s.m.i.:

- Sostituzione a tempo determinato del Medico di Medicina Generale;
- Servizio di Continuità Assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);
- Collaborazione a titolo gratuito ed occasionale agli enti e alle associazioni che, senza scopo di lucro, svolgono attività di raccolta di sangue ed emocomponenti
- Sostituzione a tempo determinato del Pediatra di Libera Scelta;
- Servizio di Continuità Assistenziale stagionale per turisti (ex Guardia Medica Turistica);

Inoltre, la presente Estensione di Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Specializzando tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale **civilmente responsabile in conseguenza di Danni** causati a terzi esclusivamente nello svolgimento delle prestazioni sopra citate nel caso di:

- a. Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione;

- b. Azione di rivalsa esperita dalla Struttura nonché di surrogazione della sua impresa di assicurazione nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- c. Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

Ai fini della presente copertura, l'Estensione di Garanzia è inoltre operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Aderente l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Aderente per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Aderente, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.;
- la notifica all'Aderente della costituzione di parte civile in un procedimento penale;
- la ricezione da parte dell'Aderente di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010;
- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Aderente si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o l'impresa di assicurazione della stessa, si rivale nei confronti dell'Aderente per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente.

La presente Estensione di Garanzia è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito di Euro 1.000.000,00 (un milione) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

Articolo 2 Garanzie Aggiuntive Opzionali

(valide ed operanti qualora attivate ed a fronte del pagamento del Premio aggiuntivo)

2.1 Dipendente Pubblico Plus

La presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale si compone delle seguenti sezioni:

a. Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile

La presente copertura tiene indenne l'Aderente di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile unicamente nei casi di:

- a. Azione civile di rivalsa per colpa grave anticipata esperita giudizialmente nei confronti dell'Aderente dalla Struttura pubblica nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- b. Azione civile di rivalsa e/o surrogazione per colpa grave anticipata esperita nei confronti dell'Aderente giudizialmente dall'impresa di assicurazioni della Struttura pubblica nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con provvedimento giudiziario passato in giudicato pronunciato dall'Autorità Giudiziaria Civile in accoglimento della domanda giudiziale di rivalsa anticipata svolta nei suoi confronti dalla Struttura pubblica e/o dalla sua impresa di assicurazione, oppure sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società in pendenza del relativo procedimento civile.

Ai fini della presente copertura, l'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- l'azione civile giudiziale di rivalsa anticipata esercitata nei confronti dell'Aderente dalla Struttura pubblica o dalla sua impresa di assicurazione dinanzi al giudice civile a titolo di colpa grave;
- la comunicazione con la quale la Struttura pubblica o la sua impresa di assicurazione manifesta l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.

b. Condanna in solido con la Struttura in sede civile

La presente copertura tiene indenne l'Aderente di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente corresponsabile, unitamente alla Struttura pubblica e/o alla sua impresa di assicurazione in conseguenza di Danni **per i quali sia stato riconosciuto corresponsabile con provvedimento giudiziario da parte dell'Autorità Giudiziaria civile competente, che condanni in solido** l'Aderente e la Struttura pubblica e/o la sua impresa di assicurazione.

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Aderente sia stato dichiarato corresponsabile in solido con la Struttura pubblica e/o la sua impresa di assicurazione ed unicamente nel caso in cui, a fronte di tale provvedimento, la Struttura pubblica e/o la sua impresa di assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto agli effetti di legge in manleva dell'Aderente.

Ai fini della presente copertura, l'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Aderente l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione civile o la chiamata in causa dell'Aderente per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Aderente, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.;
- la ricezione da parte dell'Aderente di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010.

c. Condanna al pagamento di provvisionale in sede Penale:

La presente copertura tiene indenne l'Aderente di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi in conseguenza di **Danni per i quali sia stato penalmente condannato al pagamento di una provvisionale**, sia nel caso in cui la statuizione avente effetti civili pronunciata dal giudice penale condanni solidalmente l'Aderente e la Struttura pubblica quale responsabile civile nel relativo processo penale, sia nel caso in cui investa esclusivamente l'Aderente in assenza del responsabile civile.

