AmTrust*Nurse&Care*
SILVER

Linea Collettiva

Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari, non medici Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

Il presente Fascicolo Informativo contiene:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Edizione Settembre 2015

AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

Nota Informativa

Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

AmTrust Europe Limited, con sede in Market Square House, St James's Street, Nottingham NG16FG United Kingdom, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dalla Prudential Regulation Authority (PRA – Autorità di Vigilanza Prudenziale) e regolamentata dalla Financial Conduct Authority (FCA – Autorità Regolatrice della Condotta Finanziaria) e dalla Prudential Regulation Authority.
Numero di iscrizione al Registro dei Servizi Finanziari 202189. Questi dettagli possono essere controllati sul Registro dei Servizi Finanziari, visitando il sito: www.fca.org.uk o contattando la Financial Conduct Authority (FCA – Autorità Regolatrice della Condotta Finanziaria) al numero gratuito 0800 111 6768.

La Rappresentanza Italiana

AmTrust Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Paolo Da Cannobio 9, 20122 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
Email: milan@amtrustgroup.com www.amtrusteurope.it

è iscritta dal 21.03.2012 al n° I.00103 dell'"Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro ed ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento", con codice IVASS Impresa n° D904R.

2. Informazioni sullo stato patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari a 260 milioni di euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 92 milioni di euro e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a 168 milioni di euro. L'indice di solvibilità, riferito alla gestione Danni è pari a 161%, tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente. I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2014.

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

B. Informazioni sul contratto

Il presente contratto è stipulato per una durata triennale con facoltà di eventuali rinnovi.
AVVERTENZA: *in assenza di disdetta da inviarsi con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale il contratto si rinnova per un altro anno.*

3. Coperture Assicurative - Limitazioni ed esclusioni

L'Impresa assicura i rischi della Responsabilità Civile per Danni causati a **Terzi**, commessi nell'esercizio dell'Attività Professionale, così come previsto dall'Articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione

AVVERTENZA: *sono previsti casi di **limitazioni** ed **esclusioni** che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo.*
Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Articoli 2,5,6,7,8,11 delle Condizioni di Assicurazione.
AVVERTENZA: *per i rischi della Responsabilità Civile l'Impresa corrisponde le somme dovute a titolo di risarcimento entro il **Massimale** convenuto.*
*Per **Massimale** si intende la somma massima sino a concorrenza della quale l'Impresa presta l'assicurazione.*
Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 2 delle Condizioni di Assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle Circostanze del Rischio - Nullità

AVVERTENZA: *Ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sulle Circostanze del Rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti negativi sulla prestazione o, in alcune Circostanze, essere causa di annullamento del contratto. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 23 delle Condizioni di Assicurazione.*

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

5. Aggravamento e diminuzione del Rischio

Ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 1898 del Codice Civile, nel caso di mancata comunicazione di ogni variazione delle Circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio che comporti aggravamento di Rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato. L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del Rischio ai sensi di quanto previsto dagli artt. 66 e 67 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, nonché degli artt. 1897 e 1898 c.c.. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 11 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio

Qualora l'Assicurato abbia una copertura di Responsabilità Civile professionale per attività di Sanitario non Medico e non comunichi nei termini previsti la variazione di attività che possa comportare un aggravamento del Rischio, incorre nella possibilità che eventuali richieste di risarcimento relative a comportamenti posti in essere successivamente allo svolgimento della nuova attività possano essere proporzionalmente ridotti o addirittura non dovuti.

6. Premi

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

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

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

AVVERTENZA: *L'Impresa di Assicurazione o l'Intermediario possono concedere specifici sconti tariffari. In tali casi saranno rese disponibili informazioni e condizioni di applicabilità presso la rete di vendita dell'impresa medesima.*

7. Diritto di Rivalsa

AVVERTENZA: *la Rivalsa è un diritto della Compagnia assicuratrice in base al quale la medesima è autorizzata ad agire nei confronti del responsabile del Sinistro al fine di recuperare le somme pagate al danneggiato a titolo di risarcimento.*
Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 18 delle Condizioni di Assicurazione.

