

Condizioni di Assicurazione

Glossario

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

Assicurato	la persona fisica, indicata nella Scheda di Polizza, dipendente, convenzionato e/o in formazione specialistica, dell'Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria, nonché il libero professionista, che svolge l'attività di sanitario/sociosanitario, non medico, indicata nel Modulo di Proposta.
Attività Professionale	l'attività sanitaria/socio-sanitaria, non medica, connessa alla qualifica dichiarata nel Modulo di Proposta e svolta dall'Assicurato presso la o per conto dell'Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria, nonché in regime libero professionale.
Azienda Sanitaria/Socio-Sanitaria	l'Azienda Sanitaria Locale o la Struttura Sanitaria/Socio-Sanitaria Pubblica o Privata presso la o per conto della quale l'Assicurato presta od ha prestato servizio.
Claims made	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.
Contraente	il soggetto che stipula la Polizza.
Cose	sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Danno/Danni	il pregiudizio conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni ad essi conseguenti.
Danni non patrimoniali	tutti i danni conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale della vittima nonché il danno reputazionale.
Danni Patrimoniali	il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni relativi alla sfera patrimoniale del danneggiato.
Data di Continuità Assicurativa	la data meno recente tra: <ul style="list-style-type: none">• la data di stipulazione della Polizza da parte del Contraente/Assicurato;• la data di stipulazione della Polizza da parte dell'Assicurato ad analoga copertura assicurativa 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.
Franchigia	l'importo che viene dedotto dal Danno ed è a carico dell'Assicurato.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	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.
Massimale	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.
Modulo di Proposta	il documento annesso a questa Polizza, sottoscritto dall'Assicurato, che ne costituisce parte integrante. 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.
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di danni materiali e corporali.

Periodo di Assicurazione	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.
Periodo di Retroattività	il periodo temporale pari ai 10 (dieci) anni antecedenti alla Data di Continuità Assicurativa.
Polizza	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente/Assicurato alla Società.
Richiesta di Risarcimento	<p>a) a seguito di azione diretta del Terzo danneggiato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali; • La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione; • l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione; • La notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile"; • La ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010; <p>b) a seguito di Responsabilità Amministrativa o surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Locale o Struttura Sanitaria Pubblica</p> <ul style="list-style-type: none"> • la segnalazione, inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria, di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali Danni; • l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti; • la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la sua impresa di Assicurazione manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a Colpa Grave. <p>c) a seguito di Rivalsa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata</p> <ul style="list-style-type: none"> • La comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Privata o la sua impresa di assicurazioni si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a Colpa Grave. <p>Non sono considerate Richiesta di Risarcimento, e dunque non costituiscono Sinistro, in nessuno dei casi precedenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dall'Azienda Sanitaria dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti dell'Azienda Sanitaria stessa; • la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dall'Azienda Sanitaria dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.
Scheda di Polizza	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, il Massimale e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative, il regime contrattuale, eventuali estensioni di garanzia attivate ed eventuali qualifiche direttive.
Sentenza passata in giudicato	è il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché scaduto il termine per poterlo fare, o perché sono già state esperite tutte le impugnazioni possibili. Quindi il provvedimento passato in giudicato è caratterizzato dall'incontrovertibilità della cosa giudicata, ovvero nessun giudice può nuovamente pronunciarsi su quella sentenza.

Sinistro	la Richiesta di Risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
Società	l'Impresa di assicurazione AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Clerici n. 14 – 20121 Milano.

Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Periodo di 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 od 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:

- a) Nei Periodi di Assicurazione precedenti;
- b) 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.

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 Sanitaria o Socio-Sanitaria, non medica, unicamente nel caso di:

- a) Responsabilità Civile verso Terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'Attività Professionale;
- b) Responsabilità Amministrativa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Locale o Struttura Sanitaria/Socio-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;
- c) Rivalsa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria/Socio-Sanitaria Privata
 - Azione di Rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria/Socio-Sanitaria Privata nonché l'azione di surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria/Socio-Sanitaria Privata nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL;

Le coperture di cui ai punti che precedono sono prestate nei termini meglio precisati nel successivo Art. 7, con particolare riferimento alle qualifiche dichiarate dall'assicurato all'atto della sottoscrizione della polizza ed alla eventuale sussistenza di un obbligo assicurativo a favore degli assicurati in capo all'Azienda/Ente Sanitario di appartenenza.