La Garanzia è operante unicamente nel caso in cui, a fronte di tale sentenza, la Struttura pubblica e/o la sua impresa di assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto agli effetti di legge in manleva dell'Aderente.

Ai fini della presente copertura, l'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Aderente l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la notifica all'Aderente della costituzione di parte civile in un procedimento penale.

d. Altre Perdite Patrimoniali

L'Assicurazione di colpa grave, di cui alla GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico, si estende alla Responsabilità derivante all'Aderente in conseguenza di **Perdite Patrimoniali** cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi conseguenti:

- ad incarichi di CTU nominato dall'Autorità giudiziaria o CTP;
- ad incarichi nell'ambito del procedimento di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010, limitatamente alle vertenze su materie rientranti nelle competenze professionali dell'Aderente;
- alla necessità di ripristinare, rimpiazzare e/o ricostruire parzialmente o totalmente Medical Device dallo stesso prescritti con altri equivalenti per uso e qualità;
- all'attività di certificazione svolta nell'ambito dell'Attività Assicurata.

In relazione alle sezioni che compongono la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale, l'Aderente dichiara di cedere alla Società tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura pubblica e/o della sua impresa di assicurazione per il recupero delle somme versate in virtù della presente Garanzia.

La presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è **prestata fino alla concorrenza del Massimale di € 700.000,00 (settecentomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione**, tuttavia, in relazione alle sezioni "a. Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile", "c. Condanna al pagamento di provvisionale in sede Penale" e "d. Altre Perdite Patrimoniali" la Garanzia è prestata **fino alla concorrenza di un Sottolimito pari ad Euro 500.000,00 (cinquecentomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione**.

2.2 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività

(attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione)

È facoltà dell'Aderente richiedere l'attivazione dell'estensione di Ultrattività ancorché l'Aderente continui ad esercitare la professione sanitaria.

In questo caso le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo di Retroattività e fino alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, restano coperte alle condizioni in vigore per ulteriori 10 (dieci) anni.

Il Massimale assicurato per il Periodo di Assicurazione al termine del quale è attivata la presente Garanzia Aggiuntiva rappresenta la massima esposizione della Società anche per l'intero Periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente.

L'Aderente è tenuto a corrispondere il Premio aggiuntivo dovuto per l'attivazione dell'Ultrattività, come specificato all'Art. 7.4. In seguito all'attivazione della presente estensione di Ultrattività, la copertura non può essere fatta oggetto di alcun recesso da parte della Società e in caso di morte dell'Aderente si intende estesa agli eredi stessi.

Che cosa NON è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

3.1 Esclusioni applicabili a tutte le Garanzie

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

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

- Richieste di Risarcimento già pervenute all'Aderente prima dell'inizio della decorrenza della presente Polizza;

- Richieste di Risarcimento che pervengano all'Aderente in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, se acquistato, fatte salve le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti alla denuncia delle Circostanze nei limiti di quanto indicato all'Art. 6.1;
- Richieste di Risarcimento che pervengano all'Aderente nel corso del Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- Richieste di Risarcimento relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima del Periodo di Retroattività;
- Richieste di Risarcimento che siano connesse e/o conseguenti a:
 - sentenze penali di condanna o di patteggiamento già emesse contro l'Aderente
 - azioni giudiziarie civili già promosse contro l'Aderente
 - Circostanze note all'Aderente
 antecedentemente alla Data di Continuità Assicurativa.

