

# Condizioni di Assicurazione

## Indice

Glossario.....	2
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 .....	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.....	6
c. Surrogazione .....	6
1.2 GARANZIA II - Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato inclusa l'Attività <i>Intramoenia</i> anche allargata e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Pubblica (assicurazione di colpa grave).....	7
1.3 GARANZIA III - Responsabilità del Dipendente privato o Convenzionato e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Privata (assicurazione di colpa grave) .....	7
1.4 Estensioni di Garanzie incluse nel Premio .....	7
a. Estensioni di Garanzie sempre operanti .....	7
b. Estensioni di Garanzie per Medico legale o Medico del lavoro.....	8
c. Estensioni per la Garanzia I - Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato inclusa l'Attività <i>Intramoenia</i> anche allargata e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Pubblica (assicurazione di colpa grave).....	8
Articolo 2    Garanzie aggiuntive opzionali.....	8
2.1 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività.....	8
Che cosa NON è assicurato? .....	8
Articolo 3    Esclusioni.....	8
3.4 Esclusioni applicabili a tutte le Garanzie (I, II, III e IV e Garanzie aggiuntive opzionali).....	9
Ci sono limiti di copertura? .....	10
Articolo 4    Limiti di copertura .....	10
4.1 Limitazioni riferite alla Garanzia II e III .....	10
4.2 Responsabilità solidale.....	10
4.3 Sinistri in serie .....	10
Dove vale la copertura?.....	10
Articolo 5    Estensione territoriale .....	10
Cosa fare in caso di sinistro e come viene gestito il sinistro? .....	10
Articolo 6    Sinistri .....	10
6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro .....	11
6.2 Gestione delle vertenze e spese legali.....	11
6.3 Liquidazione del Sinistro.....	11

6.4 Coesistenza di altre assicurazioni .....	11
Quando e come devo pagare? .....	11
Articolo 7    Pagamento, regolazione e rimborso del Premio .....	11
7.1    Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa.....	11
7.2    Premio di Regolazione - Ultrattività .....	12
7.3    Rimborso del Premio .....	12
Quando comincia la copertura e quando finisce? .....	12
Articolo 8    Effetto e durata della Polizza .....	12
Recesso e risoluzione.....	12
Articolo 9    Casi di interruzione del Contratto .....	12
9.1    Recesso per Sinistro .....	12
9.2    Risoluzione per mancato pagamento del Premio.....	12
Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie.....	12
Articolo 10    Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del Sinistro.....	12
Altre Disposizioni Contrattuali.....	13
Articolo 11    Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	13
Articolo 12    Variazioni contrattuali.....	13
12.1    Aggravamento e diminuzione del rischio.....	13
12.2    Ulteriori Variazioni contrattuali per il Medico Specializzando.....	13
Articolo 13    Altre Assicurazioni.....	13
Articolo 14    Assicurazione per conto altrui .....	13
Articolo 15    Oneri fiscali.....	13
Articolo 16    Variazioni contrattuali a scadenza .....	13
Articolo 17    Foro competente per l'esecuzione del Contratto .....	13
Articolo 18    Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione .....	14
Articolo 19    Rinvio alle norme di legge.....	14

## Glossario

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

**Assicurato**

La persona fisica indicata nella Scheda di Polizza, che svolge la specifica Attività professionale ivi indicata ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione, secondo quanto previsto per ciascuna Garanzia (I, II, III e IV) che risulti attivata nella Scheda di Polizza.

**Attività del Dipendente privato**

L'Attività professionale - indicata nella Scheda di Polizza - svolta dal Medico Assicurato all'interno o per conto della Struttura Sanitaria Privata con rapporto di lavoro dipendente e subordinato, esclusa qualunque Attività libero professionale che comporti l'instaurazione di un'obbligazione contrattuale con il paziente.

**Attività del Dipendente pubblico**

L'Attività professionale - indicata nella Scheda di Polizza - svolta dal Medico Assicurato all'interno o per conto della Struttura Sanitaria Pubblica, con rapporto

di lavoro dipendente e subordinato, inclusa l'eventuale Attività *Intramoenia* esclusa qualunque Attività Libero Professionale esterna.