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

Relativamente ai punti b) e c) la garanzia è operante a condizione che per tutti i Danni 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.

Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali

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

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

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

Articolo 5 - Persone non considerate Terzi

Non sono considerati Terzi il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive anche se non presente nello stato di famiglia.

Articolo 6 - Limiti territoriali

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

E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano. 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 7 - Precisazione sui rischi assicurati

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

La presente Assicurazione opera unicamente per le attività Sanitarie/Socio-Sanitarie non mediche, svolte dall'Assicurato in qualità di dipendente, convenzionato, e/o in formazione specialistica, dell'Azienda Sanitaria/Socio-Sanitaria, nonché in regime libero professionale, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia.

E' compresa altresì l'attività professionale non medica intramoenia, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalle norme di legge e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

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/Socio-Sanitaria 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.

Ciò anche ai sensi e per gli effetti degli obblighi stabiliti dall'Art. 10 comma 1 ultima parte della Legge 24/2017.

Articolo 8 - Esclusioni

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

- 1) le Richieste di Risarcimento come precedentemente definite che pervengano all'Assicurato in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, fatte salve le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a quanto disposto dal successivo *Articolo 10 - Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione dell'attività*;
- 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 eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima del Periodo di Retroattività stabilito nella Scheda di Assicurazione.

Sono parimenti esclusi i Danni:

- 4) 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;
- 5) derivanti da somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- 6) derivanti dalla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti estetici all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- 7) derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali (attività dolose);
- 8) alle Cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- 9) da furto o da danneggiamenti a Cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 10) 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;
- 11) 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;
- 12) 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;
- 13) derivanti dalla violazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. 196 del 2003 e successive modifiche e integrazioni (Codice Privacy) qualora il trattamento dei dati abbia finalità commerciali;
- 14) per inottemperanza a quanto previsto in materia di Informazione e Consenso del Codice di Deontologia professionale, limitatamente ai Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione;

- 15) in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
- 16) relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- 17) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- 18) derivanti dall'attività ostetrica di assistenza al parto a domicilio, qualora tale attività non sia supervisionata da un medico.

Articolo 9 - Responsabilità solidale

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

Articolo 10 - Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione dell'attività

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 od il licenziamento per giusta causa connessa all'espletamento delle sue attività professionali), l'attività già svolta dall'Assicurato, purché conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo di Retroattività convenuto, resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione nonché, al termine di tale periodo, per ulteriori 10 anni previa regolazione del Premio.

La regolazione premio è dovuta:

qualora intervenga la cessazione definitiva dell'esercizio dell'Attività Professionale svolta dall'Assicurato;

e consiste nel pagamento di un ulteriore Premio in unica soluzione pari a:

- 500% per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa,
- 400% per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete,
- 300% per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete,
- 250% per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete, ed a titolo gratuito in caso di decesso dell'Assicurato

del Premio corrisposto per l'ultima annualità.

Anche nel caso di prosecuzione della propria attività professionale, al termine di ciascun Periodo di Assicurazione, è concessa all'Assicurato la possibilità facoltativa di attivare la garanzia di Ultrattività decennale previa regolazione del Premio agli stessi parametri sopra indicati.

L'Assicurato è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Società sia della sopravvenuta cessazione dell'Attività Professionale sia dell'esercizio della facoltà di attivazione della garanzia di Ultrattività, ed è tenuto a corrispondere la regolazione del premio, a fronte di tale evenienza, entro 30 giorni dalla scadenza del Periodo di Assicurazione.

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 di ultrattività della garanzia cesserà e diverrà immediatamente inefficace qualora l'Assicurato abbia ripreso l'attività od abbia stipulato altra Assicurazione per i medesimi rischi.

In tal caso sarà possibile richiedere la restituzione del Premio pagato e non goduto, che verrà calcolato pro rata, ferma l'acquisizione di un premio minimo pari al 40% del Premio imponibile versato.

Tale garanzia di ultrattività non sarà più riattivabile.

Articolo 11 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento

L'Assicurato deve fare denuncia scritta alla Società di ciascun Sinistro entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per la Società.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Non sono ritenute Richiesta di Risarcimento le azioni giudiziarie 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.