3.1.2. Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. avanzate o promosse direttamente dal terzo nei confronti dell'Aderente, fatta eccezione per quanto stabilito all'Art. 1.3 lettera i) e alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.1;
2. in relazione a qualsiasi prestazione esercitata privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico della Struttura di cui l'Aderente è Dipendente, fatta eccezione per quanto stabilito all'Art. 1.3 lettera i);
3. per Perdite Patrimoniali, così come definite in Polizza, fatta eccezione per quanto stabilito all'Art. 1.3 lettera e) e lettera f) nonché all'Art. 2.1 lettera d);
4. originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria;
5. derivanti da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
6. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici nonché derivanti da fatti dolosi commessi dall'Aderente;
7. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente qualora lo stesso non fosse iscritto all'Albo professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata;
8. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
9. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente dopo che lo stesso abbia cessato l'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Aderente venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;
10. basate sulla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti e degli interventi di Medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Aderente;
11. aventi ad oggetto la restituzione del compenso corrisposto all'Aderente per la relativa prestazione professionale;
12. derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
13. derivanti da consulenza on line, fatta eccezione per le operazioni peritali da remoto e per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente, o da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
14. per pregiudizi alle cose mobili e immobili che l'Aderente abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
15. relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Aderente oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
16. relative alle spese sostenute dall'Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi dell'Art. 6.2;
17. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
18. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
19. conseguenti a furto, incendio, esplosione o scoppio;
20. per pregiudizi che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'Attività Assicurata;
21. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
22. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'Attività dell'Aderente;
23. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
24. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
25. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
26. connesse ad atti di guerra e/o terrorismo.

3.1.3. Esclusioni dal novero dei terzi

Non sono considerati terzi ai fini della copertura il coniuge, il convivente more uxorio, il soggetto con cui è unito civilmente, i genitori e i figli dell'Aderente nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive anche se non presente nello stato di famiglia. L'Assicurazione è pertanto inefficace a fronte di Richieste di Risarcimento conseguenti a Danni e Perdite Patrimoniali sofferti da soggetti non considerati terzi.

3.1.4. Ulteriori esclusioni applicabili al Medico Specializzando

Sono escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento conseguenti a qualsiasi attività svolta dall'Aderente che non sia riconducibile alla regolare frequenza del corso di specializzazione post-laurea presso un Ente Ospedaliero Universitario pubblico, salvo quanto stabilito all'Art. 1.3 lettera i).

3.2 Ulteriori esclusioni applicabili a specifiche Estensioni di Garanzia e Garanzie Aggiuntive Opzionali

3.2.1 Ulteriori esclusioni applicabili alla sezione d) "Altre Perdite Patrimoniali" della Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Dipendente Pubblico Plus"

Relativamente alla sezione d) "Altre Perdite Patrimoniali" della Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.1 sono sempre escluse le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a:

- gli interventi relativi, connessi o conseguenti alla fecondazione ed al concepimento umano;
- la Responsabilità Civile che ricade ai sensi di legge sul fabbricante dei prodotti che l'Aderente utilizza ai fini della propria attività professionale;
- i vizi e difetti che si manifestano oltre i 3 (tre) mesi successivi alla consegna, all'utilizzo od all'impianto del Medical Device sul paziente.

3.2.2 Ulteriori esclusioni applicabili a Estensioni di Garanzia lettera i) "Attività compatibili con la Scuola di specializzazione" ed alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Dipendente Pubblico Plus"

Relativamente all'Estensione di Garanzia inclusa nel Premio di cui all'Art. 1.3 lettera i) ed alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.1 sono escluse le Richieste di Risarcimento conseguenti a Fatti Noti all'Aderente prima della Data di Continuità Assicurativa, anche se mai denunciati ai precedenti assicuratori.

Per **Fatti Noti** si intendono quei fatti e situazioni, in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Aderente, che potrebbero determinare in futuro Richieste di Risarcimento.

Tuttavia, non sono considerati Fatti Noti:

- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura, salvo i casi in cui per il tramite della stessa l'Aderente venga portato a conoscenza di una Richiesta di Risarcimento;
- le comunicazioni notificate all'Aderente dalla Struttura ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Massimale e Sottolimiti

La Polizza opera fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato di Assicurazione e dei Sottolimiti riepilogati nella seguente tabella:

Copertura	Sottolimito per Sinistro e per Periodo di Assicurazione
Perdite Patrimoniali – Privacy	€ 100.000
Interventi di primo soccorso per dovere di solidarietà	€ 1.000.000
Attività compatibili con la Scuola di specializzazione	€ 1.000.000

In relazione alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Dipendente Pubblico Plus" la Polizza opera fino alla concorrenza del Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione di € 700.000 (settecentomila), fermo il Sottolimito di € 500.000 (cinquecentomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione per le sezioni a. Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile", "c. Condanna al pagamento di provvisionale in sede Penale" e "d. Altre Perdite Patrimoniali" e

tale Sottolimito rappresenta in ogni caso la somma massima che la Società è tenuta a pagare, cumulativamente, per Sinistro e per Periodo di Assicurazione in relazione a tali sezioni.