<b>Attività del Medico Convenzionato</b>	L'Attività professionale - indicata nella Scheda di Polizza - svolta dal Medico Assicurato non alle dirette dipendenze della Struttura Sanitaria, ma di cui essa si avvale per l'erogazione di prestazioni inerenti alle obbligazioni contrattuali assunte da quest'ultima, e che presta la propria Attività professionale presso o per conto della Struttura o delle Strutture, con rapporto di lavoro autonomo ed in assenza di qualunque obbligo contrattuale instaurato con il paziente.
<b>Attività del Medico Specializzando</b>	L'Attività professionale - indicata nella Scheda di Polizza - svolta dal Medico Assicurato in relazione alla regolare frequenza del tirocinio obbligatorio post laurea presso un Ente Ospedaliero Universitario pubblico o privato o di corso di specializzazione universitaria.
<b>Attività Intramoenia</b>	<p>È considerata <i>intramoenia</i> l'attività libero professionale svolta all'interno di struttura ospedaliera e comunque al di là dell'impegno di servizio da soggetti che rispondono a determinati requisiti soggettivi:</p> <p>Personale dipendente dirigente del servizio sanitario nazionale;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Docenti universitari e ricercatori che effettuano Attività assistenziale presso cliniche e istituti universitari di ricovero e cura anche se gestiti direttamente dalle università;</li><li>- Personale laureato e medico di ruolo in servizio nelle strutture delle facoltà di Medicina e chirurgia delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria;</li><li>- Dipendenti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto privato;</li><li>- Personale autorizzato ad operare presso studi privati o strutture non accreditate; purché l'Attività rispetti i criteri fissati dal D.M. Sanità 31/7/1997 e successivamente negli atti adottati dai direttori generali delle Strutture Sanitarie.</li></ul>
<b>Attività Chirurgica</b>	Quell'Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto per fini terapeutici.
<b>Attività Invasiva</b>	Quell'Attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo sia ai fini diagnostici che sia terapeutici.
<b>Chirurgia Minore</b>	Quell'Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto per fini terapeutici in anestesia locale.
<b>Contraente</b>	Il soggetto che stipula il contratto e si obbliga al pagamento del Premio anche se diverso dall'Assicurato.
<b>Cose</b>	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
<b>Danni</b>	La/le conseguenza/e pregiudizievole/i del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'assicurazione. I Danni possono essere patrimoniali o non patrimoniali..
<b>Danni non patrimoniali</b>	Tutti i Danni conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale della vittima.
<b>Danni Patrimoniali</b>	Il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose nonché conseguenti ai Danni da lesioni personali e morte che riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.

<b>Franchigia</b>	L'importo prestabilito che per ciascun Sinistro viene dedotto dal Danno liquidato, restando a carico esclusivo del Contraente.
<b>Data Di Retroattività</b>	Le ore 24.00 della data indicata nella Scheda di Polizza
<b>Impresa di assicurazione</b>	Si veda "Società".
<b>Indennizzo o Indennità</b>	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
<b>Massimale</b>	La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, 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>	Il medico, non alle dirette dipendenze della Struttura Sanitaria, di cui quest'ultima si avvale per l'erogazione delle prestazioni inerenti le obbligazioni dalla stessa assunte, e che presta la propria Attività con rapporto di lavoro autonomo presso e/o per conto della Struttura Sanitaria in assenza di uno specifico rapporto contrattuale assunto con il paziente.
<b>Medico Dipendente privato</b>	Il medico che assume con un Soggetto, Ente od Impresa Privati, un rapporto di lavoro dipendente subordinato. A tal fine per Soggetto, Ente od Impresa Privata si intendono tutti i soggetti, datori di lavoro, diversi dalla Pubblica Amministrazione, a titolo esemplificativo: Case di Cura ed Enti Sanitari privati anche se convenzionati con il SSN; Case di Riposo, Cooperative, Ente Ecclesiastici, ONLUS ed Associazioni senza fini di Lucro; Istituti Universitari ed IRCCS privati; etc.
<b>Medico Dipendente pubblico</b>	Il medico che assume con la Pubblica Amministrazione un rapporto subordinato di impiego, a tempo determinato o indeterminato, con rapporto esclusivo od a tempo parziale, indipendentemente che detto rapporto sia giuridicamente regolato dalla disciplina pubblica o privatistica. A tal fine per Pubblica Amministrazione si intendono: le Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato; le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane ed i Consorzi costituiti fra le stesse; le Scuole e le Università; gli IACP; le CCIAA; gli Enti Pubblici non economici Nazionali o Regionali; Le Aziende e gli Enti del SSN e gli IPAB e le RSA; l'Aran e le Agenzie di diritto Pubblico; in generale tutti gli Enti il cui personale dipendente è assoggettato al giudizio per Responsabilità Contabile e per Danno Erariale da parte della Corte dei conti.
<b>Medico Specializzando</b>	Il medico in formazione specialistica, che non abbia già conseguito una specializzazione, iscritto ad una scuola di specializzazione post universitaria con accesso alle unità operative ed ai dipartimenti assistenziali, sino e non oltre la data di conseguimento della specializzazione e comunque non oltre il compimento del trentottesimo anno d'età.
<b>Perdite Patrimoniali</b>	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di Danni materiali e corporali.
<b>Periodo di Assicurazione</b>	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza e nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
<b>Polizza</b>	Il documento contrattuale, con i suoi annessi, che disciplina i rapporti tra Società, Contraente e Assicurato.