8. Diritto di Recesso

AVVERTENZA: *in caso di Sinistro sia l'Impresa sia il Contraente possono recedere dal Contratto in un periodo compreso tra la data di denuncia del Sinistro e il sessantesimo giorno della sua liquidazione o reiezione, con preavviso di 90 giorni.*
Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 17 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: *è facoltà delle parti di rescindere annualmente la Polizza stessa previa comunicazione di Recesso da inviarsi a mezzo raccomandata o fax entro 60 giorni dalla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione.*
Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 14 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Prescrizione e decadenza dai diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono entro due anni dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso, contro lo stesso, l'azione.
Essendo il contratto in regime di **"Claims made"** ovvero basato sulla Richiesta di Risarcimento del terzo danneggiato, le relative garanzie operano per le richieste pervenute all'Assicurato nel periodo di durata del contratto, anche se conseguenti a fatti antecedenti verificatisi nel periodo considerato rilevante secondo le condizioni contrattuali.
Pertanto terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo dell'Impresa.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

11. Regime fiscale

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

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA: *L'Assicurato deve far denuncia scritta all'Impresa di ciascun Sinistro entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.*

Le eventuali spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro sono a carico dell'Impresa entro il limite del 25% del Massimale garantito.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Articoli 4,16 e 18 delle Condizioni di Assicurazione.

L'Impresa ha designato per la gestione, trattazione e definizione dei sinistri, in nome e per conto della stessa, ACM AmTrust Claims Management Srl, Centro Direzionale Isola E3, Torre Avalon - 80143 Napoli, per il tramite degli uffici di Via Paolo Da Cannobio 9 - 20122 Milano - tel. +39 0236596710 fax +39 0236596719 - infomi@amtrustcm.com.

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

13. Reclami

AVVERTENZA: *eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto (Posta, fax, e-mail) ad AmTrust Europe Limited, Via Paolo Da Cannobio 9, 20122 Milano - fax 0283438174 - e-mail: reclami@amtrustgroup.com*

Qualora l'utente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 0642133745 0642133353, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Compagnia ed il relativo riscontro.

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

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

14. Arbitrato

La Polizza non prevede il ricorso all'arbitrato, pertanto le Parti sono legittimate a procedere giudizialmente fatti salvi gli ordinari mezzi di conciliazione previsti dall'ordinamento.

AmTrust Europe Limited è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

AmTrust Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia

AmTrust Europe Limited
Il Procuratore Speciale
Serena Bocchi

Glossario

Ai termini ed espressioni seguenti, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato	La persona fisica indicata nel **Modulo di Proposta**, dipendente di aziende sanitarie nonché libero professionista, che svolge l'attività di **sanitario non medico** indicata nel **Modulo di Proposta** e che abbia aderito alla presente **Polizza** per il tramite del **Contraente**.
Attività Professionale	L'attività sanitaria non medica connessa alla qualifica dichiarata nel **Modulo di Proposta**
Certificato di Assicurazione	Il documento emesso dalla **Società** che va a formare parte integrante della **Polizza**, emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo **Assicurato**, nel quale sono indicati i dati relativi all'**Assicurato**, le date di effetto e di scadenza dell'assicurazione e il **Premio** con le relative imposte governative.
Claims made	Il regime nel quale l'oggetto della garanzia di responsabilità civile è individuato nella **Richiesta di Risarcimento** del terzo danneggiato. Pertanto le relative garanzie operano per le richieste pervenute all'**Assicurato** nel periodo di durata della **Polizza**, anche se conseguenti a fatti antecedenti verificatisi nel periodo considerato rilevante secondo le condizioni contrattuali.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto a favore di **Terzi**.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Circostanza/Circostanze	La segnalazione, inviata all'**Assicurato** dall'Azienda Sanitaria, di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali **Danni** e o segnalazioni scritte di **Terzi**.
Danno/Danni	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a **Cose** (ivi compresi gli animali), nonché i **Danni** ad essi conseguenti.
Data di Continuità Assicurativa	La data meno recente tra: • la data di adesione dell'**Assicurato** alla presente **Polizza**; • la data di adesione 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 adesione alla presente **Polizza**.
Diritto di Ripensamento	E' la facoltà dell'Assicurato di recedere dal contratto annullandone gli effetti.
Indennizzo	La somma dovuta dalla **Società** al verificarsi d un **Sinistro**
Impresa di Assicurazione	Si veda "**Società**"
Intermediario	L'**Intermediario** di assicurazioni indicato nella **Scheda di Polizza** al quale il **Contraente** ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa **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 modulo, valido 30 giorni dalla data di sottoscrizione, costituente prova dell'adesione alla presente **Polizza** da parte dell'**Assicurato** e sottoscritto dall'**Assicurato** stesso.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a **Cose**.
Periodo di Assicurazione	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data della prima scadenza annuale della **Polizza**. Successivamente il **Periodo di Assicurazione** corrisponde a ciascuna annualità di **Rinnovo** della **Polizza** medesima. Ad ogni scadenza, pagato il **Premio** convenuto per il **Rinnovo**, inizia un nuovo **Periodo di Assicurazione**, distinto dal precedente e dal successivo.
Periodo di Retroattività	Il periodo temporale pari a: - 10 (dieci) anni antecedenti alla **Data di Continuità Assicurativa** per l'Assicurato dipendente ospedaliero pubblico; - 5 (cinque) anni antecedenti alla **Data di Continuità Assicurativa** per il libero professionista.