4.2 Limitazioni riferite a tutte le Garanzie

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

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

4.3 Responsabilità solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Aderente con altri soggetti (persone fisiche, Strutture e altri soggetti) la Società risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Aderente stesso, determinata sia in quota certa con sentenza, sia presuntivamente ai sensi degli artt. 1298 e/o 2055 Codice civile.

La Società non risponde, nemmeno in via provvisoria, della quota di pertinenza di terzi.

4.4 Sanzioni internazionali

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

Dove vale la copertura?

Articolo 5 Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo **ove l'Aderente eserciti su incarico della Struttura di diritto italiano, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.**

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

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

Articolo 6 Sinistri

6.1 Obblighi dell'Aderente in caso di Sinistro

a. Richiesta di Risarcimento

L'Aderente, rendendosi parte diligente del contratto, deve denunciare alla Società il Sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, fermi i termini di decadenza e di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.

Nel caso in cui l'Aderente riceva una Richiesta di Risarcimento deve denunciarla per iscritto alla Società entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 (trenta) giorni dalla cessazione del Periodo di Assicurazione in corso.

Alla denuncia deve far seguito con urgenza l'invio dei documenti e degli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti, impegnandosi l'Aderente a prestare la massima collaborazione alla Società nell'istruzione e nella gestione del Sinistro stesso.

Limitatamente alle sezioni di cui alle lettere b. e c. della Garanzia Aggiuntiva Opzionale di cui all'Art. 2.1, qualora attivata, l'Aderente è tenuto a far pervenire alla Società, unitamente alla denuncia di Sinistro, anche copia della comunicazione scritta con la quale abbia provveduto ad informare della Richiesta di Risarcimento anche la Struttura per conto della quale è stata esercitata l'Attività Assicurata ed abbia altresì espressamente richiesto di essere dalla stessa manlevato. **Qualora l'Aderente non adempia a tale onere, la Società si riserva il diritto di negare l'Indennizzo, salvo il diritto di chiedere il maggior danno.**

b. Circostanze

È facoltà esclusiva dell'Aderente denunciare Circostanze nel corso del Periodo di Assicurazione ai sensi dell'Art. 1.3 lettera a). Qualora da una Circostanza dovesse derivare una successiva Richiesta di Risarcimento, la stessa sarà considerata Sinistro validamente denunciato alla data in cui è stata denunciata la Circostanza. L'Aderente è tenuto altresì ad informare tempestivamente la Società di ogni aggiornamento e/o sviluppo relativo alle Circostanze denunciate nonché a produrre tutta la documentazione che la Società dovesse richiedere.

c. Disposizioni comuni

La denuncia di Sinistro o di Circostanza deve contenere la data e la descrizione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e la residenza dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per la Società, incluso quanto previsto dall'Art. 6.4 in caso di coesistenza di altre assicurazioni. La denuncia dovrà essere trasmessa a AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano, colpegravi@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

Senza il previo consenso scritto della Società, l'Aderente non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la Società si riserva il diritto di negare l'Indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.

6.2 Patto di gestione della lite

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze in nome e per conto dell'Aderente in sede stragiudiziale, giudiziale, amministrativa, designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Aderente stesso.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'Aderente sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale riportato nel Certificato di Assicurazione. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale, le spese giudiziali si ripartiscono tra la Società e Aderente in proporzione del rispettivo interesse ai sensi dell'art. 1917 Codice civile.

Nel caso in cui l'Aderente non accetti la gestione della lite, la Società non riconosce le spese sostenute dall'Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'Aderente.