<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società per la copertura assicurativa prestata dalla Società, ivi inclusa la regolazione Premio dovuta nei casi previsti in Polizza.
<b>Scheda di Polizza</b>	È il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, che prova il contratto di assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, l'Attività professionale svolta dall'Assicurato oggetto di copertura, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, l'eventuale Franchigia, il Massimale, la Data 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 decorsi i termini o perché già esperite tutte le impugnazioni possibili.
<b>Sinistro</b>	Una o più Richieste di Risarcimento (come definito in ciascuna Garanzia) conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato, per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione.
<b>Serie di Sinistri</b>	Una pluralità di Sinistri, anche conseguenti a differenti eventi, riconducibili ad uno stesso atto, o a più atti o fatti 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.
<b>Società</b>	L'Impresa AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.
<b>Sottolimite</b>	La somma massima inclusa nel Massimale indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso, che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per specifica Garanzia 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>Struttura Sanitaria</b>	Le strutture, cliniche o istituti sanitari o le aziende sanitarie pubbliche o private che erogano prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di Medicina legale o prestazioni sociosanitarie.
<b>Variazione del rischio</b>	Qualunque mutamento del rischio (es: specializzazione, variazione dell'Attività svolta o del regime lavorativo) avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione.

# Che cosa è assicurato?

## Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione, prestata nella forma **Claims made**, è rivolta al Medico, iscritto al relativo Albo professionale, per la propria Attività professionale svolta come Dipendente di Struttura Sanitaria o Convenzionato, Medico Specializzando. L'Assicurazione tiene indenne il Medico Assicurato dei Danni causati a terzi nello svolgimento delle Attività professionali relative alle Categorie di rischio assicurate e specificate nella Scheda di Polizza e per le quali ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, le eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di Risarcimento.

## Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie

### 1.1 Disposizioni Comuni

#### a. Oggetto

La Società tiene indenne il Medico Assicurato, **fino alla concorrenza del Massimale e dei Sottolimiti di Garanzia per Periodo di Assicurazione indicati nella Scheda di Polizza**, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivati da lesioni personali, morte e Danni materiali anche a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale relativa alla Categoria di rischio assicurata, riportata nella Scheda di Polizza, alternativamente o contemporaneamente, in qualità di:

- Dipendente pubblico e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Pubblica, inclusa l'Attività *Intraoemia* anche allargata (Garanzia I) - assicurazione di colpa grave;
- Dipendente privato e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Privata (Garanzia II) - assicurazione di colpa grave;
- Medico Specializzando (Garanzia I e II) - assicurazione di colpa grave.

Si intendono operanti le Garanzie che risultano attivate nella Scheda di Polizza, secondo le modalità di seguito esplicitate. L'Assicurato potrà richiedere l'attivazione di una o più tra le Garanzie I e/o II e determinare il Massimale di Polizza.

Le spese legali sostenute per resistere alla Richiesta di Risarcimento da parte del danneggiato contro l'Assicurato 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 di Polizza, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse con le modalità riportate al successivo Art. 6.2.