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**.
Recesso	Dichiarazione unilaterale avente l'effetto di sciogliere il contratto.
Responsabilità solidale	Responsabilità di più condebitori verso uno stesso concreditore, ciascuno dei quali è tenuto al pagamento dell'intero fatto salvo il diritto di regresso verso gli altri condebitori.
Richiesta di Risarcimento	Quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell'**Assicurato**: • 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 civile promossa contro l'**Assicurato** 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; • 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.
Rinnovo	E' la proroga del contratto per un nuovo **Periodo di Assicurazione** e alle medesime condizioni di cui al contratto originario.
Rischio	E' la probabilità del verificarsi di una evento.
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** e il **Premio** imponibile con le relative Imposte Governative.
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 Europe Limited.
Terzi	Tutte le persone diverse dall'**Assicurato**. Non sono considerati **Terzi** i membri del nucleo familiare dell'**Assicurato** (come da Stato di Famiglia).
Fascicolo Informativo	E' il documento che l'Assicuratore è tenuto a consegnare all'**Assicurato** prima che il contratto sia stipulato, contenente la nota informativa, il glossario, le condizioni di assicurazione ed il relativo certificato.

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

Condizioni di Assicurazioni

I. Oggetto del Contratto

Con il presente contratto il **Contraente** stipula una **Polizza** collettiva con l'assicuratore AmTrust Europe Limited, di seguito **Società**, avente per oggetto la garanzia di Responsabilità Civile Professionale, disciplinata dalle condizioni tutte che seguono.
La presente **Polizza** collettiva è stipulata per conto del personale sanitario non medico dipendente da aziende sanitarie e/o libero professionista che aderirà alla relativa copertura mediante sottoscrizione di idoneo **Modulo di Proposta**, e di seguito definito **Assicurato**.
Nel caso di adesione il rapporto tra gli **Assicurati** e la **Società** sarà regolato dal presente Contratto di seguito **Polizza**.
Resta inteso che in ordine ad ogni eventuale pretesa e/o richiesta che l'**Assicurato** dovesse avanzare in relazione alla garanzia prestata con la presente **Polizza**, risponderà unicamente alla **Società** la quale potrà opporre agli **Assicurati** tutte le eccezioni che potrebbe opporre al **Contraente** in forza della **Polizza**.

II. Documentazione per gli Assicurati

In sede di illustrazione della Proposta di assicurazione, il **Contraente** si obbliga a consegnare a ciascun potenziale aderente il Fascicolo Informativo ed in particolare le Condizioni di Assicurazione, prima della sottoscrizione del **Modulo di Proposta**.
Nella stessa sede, il **Contraente** si obbliga a consegnare Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Testo Unico sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003).
Il mancato adempimento di tali obblighi comporterà responsabilità diretta del **Contraente**, che sosterrà oneri ed eventuali spese accessorie in caso di reclami, contenziosi ed indennizzi che dovessero essere corrisposti.

III. Modulo di Proposta

Ciascun **Assicurato** dovrà compilare in ogni sua parte, datare e sottoscrivere il **Modulo di Proposta**, che formerà parte integrante della **Polizza**, trasmetterlo al **Contraente** e provvedere al versamento dell'importo dovuto.
In sede di sottoscrizione del **Modulo di Proposta**, il **Contraente** si obbliga a raccogliere apposita sottoscrizione dell'Aderente di avvenuta consegna dell'**Informativa Privacy** e relativo consenso al trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Testo Unico sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003). Il mancato adempimento di tali obblighi comporterà responsabilità diretta del **Contraente**, che sosterrà oneri ed eventuali spese accessorie in caso di reclami, contenziosi ed indennizzi che dovessero essere corrisposti.