6.3 Liquidazione del Sinistro

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

6.4 Coesistenza di altre assicurazioni

L'Aderente, in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio ed è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 e 1913 del Codice Civile.

Quando e come devo pagare?

Articolo 7 Pagamento e rimborso del Premio

7.1 Pagamento del Premio della Polizza collettiva

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

7.2 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa per l'Aderente

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

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.

Il Premio annuo lordo dovuto, coerentemente con la Categoria di rischio dall'Aderente stesso, è quello risultante dalla tabella riportata di seguito:

Retroattività 10 anni		
Codice	Categoria di rischio	Massimale € 5.000.000
01	Dirigente Medico che svolge attività di Ginecologia, Ostetricia e Ortopedia	€ 530
02	Dirigente medico non rientrante nella categoria precedente, Specializzandi e Tirocinanti Medici	€ 490
03	Dirigente o quadro sanitario NON medico / Ostetriche	€ 250
04	Tecnici di radiologia NON medici	€ 90
05	Altro personale del comparto	€ 60

L'Assicurazione è riferita all'Attività Assicurata relativa alla Categoria di rischio dell'Aderente, dichiarata dallo stesso nel Modulo di Adesione.

Se l'Aderente non paga la prima rata di Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento. Se alle successive scadenze convenute l'Aderente non paga i Premi o le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste. Resta salva la facoltà della Società di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato al successivo Art. 9.2.

I Premi devono essere pagati alla Società oppure all'Intermediario incaricato.

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

7.3 Garanzie aggiuntive opzionali – Dipendente Pubblico Plus

Relativamente alla Garanzia Aggiuntiva di cui all'Art. 2.1 "Dipendente Pubblico Plus" il Premio annuo lordo aggiuntivo dovuto, coerentemente con la qualifica ricoperta dall'Aderente stesso, è quello risultante dalla seguente tabella:

Retroattività 10 anni		
Codice	Categoria di rischio	Massimale € 700.000
01	Dirigente Medico che svolge attività di Ginecologia, Ostetricia e Ortopedia	€ 900
02	Dirigente medico non rientrante nella categoria precedente, Specializzandi e Tirocinanti Medici	€ 850
03	Dirigente o quadro sanitario NON medico / Ostetriche	€ 50
04	Tecnici di radiologia NON medici	€ 10
05	Altro personale del comparto	€ 15

La Garanzia Aggiuntiva di cui all'Art. 2.1 "Dipendente Pubblico Plus" può essere acquistata, in aggiunta alla GARANZIA BASE (Colpa Grave) Dipendente Pubblico, esclusivamente in fase di prima adesione o di proroga della stessa.

7.4 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo

In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale secondo quanto indicato all'Art. 1.1 lettera b.2, l'Aderente (e/o gli eredi dell'Aderente) è tenuto a corrispondere il Premio aggiuntivo per l'attivazione dell'estensione di Ultrattività decennale entro il quarantacinquesimo giorno successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso all'atto della cessazione dell'attività professionale, secondo quanto di seguito specificato:

- per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa, 500% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete, 300% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;

Il Premio deve essere corrisposto in unica soluzione.

Per i contratti in vigore da almeno 3 (tre) annualità complete, l'estensione di Ultrattività decennale è prestata a titolo gratuito in caso di decesso dell'Aderente verificatosi durante la vigenza della copertura, a vantaggio degli eredi.

Qualora l'Aderente decida di attivare l'estensione di Ultrattività facoltativa prevista all'Art. 2.2, sarà necessario corrispondere il relativo Premio secondo le medesime percentuali sopra indicate.

7.5 Rimborso del Premio

In caso di recesso per Sinistro esercitato ai sensi dell'Art. 9.2, all'Aderente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso. Qualora l'Aderente eserciti il "diritto di ripensamento" di cui all'Art. 9.3, ha diritto alla restituzione integrale del Premio versato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 8 Effetto e durata dell'Assicurazione

8.1 Effetto e durata della Polizza Collettiva

La Polizza ha durata 3 anni dalle ore 24.00 del 31/12/2023 alle ore 24.00 del 31/12/2026.