#### b. Validità temporale dell'Assicurazione

##### b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata nella forma **Claims made**, ossia opera per Richieste di Risarcimento (come rispettivamente definite nelle seguenti Garanzie I e/o II) ricevute dall'Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui o dal Contraente 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, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività riportata nella Scheda di Polizza.

##### b.2 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'Attività

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. b.1, 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 cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari), le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data 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 in tale Periodo di Assicurazione rappresenta la massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato.

L'Assicurato (e/o i suoi eredi) 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 come specificato all'Art. 7.2.

La presente estensione di Ultrattività non può essere fatta oggetto di alcun recesso da parte della Società e in caso di morte dell'Assicurato 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 di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine il Contraente è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

## 1.2 GARANZIA II - Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato inclusa l'Attività *Intramoenia* anche allargata e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Pubblica (assicurazione di colpa grave)

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Dipendente pubblico o Convenzionato e lo Specializzando tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale e che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Pubblica, unicamente nei casi di:

- a. Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- b. Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Assicurato **sia stato dichiarato responsabile per colpa grave** con Sentenza della Corte dei conti passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

### L'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la segnalazione, inviata all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria Pubblica, 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 la Struttura Sanitaria Pubblica, o l'impresa di assicurazione della stessa, manifesta all'Assicurato l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

## 1.3 GARANZIA III - Responsabilità del Dipendente privato o Convenzionato e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Privata (assicurazione di colpa grave)

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Dipendente privato o Convenzionato e lo Specializzando tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale e che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Privata, unicamente nei casi di:

- a. Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- b. Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Assicurato **sia stato dichiarato responsabile per colpa grave** con Sentenza Passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

### L'Assicurazione è operante per la seguente Richiesta di Risarcimento:

- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Privata o l'impresa di assicurazione della stessa, manifesta all'Assicurato l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

## 1.4 Estensioni di Garanzie incluse nel Premio

*(sempre valide ed operanti relativamente alla Garanzia acquistata)*

### a. Estensioni di Garanzie sempre operanti

L'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile o Amministrativa dell'Assicurato per:

- a.1 i Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'Attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve; tale estensione è prestata con un Sottolimito di € 1.000.000,00 (un milione) per Periodo di Assicurazione, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso;
- a.2 l'esecuzione e la partecipazione dell'Assicurato ad Attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo di appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;

- a.3 i Danni di natura estetica e fisionomica, ferma la successiva esclusione dell'Art. 3.1.2 numero 2;
- a.4 le prestazioni sanitarie erogate attraverso la telemedicina;
- a.5 l'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti all'Attività svolta dall'Assicurato compreso l'impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi, per scopi terapeutici;
- a.6 la pratica della Medicina omeopatica e dell'agopuntura;
- a.7 la consegna e la somministrazione diretta e gratuita di farmaci di cui l'Assicurato abbia curato la conservazione;
- a.8 i Danni derivanti da fatti commessi da medico che sostituisce l'Assicurato e per i quali esiste una responsabilità in capo all'Assicurato stesso;
- a.9 i fatti dei medici e delle altre persone addette al reparto delle quali deve rispondere in qualità di Direttore Sanitario;
- a.10 le 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'Assicurato, o di un terzo;
  - inadempimento colposo da parte dell'Assicurato di quella parte della normativa Privacy che esplicitamente:
    - i. proibisce o limita la diffusione, la divulgazione e la vendita da parte dell'Assicurato di dati personali;
    - ii. richiede all'Assicurato, 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 prestata entro un Sottolimito pari al 10% del Danno indennizzato, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.

#### **b. Estensioni di Garanzie per Medico legale o Medico del lavoro**

Relativamente all'Attività di Medicina legale o Medicina del lavoro, qualora una di tali Attività sia indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile per Perdite Patrimoniali.