IV. Premio e modalità di pagamento

All'atto del perfezionamento della **Polizza** il **Contraente** non versa alcun **Premio.**
Il **Contraente** si impegna a trasmettere alla **Società** anche a mezzo del Broker incaricato entro il 15° (quindicesimo) giorno di ciascun mese:

1) L'elenco delle nuove adesioni corredato da copia dei **Moduli di Proposta** sottoscritti dagli Assicurati nel mese precedente;
2) L'elenco degli **Assicurati** che, in regola con il pagamento del **Premio**, nel mese precedente hanno prorogato la copertura relativa ai **Periodi di Assicurazione** successivi al primo.

Tali elenchi dovranno contenere i dati identificativi, la qualifica, la decorrenza della garanzia e la data del versamento del **Premio** da parte dell'**Assicurato**.
L'invio di tali elenchi sarà da intendersi come conferma dell'avvenuto pagamento del **Premio** da parte dell'**Assicurato**. Il **Premio** così incassato dovrà essere versato alla **Società** entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.

V. Certificato di Assicurazione e documenti di Rinnovo

La **Società** all'atto del ricevimento degli elenchi di cui sopra, attestanti l'avvenuto pagamento del **Premio** da parte degli Assicurati, provvederà ad emettere:

1) Per ciascun nuovo anno **Assicurato** un Certificato di Assicurazione, a prova della copertura assicurativa, attestante l'avvenuta applicazione alla **Polizza** riportante i dati dello stesso forniti all'atto dell'adesione ovvero:
   - I dati identificativi dell'**Assicurato** (Cognome e Nome, Codice Fiscale e domicilio);
   - La decorrenza della garanzia;
   - La qualifica dell'**Assicurato;**
   - Il Massimale assicurato;
   - Il **Premio** alla decorrenza della garanzia e delle eventuali successive annualità.
2) Per ciascun **Assicurato** che ha prorogato la copertura assicurativa un documento attestante l'avvenuta proroga della stessa.

VI. Durata del Contratto

La **Polizza** ha durata 3 anni.
Sia la **Società**, sia il **Contraente** hanno facoltà di rescindere il contratto annualmente previa comunicazione di **Recesso** da inviarsi a mezzo raccomandata A/R entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza annuale.

A. Avviso importante

La presente **Polizza** è prestata nella forma "**Claims made**", come precisato al successivo Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Periodo di Retroattività.

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 o omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione o **accaduti o commessi:**

- **non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa per i sinistri nell'attività di dipendente Ospedaliero**

e

- **non prima dei 5 (cinque) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa per i sinistri per l'attività Libero professionale.**

Articolo 2 – Massimale

L'assicurazione è prestata per ciascun **Periodo di Assicurazione** e per ciascun Assicurato, fino alla concorrenza del **Massimale** di € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00).

Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione

3.1 Responsabilità Civile

In relazione alla responsabilità Civile la **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a **Terzi**, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'Aattività Professionale dichiarata nel **Modulo di Proposta** e riportata nella **Scheda di Polizza**, sempreché l'Assicurato abbia sottoscritto il **Modulo di Proposta** e che risulti in regola con il versamento del **Premio** nei termini dovuti.

La **Società** risponde:

a. dei **Danni** cagionati a **Terzi** per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell' **Attività Professionale** predetta;
b. delle eventuali azioni di rivalsa esperite dalla struttura, clinica o istituto - non facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale - a cui l'**Assicurato** presta la propria opera, o esperite dal suo Assicuratore, ritenendolo personalmente responsabile di **Danni** arrecati a **Terzi**;
c. delle eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

L'assicurazione comprende altresì:

d. i **Danni** derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici anche se tali interventi non sono connessi alla **Attività Professionale** dichiarata.

3.2 Responsabilità Civile per colpa grave

Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, ossia qualora la **Richiesta di Risarcimento** sia connessa all' **Attività Professionale** svolta dall'**Assicurato** in qualità di dipendente o convenzionato di struttura, clinica o istituto facente capo al Sistema Sanitario Nazionale (inclusa l'attività intramoenia) la **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto per il quale l'**Assicurato** presta la propria opera, o al suo Assicuratore, solo qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicata richiesta.

