

Nota Informativa

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, 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.

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

AmTrust International Underwriters DAC, con sede in 40 Westland Row, Dublino 2, Irlanda, è regolamentata e autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dalla Central Bank of Ireland. Numero di registrazione: 169384. Questi dettagli possono essere controllati visitando il sito <http://www.centralbank.ie> o contattando la Central Bank of Ireland, Tel: +353 1 2246000.

La Rappresentanza Italiana

AmTrust International Underwriters DAC
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici, 14 - 20121 Milano
Tel. 0283438174 Fax 0283438150

Email: milan@amtrustgroup.com - www.amtrust.it - www.amtrustinternational.com

è iscritta dal 23.02.2016 al n° I.00132 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° D933R.

AmTrust International Underwriters DAC appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services Inc. (AFSI).

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari a 210 milioni di euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 48 milioni di euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 162 milioni di euro. L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni è pari a 154%, 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 31/12/2017.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto è costituito da una Polizza Collettiva, stipulata dal Contraente con la Società ai sensi dell'Art. 1891 c.c., alla quale gli Assicurati possono aderire nelle forme e nei termini previsti nella Polizza stessa e da uno o più Certificati di Assicurazione emessi dalla Società in applicazione alla presente Polizza Collettiva.

La Polizza Collettiva è stipulata per una durata triennale senza tacito rinnovo.

I Certificati di Assicurazione hanno una durata massima di 12 (dodici) mesi, senza tacito rinnovo.

AVVERTENZA: è tuttavia facoltà della Società e del Contraente che hanno stipulato la Polizza Collettiva inviare disdetta mediante lettera raccomandata/fax/e-mail almeno 60 (sessanta) giorni prima di ciascuna scadenza annuale.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 13 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

GARANZIA BASE:

La Società assicura i rischi della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Danni causati a Terzi, inclusi i pazienti, commessi nell'esercizio dell'Attività Professionale Sanitaria o Socio-Sanitaria, non medica, così come previsto agli Articoli 3 e 7 delle Condizioni di Assicurazione.

ESTENSIONI DI GARANZIA (acquistabili in abbinamento alla Garanzia Base e solo per determinate Professioni Sanitarie)

MEDICAL DEVICE:

La Società, attraverso una estensione di garanzia, acquistabile dall'Aderente/Assicurato, assicura i rischi per Danni causati a Terzi derivanti da errori, negligenza ed imperizia nello svolgimento dell'Attività Professionale, che abbiano determinato la necessità di ripristinare, rimpiazzare e/o ricostruire parzialmente o totalmente *medical device* dallo stesso prodotti.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 26 delle Condizioni di Assicurazione.

• **PERDITE PATRIMONIALI:**

La Società, attraverso una estensione di garanzia, acquistabile dall'Aderente/Assicurato, tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di *Perdite Patrimoniali* cagionate a terzi derivanti da atti, fatti, omissioni, ritardi commessi nell'esercizio delle proprie funzioni.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 27 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: sono previsti casi di **limitazioni, esclusioni** che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Non sono previste condizioni di **sospensione** della garanzia.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Articoli 1, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 22, 26 e 27 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: per i rischi della **Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa** la Società corrisponde le somme dovute a titolo di risarcimento entro il **massimale** convenuto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Articoli 2, 26 e 27 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio

Qualora sia convenuto in polizza un massimale pari a € 2.000.000,00 per Sinistro e Periodo di Assicurazione, la Società risponde nel limite di € 2.000.000,00, indipendentemente dal fatto che siano pervenute nel medesimo Periodo di Assicurazione due Richieste di Risarcimento rispettivamente di € 1.700.000,00 e di € 500.000,00 il cui ammontare complessivo sarebbe di € 2.200.000,00.

AVVERTENZA: la presente Assicurazione prevede l'applicazione di **franchigie**.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio

Qualora sia riportata nel Certificato di Assicurazione una **Franchigia** pari a € 1.000,00 la Società risponde, nel limite del Massimale convenuto, con la detrazione di un importo pari a € 1.000,00, ovvero nel caso di **Richiesta di Risarcimento** pari a € 10.000,00 l'Indennizzo ammonterà ad € 9.000,00 (€ 10.000,00 - € 1.000,00).