#### **c. Estensioni per la Garanzia I - Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato inclusa l'Attività *Intramoenia* anche allargata e dello Specializzando che operi presso una Struttura Sanitaria Pubblica (assicurazione di colpa grave)**

In caso di Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi previsti dalla legge o di surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica, l'Assicurazione si intende estesa a:

- Danni derivanti dall'esercizio dell'Attività professionale medica *Intramoenia*, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalle norme di legge e dai regolamenti vigenti al momento del fatto colposo;

## **Articolo 2 Garanzie aggiuntive opzionali**

### **2.1 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'Attività**

*(attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione)*

È facoltà dell'Assicurato richiedere l'attivazione dell'estensione di Ultrattività della Garanzia anche in caso di prosecuzione dell'Attività professionale in caso di disdetta, recesso o sostituzione della presente Polizza.

In questo caso le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data di Retroattività restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione, nonché per ulteriori 10 anni.

Il Massimale assicurato in tale Periodo di Assicurazione rappresenta la massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato.

L'Assicurato è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto per l'attivazione dell'Ultrattività, come specificato all'Art. 7.2.

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

## **Che cosa NON è assicurato?**

### **Articolo 3 Esclusioni**



## 3-4 Esclusioni applicabili a tutte le Garanzie (I, II, III e IV e Garanzie aggiuntive opzionali)

### 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 notificate all'Assicurato 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 della Data di retroattività indicata nella Scheda di Polizza.
- Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a sentenze penali di condanna o di patteggiamento o ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Assicurato antecedentemente alla data di decorrenza della presente Assicurazione.

### 3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. per Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
2. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di Medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
3. 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);
4. per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
5. per Danni che si verificano 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 professionale dichiarata dall'Assicurato;
6. per Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
7. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
8. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;
9. per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza, ad eccezione di quanto stabilito all'Art.1.6 lettera a.10, rimanendo comunque esclusi dalla Garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali;
10. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
11. relative a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di Assicurato;
12. derivante da consulenza on line e/o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
13. per Danni dovuti al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
14. derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
15. per Danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
16. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
17. relative alle spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società;
18. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato, dopo che lo stesso abbia cessato l'Attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale;
19. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato, qualora lo stesso non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'Attività professionale indicata in Polizza;
20. per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
21. per fatti dolosi commessi dall'Assicurato;
22. per Danni derivanti da inadempienze contrattuali (es. restituzione compensi);
23. avanzate da persone, entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali.
24. in relazione ai danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla Struttura 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.
25. in relazione a qualsiasi Attività che l'Assicurato abbia esercitato o dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico della Struttura Sanitaria di cui è dipendente.

### 3.3.1 Ulteriori esclusioni per il Medico Specializzando

È esclusa l'Assicurazione di cui alle Garanzie I e II per qualsiasi Attività svolta dall'Assicurato diversa dalla regolare frequenza di tirocinio obbligatorio post-laurea presso Ente ospedaliero universitario pubblico o di corso di specializzazione universitaria.

L'Assicurazione di cui alle Garanzie I e II non opera per le Richieste di Risarcimento derivanti dall'Attività professionale svolta successivamente al conseguimento della specializzazione, come specificato all'Art. 12.2.

### 3.1.3 Esclusioni dal novero dei terzi

Non sono considerati terzi ai fini della copertura 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. L'Assicurazione è pertanto inefficace a fronte di richieste di risarcimento conseguenti a Danni sofferti da soggetti non considerati terzi.

## Ci sono limiti di copertura?

### Articolo 4 Limiti di copertura

#### 4.1 Limitazioni riferite alla Garanzia II e III

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

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

#### 4.2 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 ai sensi degli artt. 1298 e/o 2055 Codice civile.

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

#### 4.3 Sinistri in serie

In caso di Sinistri in serie, sono esclusi quelli facenti parte della medesima Serie di Sinistri, che siano denunciati alla Società in data successiva a quella di scadenza della Polizza.

## 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, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.

**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'Assicurato in caso di Sinistro

L'Assicurato, rendendosi parte diligente del contratto, deve denunciare alla Società qualsiasi 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'Assicurato riceva una Richiesta di Risarcimento deve denunciare per iscritto alla Società ciascun Sinistro 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.

Tale denuncia 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.

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, impegnandosi a prestare la massima collaborazione alla Società nell'istruzione del Sinistro stesso.

Le denunce di sinistro dovranno essere inoltrate a AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano, [colpegravi@amtrustgroup.com](mailto:colpegravi@amtrustgroup.com), [sinistriamtrust@pec.it](mailto: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 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 Gestione delle vertenze e spese legali

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

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

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

## 6.3 Liquidazione del Sinistro

L'Impresa si impegna a pagare all'Assicurato o al terzo danneggiato le somme derivanti dagli obblighi contrattuali entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di definizione dell'importo del sinistro.