Sia la Società che il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto annualmente, previa comunicazione di recesso a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC) spedita almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza annuale.

8.2 Effetto e durata della singola adesione

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

Se l'Aderente non paga il Premio nei termini indicati dal presente Articolo, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferma la scadenza riportata nel Certificato di assicurazione.

Indipendentemente dalla data di adesione, il singolo Certificato di Assicurazione cessa alla scadenza annuale indicata nel Certificato di Assicurazione stesso ed è senza tacito rinnovo.

Alla scadenza del Periodo di Assicurazione l'Aderente potrà prorogare la copertura assicurativa per ulteriori 12 (dodici) mesi versando il Premio annuo entro le ore 24.00 del 45° (quarantacinquesimo) giorno successivo alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione. Per la proroga della copertura assicurativa avvenuta entro i termini sopra indicati non è necessaria la compilazione di un nuovo Modulo di Adesione.

Se l'Aderente non proroga la copertura assicurativa nei termini temporali previsti dal comma che precede, la copertura si intenderà automaticamente cessata alla scadenza annuale della Polizza e potrà in seguito aderire nuovamente alla Polizza previa compilazione di un nuovo Modulo di Adesione; in tal caso il nuovo Certificato di Assicurazione e la copertura assicurativa avranno effetto come previsto dalla prima parte del presente articolo.

8.3 Clausola di continuità

Limitatamente agli Aderenti già assicurati con contratto AmTrust Assicurazioni n° RCM22008, la copertura della presente Polizza segue senza soluzione di continuità la copertura prestata da tale contratto, alla scadenza della quale pertanto gli stessi potranno aderire in continuità assicurativa alla presente Polizza: il Certificato di Assicurazione avrà effetto dalle ore 24.00 della data di scadenza della copertura prestata dal contratto AmTrust Assicurazioni n° RCM22008, a condizione che il Premio sia versato entro le ore 24.00 del 45° (quarantacinquesimo) giorno successivo alla scadenza. Si precisa che, in favore di tali Aderenti che aderiscano alla presente Polizza in continuità assicurativa, il Periodo di Retroattività è pari a 10 (dieci) anni antecedenti alla data di adesione al contratto AmTrust Assicurazioni n° RCM22008 oppure al contratto n° RCM2013 in caso di proroga delle coperture assicurative in continuità con quella prestata dalla presente Polizza.

Limitatamente agli Aderenti già assicurati con contratto AmTrust International Underwriters DAC n° IITDMM16B001439600000 che abbiano, alla scadenza di tale copertura, prorogato la copertura in continuità assicurativa prima per il tramite del contratto AmTrust Assicurazioni n° RCM2013, poi per il tramite del contratto RCM22008 e che successivamente aderiscano alla presente Polizza in continuità assicurativa, il Periodo di Retroattività è da intendersi illimitato.

Recesso e risoluzione

Articolo 9 Casi di interruzione del contratto

9.1 Recesso per Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo, tanto il Contraente quanto la Società possono recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 90 (novanta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso. In caso di recesso il Contraente e l'Intermediario si impegnano a non fare sottoscrivere ulteriori Moduli di Adesione con decorrenza successiva alla data di effetto del recesso.

È peraltro convenuto che, relativamente agli Aderenti che abbiano copertura con decorrenza antecedente alla data di effetto del recesso e che abbiano già corrisposto il Premio, la copertura resta in vigore sino alla data di scadenza indicata nel Certificato di Assicurazione, senza possibilità di proroga.

9.2 Recesso per Sinistro del singolo Aderente

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo, tanto l'Aderente quanto la Società possono recedere dalla singola copertura assicurativa colpita dal Sinistro mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 90 (novanta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

Come previsto dall'Art. 7.5 in caso di recesso, all'Aderente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

9.3 Diritto di ripensamento

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

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

Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie

Articolo 10 Altri mezzi di risoluzione delle controversie

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.