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.

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 e i territori sotto la loro giurisdizione.

E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia.

La **Società** pertanto non è obbligata per **Richieste di Risarcimento** fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 7 - Precisazione sui rischi assicurati

L'assicurazione, quale delimitata in questa **Polizza** e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle **Attività Professionali** connesse alla qualifica dell'**Assicurato** dichiarata dallo stesso nel **Modulo di Proposta**

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 16 relativamente alla denuncia delle **Circostanze**;
2) le **Richieste di Risarcimento** e/o le **Circostanze** che fossero già note all'**Assicurato** prima della **Data di Continuità Assicurativa;**
3) le **Richieste di Risarcimento** connesse e/o conseguenti ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'**Assicurato** antecedentemente alla **Data di Continuità Assicurativa;**
4) le **Richieste di Risarcimento** connesse e/o conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima del **Periodo di Retroattività** stabilito in **Polizza**.

Sono parimenti esclusi i **Danni:**

5) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
6) conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi dopo che l'**Assicurato** abbia posto termine all'**Attività Professionale** con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
7) derivanti da somministrazione o prescrizione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
8) derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'**Assicurato**;
9) derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali;
10) alle **Cose** mobili e immobili che l'**Assicurato** abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
11) da furto o da danneggiamenti a **Cose** causati da incendio, da esplosione o scoppio;
12) riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'**Attività Professionale** dell'**Assicurato**;
13) che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche, terapeutiche e di sperimentazione svolte dall'**Azienda Sanitaria**;
14) le **Perdite Patrimoniali** che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale aziendale e non propriamente attinenti all'**Attività Professionale** sanitaria che abbia causato un **Danno**.

Articolo 9 - Responsabilità Solidale

In caso di **Responsabilità Solidale** dell'**Assicurato** con altri soggetti, la **Società** risponde, ferma restando l'esperibilità dell'azione di regresso, fino a un massimo del doppio della quota di pertinenza dell'**Assicurato** stesso ed entro il limite del **Massimale.**

Articolo 10 - Cessazione dell'Attività Professionale - Ultrattività

Se durante il **Periodo di Assicurazione** l'**Attività Professionale** dell'**Assicurato** viene a cessare definitivamente per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa connessa all'espletamento delle sue attività professionali), l'attività già svolta dall'**Assicurato** resta coperta, alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale **Periodo di Assicurazione**.

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

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

Articolo 11 - Variazioni del Rischio

Qualora nel corso del **Periodo di Assicurazione** si verifichi una diminuzione del **Rischio** (Art. 1897 Codice Civile) o un aggravamento del **Rischio** (Art. 1898 Codice Civile) per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il **Rischio** continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del **Premio** dovuto alla **Società**.

Qualora si verifichi un mutamento dell'**Attività Professionale** dell'**Assicurato** verso una qualifica assicurabile con la presente **Polizza**, ma con un differente ammontare di **Premio**, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione nè limitazione fino alla scadenza del **Periodo di Assicurazione**, fermo restando l'obbligo di provvedere alla tempestiva comunicazione alla **Società** e, con effetto dalla prima scadenza utile, all'aggiornamento dell'eventuale maggior **Premio** assicurativo dovuto (art. 1898 Codice Civile).

Nel caso in cui le nuove mansioni non siano riconducibili ad una qualifica assicurabile, l'assicurazione non sarà operante per detta nuove mansioni, ma l'assicurazione proseguirà fino alla scadenza del **Periodo di Assicurazione** per eventuali **Danni** conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nello svolgimento delle precedenti **Attività Professionali** assicurate.

In caso di riduzione o aggravamento del **Rischio**, il **Contraente** o l'**Assicurato** deve darne comunicazione scritta alla **Società**, ai sensi degli artt. 1897 e 1898 c.c. entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di variazione del **Rischio**. In particolare, gli aggravamenti di **Rischio** non noti o non accettati dalla **Società** possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**Indennizzo**, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione. La mancata comunicazione da parte del **Contraente** o dell'**Assicurato** di **Circostanze** aggravanti il **Rischio** non comporteranno ipso facto la decadenza del diritto di **Indennizzo**, sempreché tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede. La **Società** ha peraltro il diritto di percepire la differenza di **Premio** corrispondente al maggior **Rischio** a decorrere dal momento in cui la **Circostanza** si è verificata. Nel caso di diminuzione del **Rischio** la **Società** è tenuta a ridurre il **Premio** o le rate di **Premio** successive alla comunicazione del **Contraente** o dell'**Assicurato** ai sensi dell'art.1897 c.c..