## 6.4 Coesistenza di altre assicurazioni

L'Assicurato, 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, regolazione e rimborso del Premio

### 7.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa

**Il Premio è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale.**

**Se il Contraente non paga la prima rata di Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento.**

**Se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo 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:

- denaro contante, entro i limiti previsti dalla normativa vigente in relazione ai contratti di assicurazione contro i danni;
- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione;
- sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.

## 7.2 Premio di Regolazione - Ultrattività

In caso di cessazione definitiva dell'Attività secondo quanto indicato all'Art. 1.1 lettera b.2., il Contraente (e/o i suoi eredi) è tenuto a corrispondere il Premio di Regolazione dovuto per l'attivazione dell'estensione di Ultrattività decennale entro il trentesimo 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, 400% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete, 350% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;

Per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete, l'estensione di Ultrattività decennale è prestata a titolo gratuito in caso di decesso dell'Assicurato verificatosi durante la vigenza della copertura, a vantaggio degli eredi.

Qualora l'Assicurato decida di attivare l'estensione di Ultrattività facoltativa prevista all'Art. 2.3, sarà necessario corrispondere il Premio di Regolazione secondo le medesime percentuali sopra indicate.

## 7.3 Rimborso del Premio

In caso di recesso per sinistro esercitato ai sensi dell'Art. 9.1, al Contraente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

# Quando comincia la copertura e quando finisce?

## Articolo 8 Effetto e durata della Polizza

Il primo Periodo di Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

In caso di mancato pagamento delle rate successive di Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 9.2.

**Il contratto ha la durata prevista dalla Scheda di polizza e, in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano) spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per un anno.**

## Recesso e risoluzione

### Articolo 9 Casi di interruzione del Contratto

#### 9.1 Recesso per Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, tanto il Contraente che la Società possono recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano) dando un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso. Come previsto dall'Art. 7.3 in caso di recesso, al Contraente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

#### 9.2 Risoluzione per mancato pagamento del Premio

In caso di mancato pagamento del premio nei termini previsti dal precedente Art. 7.1, decorsi 30 giorni dalla scadenza della rata di premio ed entro il semestre, in alternativa ad agire per l'esecuzione, la Società ha facoltà di dichiarare risolto il contratto per inadempimento, a mezzo lettera raccomandata A/R, con diritto di esigere il pagamento dei premi scaduti, ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile.

## Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie

### Articolo 10 Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del Sinistro

In caso di disaccordo in merito alla gestione del sinistro tra l'Assicurato e la Società, la decisione può venire demandata ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. **Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.** In via alternativa è possibile adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.

## **Altre Disposizioni Contrattuali**

### **Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni e le informazioni rese del Contraente e riportate nella Scheda di Polizza formano la base della presente Polizza 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 del Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato 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**

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni Variazione del rischio. 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.

#### **12.2 Ulteriori Variazioni contrattuali per il Medico Specializzando**

Il Medico Specializzando non sarà più ritenuto tale ai sensi di Polizza al verificarsi di almeno uno dei seguenti eventi:

- a. al compimento del trentottesimo anno di età: in questo caso l'Assicurazione resta efficace alle condizioni in corso sino al termine del Periodo di Assicurazione, al termine del quale potrà rinnovare la Polizza alle nuove condizioni proposte dalla Società;
- b. al conseguimento della specializzazione, che deve essere comunicata alla Società: in questo caso la Società al ricevimento della comunicazione scritta del conseguimento della specializzazione offrirà di includere nella copertura anche l'Attività svolta successivamente proponendo nuove condizioni.

Nel caso in cui il Contraente non accetti le nuove condizioni, l'Assicurazione resta efficace sino al termine del Periodo di Assicurazione in corso limitatamente alle Richieste di Risarcimento derivanti dall'Attività già svolta in qualità di Medico Specializzando. Restano pertanto escluse le richieste di Risarcimento derivanti da prestazioni sanitarie erogate dal Medico Assicurato successivamente al conseguimento della specializzazione.