Tali comunicazioni ed azioni giudiziarie, pertanto, non dovranno essere denunciate e/o notificate alla Società.

Le denunce di sinistro dovranno essere inoltrate a AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano, rcprofessionale@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

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 12 - 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 13 - 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: rcprofessionale@amtrustgroup.com, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

Articolo 14 - Franchigia

Qualora sia prevista l'applicazione di una Franchigia, l'assicurazione si intenderà prestata con la detrazione, per ogni Sinistro, di detto importo che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Articolo 15 - Diminuzione e Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio mediante la compilazione di un nuovo Modulo di Proposta.

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 16 - 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 17 - 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 18 - 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, ai sensi dell'art. 1901 c.c., dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento 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 19 - 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 20 - 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 18 - 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

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 quella della scadenza.

Articolo 21 - Oneri fiscali

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

Articolo 22 - Foro competente

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

Articolo 23 - Rinvio alle norme di legge

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

Articolo 24 - Clausola di Continuità

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

- non è necessaria la compilazione di un nuovo Modulo di 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 25 - 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.

Estensioni di Garanzia

L'estensione di garanzia è operante unicamente per il Professionista Sanitario non medico, assicurato con la presente Polizza, che svolge la propria attività di dipendente, convenzionato e/o in formazione specialistica, dell'Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria, nonché il libero professionista, che svolge l'attività di sanitario/sociosanitario non medico, indicata nel Modulo di Proposta e nel relativo documento attestante l'avvenuta applicazione della Polizza.

A. Definizioni valide per l'Estensione di Garanzia

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

Medical Device:	qualsunque strumento, apparecchio, impianto, sostanza, con esclusione dei software, utilizzato da solo o in combinazione con altri <i>medical device</i> 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;
Franchigia	l'importo prestabilito che in caso di Sinistro viene dedotto dal danno liquidato ed è a carico dell'Assicurato;
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di danni materiali e corporali.

Articolo 26 - Medical Device

La presente estensione di garanzia può essere acquistata, in abbinamento con la garanzia base, solamente dai seguenti Professionisti Sanitari: tecnico audioprotesista, tecnico ortopedico, podologo, ottico, odontotecnico.

Dietro il pagamento del premio base, maggiorato del 100%, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la Società, per i Professionisti sopra elencati, presta l'assicurazione fino a concorrenza del sottolimito di Euro 10.000,00 (diecimila) per Sinistro e Periodo di Assicurazione, 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 Perdite Patrimoniali causate a terzi, inclusi i pazienti, derivanti da errori, negligenza ed imperizia nello svolgimento dell'Attività Professionale, che abbiano determinato la necessità di ripristinare, rimpiazzare e/o ricostruire parzialmente o totalmente *medical device* dallo stesso prodotti su specifica prescrizione medica - odontoiatrica con altri equivalenti per uso e qualità.

La garanzia prevede l'applicazione di una Franchigia di € 250,00 per Sinistro e Periodo di Assicurazione.

Rimangono sempre esclusi dalla presente garanzia:

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

Articolo 27 - Perdite Patrimoniali

La presente estensione di garanzia può essere acquistata, in abbinamento con la garanzia base, solamente dai seguenti Professionisti Sanitari che rivestono la qualifica di coordinatore e/o dirigente/direttore delle professioni sanitarie.

Dietro il pagamento del premio base, maggiorato del 100%, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la Società, per i Professionisti che rivestono la qualifica sopra indicata, presta l'assicurazione fino a concorrenza del sottolimito di Euro 100.000,00 (centomila) per Sinistro e Periodo di Assicurazione, 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 Perdite Patrimoniali cagionate a terzi derivanti da atti, fatti, omissioni, ritardi commessi nell'esercizio delle proprie funzioni.

L'Assicurazione comprende inoltre:

- le Perdite Patrimoniali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina;
- le Perdite Patrimoniali che l'Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a terzi a seguito di propri errori.

Ai fini della presente estensione di garanzia non sono considerati Terzi:

l'Azienda Sanitaria/Socio-Sanitaria, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di responsabilità amministrativa, surroga e rivalsa come previsto all'Art. 3 b) e c) delle Condizioni di Assicurazione.