

# Condizioni di Assicurazione

## Glossario

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

<b>Assicurato</b>	la persona fisica indicata nella Scheda di Polizza, che svolge l'attività professionale indicata nel Modulo di Proposta, di dipendente, specializzando o convenzionato (in questo caso si comprendono anche i liberi professionisti solo nel caso che non abbiano assunto un obbligo contrattuale con il paziente) dell'Azienda Sanitaria.
<b>Attività Professionale</b>	l'attività sanitaria connessa alla qualifica dichiarata nel Modulo di Proposta e svolta dall'Assicurato presso la o per conto dell'Azienda Sanitaria.
<b>Azienda Sanitaria</b>	l'Azienda Sanitaria Locale o la Struttura Sanitaria Pubblica o Privata presso la o per conto della quale l'Assicurato presta od ha prestato servizio.
<b>Claims made</b>	il regime nel quale la garanzia di responsabilità civile è individuata nelle Richieste di Risarcimento ricevute dal Contraente/Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del periodo di retroattività stabilito in polizza.
<b>Colpa Grave</b>	integrano Colpa Grave (con esclusione del dolo) le seguenti condotte involontarie dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none"><li>• errore inescusabile per mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti la professione sanitaria nonché a un difetto dei minimi requisiti di abilità e perizia tecnica che il sanitario deve possedere ed utilizzare nell'esercizio della professione o;</li><li>• violazione di linee guida e buone pratiche cliniche, sempre che le stesse siano conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica/sanitaria ed idonee al trattamento sanitario specificamente richiesto;</li></ul> derivandone una condotta marcatamente distante da quella dovuta, con macroscopica violazione delle regole dell'arte sanitaria nonché degli obblighi di diligenza, prudenza e perizia richiesti.
<b>Contraente</b>	il soggetto che stipula la Polizza.
<b>Danno/Danni</b>	il pregiudizio conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni ad essi conseguenti.
<b>Danni non patrimoniali</b>	tutti i danni conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale della vittima nonché il danno reputazionale.
<b>Danni patrimoniali</b>	il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni relativi alla sfera patrimoniale del danneggiato.
<b>Data di Continuità Assicurativa</b>	la data meno recente tra: <ul style="list-style-type: none"><li>• la data di stipulazione della Polizza da parte dell'Assicurato;</li><li>• la data di stipulazione della Polizza da parte dell'Assicurato ad analoga copertura assicurativa di Colpa Grave, purché la stessa sia stata stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società, e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di stipulazione della presente Polizza.</li></ul>
<b>Intermediario</b>	gli intermediari di assicurazioni iscritti alla sezione A del RUI (Agente) indicati nella Scheda di Polizza nonché, ove presente, l'Intermediario di assicurazioni iscritto alla sezione B del RUI (Broker) cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
<b>Massimale</b>	la somma massima che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
<b>Medico Convenzionato</b>	l'esercente la professione sanitaria, non alle dirette dipendenze dell'Azienda Sanitaria di cui quest'ultima si avvale per l'erogazione delle prestazioni inerenti le obbligazioni dalla

stessa assunte, e che presta la propria attività in esclusiva con rapporto di lavoro autonomo presso e/o per conto dell'Azienda Sanitaria in assenza di uno specifico rapporto contrattuale assunto con il paziente.