AVVERTENZA: la presente Assicurazione non prevede l'applicazione di **scoperti**.

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 21 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il presente contratto non prevede specifici casi e/o cause di nullità oltre a quelle previste a termine di legge (ad esempio artt. 1895 e 1904 del Codice Civile).

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio ai sensi degli Artt. 1897 e 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.

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 comunicata nei termini previsti la variazione di attività che possa comportare un aggravamento del rischio (ad esempio, assume la qualifica di Coordinatore o Dirigente/Direttore delle professioni sanitarie)**, 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, ed il pagamento dello stesso dovrà avvenire con periodicità annuale.

Il Premio è determinato in considerazione dell'attività svolta e della qualifica lavorativa del soggetto, nonché delle modalità di esercizio della professione (dipendente pubblico o privato e/o libero professionista).

Il Premio determinato potrà variare inoltre in base al Massimale scelto dall'Aderente/Assicurato ed in base ad altre opzioni assicurabili e previste all'Art. 20 delle Condizioni di Assicurazione.

È tuttavia prevista la facoltà di aderire alla Polizza Collettiva anche in corso d'anno ed 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 inferiore a mesi 6 (sei).

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 alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

AVVERTENZA: non sono previsti sconti di Premio.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Articoli 10, 19 e 20 delle Condizioni di Assicurazione.

7. Rivalse

AVVERTENZA: nella presente Polizza non sono previste ipotesi di rivalsa diverse da quelle eventualmente spettanti alla Società a termine di Legge.

La rivalsa è l'azione mediante la quale la Società agisce nei confronti del Contraente/Assicurato per il rimborso delle somme che la stessa abbia sostenute o anticipate qualora le stesse risultino non dovute a termine di Legge od in base alle condizioni di Polizza.

8. Diritto di Recesso

AVVERTENZA: in caso di Sinistro sia la Società sia il Contraente possono recedere dalla Polizza Collettiva in un periodo compreso tra la data di denuncia del Sinistro ed il 60° (sessantesimo) giorno della sua liquidazione o reiezione, con preavviso di 90 giorni.

AVVERTENZA: è inoltre facoltà dell'Assicurato e della Società recedere da ciascun singolo rapporto assicurativo, attestato dal Certificato di Assicurazione, in un periodo compreso tra la data di denuncia del sinistro e il 60° (sessantesimo) giorno della sua liquidazione o reiezione, con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 16 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Prescrizione e decadenza dei 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 della Società, fatto salvo quanto previsto all'Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto non prevede alcuna ipotesi di decadenza convenzionale della garanzia.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

11. Regime fiscale

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

Il Premio relativo alle garanzie è soggetto all'imposta nella misura del 22,25%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: L'Assicurato deve far denuncia scritta alla Società 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 della Società entro il limite del 25% del Massimale garantito.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Articoli 4, 15, 16, 17 e 18 delle Condizioni di Assicurazione.

Per la denuncia di sinistro scrivere a AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: rcprofessionale@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

13. Reclami

È da considerarsi reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto a **Ufficio Reclami - AmTrust International Underwriters DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia** - Via Clerici 14 - 20121 Milano – Tel. +39 0283438150 - Fax +39 0283438174 - Email: reclami@amtrustgroup.com

Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo a cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso.

La Compagnia, ricevuto il reclamo, fornirà riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento dello stesso.

Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli **Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori**, il termine di riscontro di cui sopra, potrà essere sospeso per un massimo di 15 (quindici) giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'Agente interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo.

Nel caso di reclami relativi al comportamento degli **altri intermediari (Broker e Banche) e loro dipendenti/collaboratori**, gli stessi saranno gestiti direttamente dall'Intermediario interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, ovvero a suo giudizio, il reclamante potrà presentare il proprio reclamo all'**IVASS, Servizio Tutela del Consumatore**, con le seguenti modalità:

- via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma;
- via fax al numero +39 0642133206;

- via PEC all'indirizzo: tutela.consumatore@pec.ivass.it

corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Compagnia ed il relativo riscontro.