Articolo 12 - Pagamento del Premio

Il primo **Periodo di Assicurazione** ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato in **Polizza** se il **Premio** o la prima rata di **Premio** sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il **Premio** convenuto o la prima rata dello stesso ha inizio un nuovo **Periodo di Assicurazione**, distinto dal precedente e dal successivo.

Se l'**Assicurato** non paga il **Premio** successivo, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende dalle ore 24:00 del giorni del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 13 - Oneri fiscali

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

Articolo 14 - Rescindibilità della Polizza

Ferma la durata indicata in **Polizza**, è data facoltà alle Parti di rescindere annualmente la **Polizza** stessa previa comunicazione di **Recesso** da inviarsi a mezzo raccomandata o fax entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza di ogni **Periodo di Assicurazione**.

Articolo 15 - Coesistenza di altre assicurazioni

Ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile l'obbligo di comunicare alla **Società** la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di **Sinistro**

L'**Assicurato** è tenuto a denunciare il **Sinistro** a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 16 - Obblighi dell'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.

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 dal secondo comma dell'Articolo 15 in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli atti giudiziari relativi al 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.

Per i soli casi di **Richieste di Risarcimento** connesse all'**Attività Professionale** svolta dall'**Assicurato** nella Sua qualità di dipendente di Struttura, Clinica o Istituto facente capo il Sistema Sanitario Nazionale e legato alla sola rc colpa grave:

a) le **Richieste di Risarcimento** per cui abbia ricevuto in forma certa:
   - la comunicazione con la quale l'**Azienda Sanitaria** o la sua **Impresa di Assicurazioni** manifesta all'**Assicurato** di volersi rivalere nei suoi confronti per **Danni** conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave;
   - l'invito a dedurre o la citazione in giudizio da parte della **Corte dei Conti**.

b) le **Circostanze** per cui abbia ricevuto in forma certa la segnalazione dall'**Azienda Sanitaria** di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali **Danni**.

Eventuali future **Richiesta di Risarcimento** connesse e/o conseguenti alle **Circostanze** regolarmente notificate alla **Società** nei termini e nelle modalità previste dal presente articolo di **Polizza**, saranno trattate a tutti gli effetti come **Sinistri** verificatisi nel **Periodo di Assicurazione** di notifica della **Circostanza.**

Articolo 17 - Facoltà di Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni denuncia di **Sinistro** e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto il **Contraente** che la **Società** possono recedere da questa **Polizza** con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.
In caso di **Recesso** il **Contraente** si impegna a non fare sottoscrivere ulteriori **Moduli di Proposta** che abbiano decorrenza successiva alla data di effetto del Recesso.
È peraltro convenuto che la durata della copertura nei confronti di ciascun **Assicurato**, relativamente alle coperture decorse prima della data di Recesso, è garantita sino alla scadenza relativa al **Periodo di Assicurazione** per il quale è stato pagato il relativo **Premio**, senza possibilità di proroga.
È altresì convenuto che in caso di denuncia di **Sinistro** e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione tanto il **Contraente/Assicurato** che la **Società** possono far cessare la copertura assicurativa relativa alla singola adesione colpita dal **Sinistro** con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.
Nel caso in cui sia la **Società** a far cessare la garanzia quest'ultima rimborserà la parte di **Premio**, al netto delle imposte governative, relativa al periodo di **Rischio** non corso.

Articolo 18 - Surrogazione

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

Articolo 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 - Gestione della Polizza

Con la sottoscrizione della presente **Polizza** il **Contraente**, anche per conto degli **Assicurati**, conferisce all'**Intermediario** il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.
E' convenuto pertanto che:

a) ogni comunicazione fatta all'**Intermediario** dalla **Società** sarà considerata come fatta al **Contraente** e/o all'**Assicurato**;
b) ogni comunicazione fatta 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 trattazione e definizione dei **Sinistri** la **Società** designa in nome e per conto della stessa, ACM AmTrust Claims Management Srl, Centro Direzionale Isola E3, Torre Avalon - 80143 Napoli, per il tramite degli uffici di Via Paolo Da Cannobio 9 - 20122 Milano - tel. +39 0236596710 fax +39 0236596719 - infomi@amtrustcm.com