<b>Medico Dipendente</b>	il professionista che agisce alle dirette dipendenze della Struttura Sanitaria Pubblica o Privata con rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato.
<b>Medico Specializzando</b>	medico in formazione, iscritto ad una scuola di specializzazione medica, ma che non ha ancora conseguito, al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, la specializzazione.
<b>Modulo di Proposta</b>	<p>il documento annesso a questa Polizza, sottoscritto dall'Assicurato, che ne costituisce parte integrante.</p> <p>Tale documento contiene le dichiarazioni dell'Assicurato che incidono sulla valutazione del rischio. La compilazione dello stesso non impegna contrattualmente la Società dato che il rapporto assicurativo sorgerà unicamente con l'emissione della Polizza.</p>
<b>Perdite Patrimoniali</b>	il pregiudizio economico patito dalla struttura che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di danni materiali e corporali a terzi.
<b>Periodo di Assicurazione</b>	il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza riportate nella Scheda di Polizza, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo della Polizza medesima.
<b>Periodo di Retroattività</b>	il periodo temporale pari ai 10 (dieci) anni antecedenti alla Data di Continuità Assicurativa.
<b>Polizza</b>	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
<b>Premio</b>	la somma dovuta dal Contraente/Assicurato alla Società.
<b>Richiesta di Risarcimento</b>	<p><b>a) a seguito di Responsabilità Amministrativa o surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Locale o Struttura Sanitaria Pubblica</b></p> <p>quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la segnalazione, inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria, di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali Danni;</li><li>• l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;</li><li>• la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a Colpa Grave.</li></ul> <p>Non sono considerate Richiesta di Risarcimento, a titolo esemplificativo e non esaustivo, e dunque non costituiscono Sinistro:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la comunicazione inviata ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24 all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti dell'Azienda Sanitaria stessa;</li><li>• la comunicazione inviata ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24 all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato;</li><li>• la Richiesta di Risarcimento avanzata e l'azione giudiziale promossa dal Terzo direttamente nei confronti dell'Assicurato.</li></ul> <p><b>b) a seguito di Rivalsa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata</b></p> <p>La comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Privata o la sua impresa di assicurazioni si rivalere nei confronti dell'Assicurato per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a Colpa Grave.</p> <p>Non sono considerate Richiesta di Risarcimento, a titolo esemplificativo e non esaustivo, e dunque non costituiscono Sinistro:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la comunicazione inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti dell'Azienda Sanitaria stessa, nemmeno se formulata ex art. 13 della Legge 24/2017;</li></ul>

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

<b>Scheda di Polizza</b>	il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza, la qualifica dell'Assicurato, il Massimale, il Periodo di Retroattività e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.
<b>Sentenza passata in giudicato</b>	è il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché scaduto il termine per poterlo fare, o perché sono già state esperite tutte le impugnazioni possibili. Quindi il provvedimento passato in giudicato è caratterizzato dall'incontrovertibilità della cosa giudicata, ovvero nessun giudice può nuovamente pronunciarsi su quella sentenza.
<b>Sinistro</b>	la Richiesta di Risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
<b>Società</b>	l'Impresa di assicurazione AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Clerici n. 14 – 20121 Milano.

## Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Retroattività

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

In caso di Rinnovo sono altresì garantite tutte le Richieste di Risarcimento ricevute durante il Periodo di Assicurazione in corso, purché siano conseguenza di fatti, errori od omissioni accaduti o commessi:

- Nei Periodi di Assicurazione precedenti;
- Nel Periodo di Retroattività.

In ogni caso il regime contrattuale che regola l'Assicurazione è quello contenuto nelle clausole della Polizza in corso al momento della denuncia del Sinistro.

L'assicurazione è prestata sulla base delle informazioni fornite dall'Assicurato e contenute nel Modulo di Proposta, che forma parte integrante della presente Polizza.

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

## Articolo 2 - Massimale

L'assicurazione è prestata, per ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Assicurato, fino alla concorrenza del Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

## Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione

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

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

Sono altresì coperte le Perdite Patrimoniali, comprese quelle derivanti da danno reputazionale o da violazione del Regolamento UE 2016/679 "GDPR", incluse nella Responsabilità Amministrativa, nella Rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria o nell'azione di Surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di legge per Colpa Grave, entro un limite del 10% del Danno indennizzato.

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

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

#### Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali

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

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

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

#### Articolo 5 - Limiti territoriali

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

E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. La Società pertanto non è obbligata per le Richieste di Risarcimento fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino e dalla Città del Vaticano, salvo il caso di riconoscimento ai sensi dell'Art. 67 Legge 31 maggio 1995, n. 218.

#### Articolo 6 - Precisazione sui rischi assicurati

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

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

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

#### Articolo 7 - Esclusioni

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

- 1) le Richieste di Risarcimento come precedentemente definite che pervengano all'Assicurato in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, fatte salve le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a quanto disposto dal successivo Articolo 9 - Cessazione dell'attività professionale – Ultrattività.
- 2) le Richieste di Risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della Data di Continuità Assicurativa.
- 3) le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Assicurato antecedentemente alla Data di Continuità Assicurativa.
- 4) le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima del Periodo di Retroattività stabilito in Polizza.