Le informazioni di dettaglio sulla procedura di presentazione di reclamo scritto all'IVASS, incluso il modello da utilizzare, sono reperibili sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori" – sottosezione "RECLAMI – Guida".

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS devono contenere:

- a) Nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) Individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) Breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) Copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione, all'Intermediario assicurativo o all'Intermediario iscritto nell'elenco annesso e dell'eventuale riscontro fornito dagli stessi;
- e) Ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Resta salva comunque per il reclamante la facoltà di adire l'**Autorità Giudiziaria**.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Compagnia, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS, come sopra delineato, oppure potrà avvalersi di **sistemi alternativi di risoluzione delle controversie** quali:

- la **mediazione civile**, disciplinata dal D.Lgs. 28/2010 e s.m.i., quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti) attraverso la presentazione di una istanza all'Organismo di mediazione scelto liberamente dalla parte tra quelli territorialmente competenti. Tale Organismo provvede a designare un mediatore ed a fissare il primo incontro tra le Parti, le quali vi partecipano con l'assistenza di un avvocato;
- la **convenzione di negoziazione assistita**, istituita dal D.L. 132/2014, quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa od a una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti 50.000 euro (salvo che, in relazione a quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria). Tale meccanismo si instaura tramite invito, di una parte all'altra, a stipulare un accordo con il quale ci si impegna a cooperare lealmente per risolvere la controversia con l'assistenza dei rispettivi avvocati;
- la **conciliazione paritetica**, nel caso di controversie relative a sinistri del ramo R.C.Auto con risarcimento per danni a persone e/o cose fino a 15.000 euro, rivolgendosi ad una delle Associazioni dei Consumatori aderenti all'accordo con l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA). Per attivare tale strumento occorre compilare l'apposito modulo, reperibile sul sito dell'ANIA e sui siti delle Associazioni dei Consumatori suddette, seguendo le istruzioni ivi fornite, ed inviarlo all'Associazione dei Consumatori prescelta.

Il reclamante potrà altresì rivolgersi direttamente al sistema competente in Irlanda: **Financial Services and Pensions Ombudsman (FSPO)**, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, D02 VH29 – Tel. +353 1 567 7000 - Email: info@fspoi.ie – www.fspoi.ie

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la **rete FIN-NET** e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

Per maggiori informazioni sulla procedura FIN-NET è possibile collegarsi al seguente indirizzo:

http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/docs/finnet-guide/italy-light_it.pdf

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. In particolare, ogni controversia avente ad oggetto contratti assicurativi è assoggettata all'obbligo di mediazione, quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis del decreto legislativo del 4 marzo 2010, n. 28.

AmTrust International Underwriters DAC è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