Articolo 21 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio

Per l'adesione alla presente **Polizza** il **Contraente**, o suo incaricato, mette a disposizione degli **Assicurati** una idonea procedura attraverso la quale il **Contraente** si impegna a consegnare agli **Assicurati** le Condizioni di Assicurazione, l'Informativa per la protezione dei dati personali (privacy), il **Modulo di Proposta** e il Fascicolo Informativo.
L'Assicurazione si intende valida sempre che l'**Assicurato** abbia sottoscritto il **Modulo di Proposta** e che risulti in regola con il versamento del **Premio** nei termini dovuti.
Il **Certificato di Assicurazione** e così anche la copertura assicurativa avranno decorrenza alle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese nel quale è stato sottoscritto il **Modulo di Proposta** a condizione che il relativo **Premio** sia stato versato entro l'ultimo giorno del mese stesso;
Il **Certificato di Assicurazione**, su esplicita richiesta dell'**Assicurato**, potrà decorrere dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese precedente a quello di compilazione del **Modulo di Proposta** ma la copertura assicurativa avrà in ogni caso effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Limitatamente alle adesioni avvenute nel mese successivo a quello di decorrenza della presente **Polizza**, il **Certificato di Assicurazione** e così anche al copertura assicurativa avranno decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di effetto della **Polizza** stessa a condizione che il **Modulo di Proposta** ed il relativo **Premio** siano stati rispettivamente sottoscritto e versato entro 60 giorni dal mese di decorrenza della **Polizza**, altrimenti avranno decorrenza dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.
Alla scadenza del **Periodo di Assicurazione** l'**Assicurato** potrà prorogare la copertura assicurativa per ulteriori 12 (dodici) mesi Se l'**Assicurato** non proroga la copertura assicurativa nei termini temporali previsti dal comma che precede potrà in seguito aderire nuovamente alla **Polizza** previa compilazione di un nuovo **Modulo di Proposta;** in tal caso il nuovo **Certificato di Assicurazione** e così anche la copertura assicurativa avranno decorrenza come previsto dal presente articolo relativamente alle nuove adesioni.

Articolo 22 - Determinazione del Premio

Il **Premio** annuo dovuto relativo alla copertura assicurativa dell'**Attività Professionale** svolta dall'**Assicurato**, coerentemente con la qualifica ricoperta dall'**Assicurato** stesso, è quello risultante dalla tabella riportata di seguito:

Le categorie di **Rischio**	Premio Annuale Lordo	
01 Infermiere/Infermiere Pediatrico/ Vigilatrice d'infanzia/Coordinatore infermieristico	€	60,00
02 Tutte le professioni sanitarie non mediche con esclusione delle Ostetriche	€	60,00
03 OSS – OSSS – OTA – ASA	€	60,00

Nel caso in cui la data di decorrenza della garanzia non coincida con la data di decorrenza della **Polizza** o non coincida con la data di decorrenza delle successive annualità della **Polizza** stessa, il **Premio** dovuto è pari al 100% del **Premio** annuo qualora il **Periodo di Assicurazione** sia uguale o maggiore di mesi 6 (sei) e pari al 50% del **Premio** annuo nel caso in cui il **Periodo di Assicurazione** sia minore a mesi 6 (sei).

Articolo 23 - Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti

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

Articolo 24 - Foro competente

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

Articolo 25 - Rinvio alle norme di legge

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

Articolo 26 - Clausola di Continuità

Limitatamente agli **Assicurati** che alla data di effetto dell'adesione alla presente **Polizza** nelle modalità previste dall'Articolo 20 che precede, siano titolari di analoga copertura assicurativa che risulti:

- stipulata con la **Società** o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della **Società**;
- in scadenza alla data di adesione alla presente **Polizza**,

la copertura assicurativa viene prestata senza soluzione di continuità.

Articolo 27 - Recesso per Ripensamento

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

La Società

AmTrust Europe Limited
Il Procuratore Speciale
Serena Bocchi

Il Contraente

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

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

La vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, introdotta dal D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) entrato in vigore il 1° gennaio 2004, dispone che AmTrust Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, è tenuta a fornire agli interessati ossia ai soggetti ai quali si riferiscono informazioni sull'attività di raccolta e utilizzo dei dati personali.