**Sono parimenti esclusi i Danni:**

- 5) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 6) conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'Attività Professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- 7) derivanti da somministrazione o prescrizione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- 8) derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- 9) derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali (attività dolose);
- 10) alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- 11) da furto o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 12) riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'Attività Professionale dell'Assicurato;

- 13) che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche, terapeutiche e di sperimentazione svolte dall'Azienda Sanitaria;
- 14) le Perdite Patrimoniali che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale aziendale e non propriamente attinenti all'Attività Professionale sanitaria che abbia causato un Danno;
- 15) derivanti dalla violazione delle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 "GDPR" qualora il trattamento dei dati abbia finalità commerciali;
- 16) per inottemperanza a quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica, limitatamente ai Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione;
- 17) in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere.

## Articolo 8 - Responsabilità solidale

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

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

Se durante il Periodo di Assicurazione l'Attività Professionale dell'Assicurato viene a cessare definitivamente per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa connessa all'espletamento delle sue attività professionali), l'attività già svolta dall'Assicurato purché conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo di Retroattività convenuto, resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione nonché, al termine di tale periodo, per ulteriori 10 (dieci) anni.

L'Assicurato è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Società della sopravvenuta cessazione dell'Attività Professionale ed è tenuto a corrispondere la regolazione del premio dovuto a fronte di tale evenienza, da corrispondersi, in un'unica soluzione, come di seguito specificato.

### La regolazione premio è dovuta:

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

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

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

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

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

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

## Articolo 10 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento

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

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

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

La denuncia di Sinistro, Richiesta di Risarcimento deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nominativo dei pazienti danneggiati e ogni altra notizia utile per la Società incluso quanto previsto all'Articolo 15 in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

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

## Articolo 11 - Facoltà di Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dalla definizione degli accordi tra le parti, tanto il Contraente che la Società possono recedere da questa Polizza con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni.

Nel caso di Recesso da parte della Società, questa, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del Recesso, rimborsa al Contraente la frazione del Premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

## Articolo 12 - Gestione della Polizza

Con la sottoscrizione della Scheda di Polizza, facente parte integrante della presente Polizza, il Contraente conferisce all'Intermediario indicato nella Scheda di Polizza stessa il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che ogni comunicazione fatta:

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

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

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

## Articolo 13 - Diminuzione e Aggravamento del rischio

**Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio ai sensi degli Artt. 1897 e 1898 del Codice Civile.**

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 (art. 1898 Cod. Civ.).

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui il Contraente non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni.

## Articolo 14 - Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti

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

## Articolo 15 - Coesistenza di altre assicurazioni

L'Assicurato, in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni ed è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

## Articolo 16 - Pagamento del premio

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio è stato pagato, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il Premio convenuto, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

Se l'Assicurato non paga il Premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

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

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

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

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

**Resta inteso che qualora l'assicurato svolga più attività, dovrà indicarle tutte nel Modulo di Proposta.**

**In questo caso il premio da corrispondere sarà pari all'attività con premio maggiore.**

## Articolo 17 - Forma delle comunicazioni – Variazione della Polizza

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

## Articolo 18 - Durata della Polizza

La Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalla data indicata nella Scheda di Polizza, fermo quanto previsto all'Articolo 16 - Pagamento del Premio.

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

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

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

Ai sensi dell'art. 1901 c.c in caso di mancato pagamento del Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza.

## Articolo 19 - Oneri fiscali

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

## Articolo 20 - Foro competente

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

## Articolo 21 - Rinvio alle norme di legge

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

## Articolo 22 - Precisazioni sull'operatività della garanzia

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

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

## Articolo 23 - Clausola di Continuità

Limitatamente agli Assicurati che, alla data di stipulazione della presente Polizza, siano titolari di analoga copertura stipulata ed in scadenza con una delle società del Gruppo AmTrust non è necessaria la compilazione di un nuovo Modulo di Proposta (a meno che non si desideri variare il Massimale o aggiornare l'Attività Assicurata), in quanto l'Assicurazione sarà prestata sulla base delle dichiarazioni precedentemente rilasciate. Restano in ogni caso escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento conseguenti a fatti, circostanze e situazioni già note all'Assicurato e riportate nel Modulo di Proposta compilato precedentemente.

il Periodo di Retroattività maturato sulla precedente Polizza del Gruppo AmTrust non sarà perso e sarà incrementato di 1 (uno) anno ad ogni rinnovo, senza aggravio di Premio.

## Articolo 24 - Recesso per Ripensamento in caso di vendita a distanza

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

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

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

Il diritto di recesso non si applica qualora sia avvenuto un sinistro, prima o al momento della ricezione da parte della Società della richiesta di recesso del Contraente.

## Articolo 25 - Garanzia Aggiuntiva

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