Altre Disposizioni Contrattuali

Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Aderente nel Modulo di Adesione formano la base dell'Assicurazione e rilevano ai fini della decisione della Società di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del Premio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dall'Aderente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Aderente ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 12 Variazioni contrattuali

12.1 Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Aderente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni Variazione del rischio per il tramite dell'Intermediario incaricato **entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di variazione.**

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

Qualora si verifichi un **aggravamento del rischio** durante il Periodo di Assicurazione verso un'altra Categoria assicurabile con la presente Polizza, la copertura assicurativa proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione anche in relazione alle Richieste di Risarcimento relative alla nuova Categoria di rischio. A decorrere dalla successiva scadenza, l'ammontare del maggior Premio dovuto sarà calcolato sulla base della Variazione di rischio comunicata dall'Aderente.

Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale dell'Aderente non assicurabile con la presente Polizza, la copertura assicurativa non sarà operante per tali nuove prestazioni e proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione limitatamente all'Attività Assicurata già oggetto di copertura.

12.2 Ulteriori variazioni contrattuali per il Medico Specializzando

Costituisce Variazione del rischio per il Medico Specializzando, che non sarà quindi più ritenuto tale ai sensi di Polizza:

- a. il conseguimento della specializzazione;
- b. l'instaurazione di rapporto di lavoro, nel corso del penultimo o dell'ultimo anno della scuola di specializzazione, presso Struttura Sanitaria ai sensi del D.l. 35/2019 convertito con L. 60/2019 o D.l. 18/2020 convertito con L. 27/2020 e s.m.i.

Al verificarsi di uno degli eventi di cui sopra, che devono essere comunicati per iscritto alla Società, troverà applicazione quanto stabilito dall'Art. 12.1.

12.3 Ulteriori Variazioni – Albo e licenziamento

L'Aderente deve dare immediata comunicazione scritta alla Società qualora l'Aderente venga per qualunque motivo sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa. L'Assicurazione resta efficace sino al termine del Periodo di Assicurazione in corso limitatamente alle Richieste di Risarcimento derivanti dall'Attività già svolta dall'Aderente prima che si verificasse la sospensione o la radiazione dall'Albo Professionale o il licenziamento per giusta causa, **restando pertanto escluse le richieste di Risarcimento derivanti da prestazioni erogate dall'Aderente successivamente a tali eventi.**

La comunicazione scritta di tali eventi alla Società comporta la cessazione del contratto alla successiva scadenza annuale, senza possibilità di rinnovo.

Articolo 13 Altre Assicurazioni

L'Aderente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'Indennizzo.

L'Aderente è esonerato dal comunicare l'esistenza di altre assicurazioni derivanti da rapporti contrattuali con istituti di credito e/o finanziari (conti correnti, carte di credito, mutui, finanziamenti, ecc.) o da accordi collettivi di lavoro nazionali o aziendali.

In caso di Sinistro vale quanto disposto dall'Art. 6.4.

Articolo 14 Assicurazione per conto altrui

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

Articolo 15 Oneri fiscali

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

Articolo 16 Foro competente

Foro competente è quello di residenza o di domicilio elettivo del Contraente o dell'Aderente (se persona fisica) oppure quello della sua sede legale (se persona giuridica).

Articolo 17 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

Ai sensi dell'art. 73 del Regolamento IVASS n°40 del 02 agosto 2018, l'Aderente:

- ha il diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
- ha il diritto di richiedere la variazione della tecnica di comunicazione a distanza;
- ha il diritto di essere messo in contatto col Front Office dell'Intermediario, deputato al coordinamento e controllo dell'attività del Servizio Clienti dedicato all'assistenza dei clienti.

Ogni comunicazione inerente all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle parti, ad eccezione di quanto previsto dall'Art. 16 in merito alle condizioni tariffarie.

I riferimenti della Società sono i seguenti:

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Via Clerici, 14 - 20121, Milano

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it

Sito Internet: www.amtrust.it

Articolo 18 Forma delle comunicazioni in caso di Vendita a Distanza

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

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

Articolo 19 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.



AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

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

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

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

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

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

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

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

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