1. Finalità del trattamento dei dati:

Il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato:

a) all'esecuzione delle prestazioni contrattuali. L'acquisizione dei dati personali comuni è strettamente necessaria al conseguimento delle predette finalità;
b) all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti, da normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate e dagli Organi di Vigilanza e Controllo.

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

2. Modalità del trattamento:

I dati saranno trattati principalmente con strumenti cartacei, elettronici, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e memorizzati su supporti informatici, cartacei e su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza stabilite dal Codice della Privacy e, con riguardo al trattamento dei dati sensibili, con presidi e modalità separate e specifiche al fine di evitare ogni possibile **Rischio** di trattamento non autorizzato.

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

I dati raccolti, inclusi quelli sensibili,

a) per le finalità di cui al punto 1., verranno comunicati alle Società del Gruppo AmTrust, in particolare a:
AmTrust Europe Ltd, Market Square House, St. James's Street Nottingham NG1 6FG (UK) - P.I. GB764402928;
AmTrust Claims Management S.r.L. - Via Paolo da Cannobio, 9 - 20122 Milano;
AmTrust Financial Services, Inc. - 59 Maiden Lane, 43rd Floor New York, NY 10038 e sedi secondarie.

b) per le finalità di cui al punto 1. i dati verranno comunicati a soggetti quali a titolo esemplificativo e non esaustivo:
Soggetti facenti parte della catena assicurativa quali: Coassicuratori, Riassicuratori, agenti e brokers, Organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settori assicurativo, consulenti, traduttori; Società di servizi informatici, di archiviazione, di stampa ed invio della corrispondenza, di gestione della posta in arrivo e in partenza, di certificazione di qualità, di revisione contabile e certificazione di bilancio, istituti di credito per l'esecuzione di eventuali pagamenti.

4. Diffusione dei dati:

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

5. Trasferimenti dei dati all'estero:

Per le finalità di cui al punto 1. con riferimento ai soggetti indicati al punto 3., i dati personali possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea.

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

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

7. Titolare del trattamento dei dati:

Titolare del trattamento dei dati è AmTrust Europe Limited, con sede secondaria in Via Paolo da Cannobio 9, 20122 Milano, Tel. 02-83438150, Fax 02-83438174, in persona del suo legale rappresentante, cui l'interessato potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui al precedente punto 6).

8. Diritti dell'interessato:

L'elenco degli Incaricati del trattamento designati da AmTrust Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia è disponibile presso la sede del Titolare.

L'interessato, per l'esercizio dei propri diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, potrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: Amtrustmilano@pec.it.

Dichiarazioni del Contraente

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Contratto e, agli effetti degli artt.
1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara:

1. di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni del Contratto:
   § III. Modulo di Proposta; § VI. Durata del Contratto; § VIII. Clausola Privacy.
2. Di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma "Claims made", a copertura delle richieste di risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purchè siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività pari ai 10 (dieci) anni per il dipendente ospedaliero e 5 (cinque) per il libero professionista antecedenti la Data di Continuità Assicurativa intendendosi per tale la meno recente tra:
   - La data di adesione dell'Assicurato alla presente Polizza;
   - La data di adesione dell'Assicurato ad analoga copertura assicurativa a condizione che la stessa sia stata stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di adesione alla presente Polizza.
3. Di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:
   Articolo 1 – Forma dell'assicurazione ("Claims made") e Periodo di Retroattività; Articolo 3 – Oggetto dell'Assicurazione; Articolo 4 – Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 8 – Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione "Claims made"); Articolo 11 – Variazioni del **Rischio**; Articolo 14 – Rescindibilità della Polizza; Articolo 16 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento o Circostanza; Articolo 17 – Facoltà di Recesso in caso di Sinistro; Articolo 20 – Gestione della Polizza; Articolo 21 – Modalità di disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio; Art. 22 – Determinazione del Premio; Articolo 23 – Reticenze e dichiarazioni inesatte.
4. Di provvedere per ciascuna adesione alla consegna all'aderente-Assicurato del Fascicolo Informativo e, in particolare di:
   a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
   b. Condizioni di Assicurazione;
   c. Modulo di Proposta;
   d. Informativa Privacy ai sensi del Testo Unico della Privacy (D.Lgs. 196/2003).

il Contraente _____

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

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

il Contraente _____