### **Articolo 13 Altre Assicurazioni**

L'Assicurato o il Contraente 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'Assicurato 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 Assicurato, ai sensi dell'art. 1891 Codice civile.

### **Articolo 15 Oneri fiscali**

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

### **Articolo 16 Variazioni contrattuali a scadenza**

**Se alla scadenza del contratto la Società voglia apportare variazioni alle condizioni tariffarie o normative, deve darne comunicazione al Contraente almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza. In caso di mancato consenso del Contraente alle suddette variazioni, il Contratto cesserà di avere efficacia alla scadenza.**

Il Contraente può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie esplicitamente, oppure ritirando la nuova quietanza e pagando il relativo nuovo Premio. Per l'accettazione delle eventuali novazioni normative, invece, è richiesto un consenso esplicito da parte del Contraente, in mancanza del quale, il Contratto cesserà di avere efficacia alla scadenza.

### **Articolo 17 Foro competente per l'esecuzione del Contratto**

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

## Articolo 18 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

Ogni comunicazione inerente all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle Parti.

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](mailto:amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com)

Sito Internet: [www.amtrust.it](http://www.amtrust.it)

## Articolo 19 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della presente Polizza, valgono le norme di legge.

BOLLA

## PERSONALE DEL COMPARTO

Cod.	Attività	Dipendente Pubblico
	<b>PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE</b>	<b>MASSIMALE</b>
		<b>1 Milione</b>
1	tecnico sanitario di laboratorio biomedico	€ 52,00
2	tecnico audiometrista	€ 52,00
3	tecnico audioprotesista	€ 52,00
4	tecnico ortopedico	€ 52,00
5	dietista	€ 52,00
6	tecnico di neurofisiopatologia	€ 52,00
7	tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	€ 52,00
8	igienista dentale	€ 52,00
9	fisioterapista	€ 52,00
10	logopedista	€ 52,00
11	podologo	€ 52,00
12	ortottista e assistente di oftalmologia	€ 52,00
13	terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	€ 60,00
14	tecnico della riabilitazione psichiatrica	€ 60,00
15	terapista occupazionale	€ 52,00
16	educatore professionale	€ 60,00
17	tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	€ 52,00
18	tecnico sanitario di radiologia medica	€ 52,00
19	assistente sanitario	€ 52,00
20	infermiere professionale	€ 52,00
21	infermiere pediatrico	€ 52,00
22	ostetriche	€ 200,00
23	sociologo	€ 100,00
24	assistente sociale	€ 100,00
25	biologo (senza fecondazione assistita)	€ 60,00
26	biologo (con fecondazione assistita)	€ 120,00
27	farmacista	€ 100,00
28	psicologo	€ 100,00
29	osteopata	€ 100,00
30	chiropratico	€ 100,00
31	ingegnere chimico e biochimico	€ 66,00
	<b>ALTRE ATTIVITÀ DI INTERESSE SANITARIO</b>	<b>MASSIMALE</b>
		<b>1 Milione</b>
32	operatore sociosanitario	€ 52,00
33	massofisioterapista	€ 52,00
34	massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici	€ 52,00
35	ottico	€ 52,00
36	odontotecnico	€ 52,00
37	assistente di studio odontoiatrico	€ 52,00
38	puericultrice	€ 52,00

### Altre opzioni di Massimale per il Comparto

Euro 500.000,00 - premio in riduzione del 10%

Euro 1.500.000,00 - premio in aumento del 10%

Euro 2.000.000,00 - premio in aumento del 20%

## PERSONALE MEDICO

	DIPENDENTE PUBBLICO	MASSIMALI
<b>Cod.</b>	<b>Categoria di rischio</b>	<b>5 Milioni</b>
1	Dirigente Medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia (con e senza attività chirurgica e invasiva)	€ 440
2	Dirigente medico che svolge attività chirurgica, non chirurgica e invasiva	€ 410
3	Dirigente medico che NON svolge attività chirurgica e invasiva	€ 384

	SPECIALIZZANDO PUBBLICO E/O PRIVATO	MASSIMALI
<b>Cod.</b>	<b>Categoria di rischio</b>	<b>5 Milioni</b>
7	Medico in formazione specialistica/specializzando	€ 220