**AmTrust International Underwriters DAC
Rappresentanza Generale per l'Italia
il Procuratore Speciale
Irene Soldani**

AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland

Glossario

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

Aderente/Assicurato	la persona fisica, indicata nel Modulo di Adesione, dipendente, convenzionato e/o in formazione specialistica, dell'Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria, nonché il libero professionista, che svolge l'attività di sanitario/sociosanitario, non medico, indicata nel Modulo di Adesione e che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva per il tramite del Contraente.
Attività Professionale	l'attività sanitaria/socio-sanitaria, non medica, connessa alla qualifica dichiarata nel Modulo di Adesione e svolta dall'Assicurato presso la o per conto dell'Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria, nonché in regime libero professionale.
Azienda Sanitaria/Socio-Sanitaria	l'Azienda Sanitaria Locale o la Struttura Sanitaria/Socio-Sanitaria Pubblica o Privata presso la o per conto della quale l'Assicurato presta od ha prestato servizio.
Certificato di Assicurazione	il documento emesso dalla Società a prova della copertura assicurativa per il singolo Assicurato, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato stesso, le date di effetto e di scadenza dell'assicurazione, il Massimale ed il Premio con le relative imposte governative.
Claims made	il regime nel quale la garanzia di Responsabilità Civile è individuata nelle Richieste di Risarcimento ricevute dal Contraente/Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del periodo di retroattività stabilito in polizza.
Contraente	il soggetto che stipula la Polizza Collettiva ai sensi dell'art. 1891 c.c.
Convenzione	l'accordo tra la Società ed il Contraente attraverso il quale sono normati i reciproci diritti/doveri inerenti la Polizza Collettiva.
Cose	sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Danno/Danni	il pregiudizio conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni ad essi conseguenti.
Danni non patrimoniali	tutti i danni conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale della vittima nonché il danno reputazionale.
Danni Patrimoniali	il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni relativi alla sfera patrimoniale del danneggiato.
Data di Continuità Assicurativa	la data meno recente tra: <ul style="list-style-type: none">• la data di adesione dell'Assicurato alla presente Polizza Collettiva;• 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 Collettiva.
Franchigia	l'importo che viene dedotto dal Danno ed è a carico dell'Assicurato.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	gli intermediari di assicurazioni iscritti alla sezione A del RUI (Agente) indicati nella Scheda di Polizza nonché, ove presente, l'Intermediario di assicurazioni iscritto alla sezione B del RUI (Broker) cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Massimale	la somma massima che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Modulo di Adesione	il modulo contenente le dichiarazioni dell'Assicurato e che incidono sulla valutazione del rischio. La compilazione dello stesso non impegna contrattualmente la Società dato che il rapporto assicurativo sorgerà unicamente con l'emissione del Certificato di Assicurazione.
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di danni materiali e corporali.

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

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

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

Condizioni di Assicurazione

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 in corso, purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il periodo di vigenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa.

Articolo 2 - Massimale

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

Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione

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

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

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

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

Relativamente ai punti b) e c) la garanzia è operante a condizione che per tutti i Danni l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per Colpa Grave con Sentenza Passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali

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

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

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

Articolo 5 - Persone non considerate Terzi

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

Articolo 6 - Limiti territoriali

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

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

Articolo 7 - Precisazione sui rischi assicurati

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

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

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

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

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

Articolo 8 - Esclusioni

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

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

Sono parimenti esclusi i Danni:

- 4) conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'Attività Professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- 5) derivanti da somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- 6) derivanti dalla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti estetici all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- 7) derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali (attività dolose);
- 8) alle Cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- 9) da furto o da danneggiamenti a Cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 10) riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'Attività Professionale dell'Assicurato;
- 11) che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche, terapeutiche e di sperimentazione svolte dall'Azienda Sanitaria;
- 12) le Perdite Patrimoniali che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale aziendale e non propriamente attinenti all'Attività Professionale sanitaria che abbia causato un Danno;
- 13) derivanti dalla violazione delle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 "GDPR" qualora il trattamento dei dati abbia finalità commerciali;
- 14) per inottemperanza a quanto previsto in materia di Informazione e Consenso del Codice di Deontologia professionale, limitatamente ai Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione;
- 15) in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
- 16) relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- 17) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- 18) derivanti dall'attività ostetrica di assistenza al parto a domicilio qualora tale attività non sia supervisionata da un medico.

Articolo 9 - Responsabilità Solidale

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

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

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

La regolazione Premio è dovuta:

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

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

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

del Premio corrisposto per l'ultima annualità.

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

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

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

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

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

Tale garanzia di ultrattività non sarà più riattivabile.

Articolo 11 - 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 - Oneri fiscali

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

Articolo 13 - Recesso dalla Polizza Collettiva

Ferma la durata indicata in Polizza, è data facoltà sia alla Società sia al Contraente di recedere annualmente dalla Convenzione previa comunicazione di recesso da inviarsi entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione secondo una delle seguenti modalità:

- Lettera raccomandata A/R all'indirizzo di Direzione;
- FAX al numero + 39 02 8343 8174;
- Email a gestionedisdette@amtrustgroup.com

Quanto disposto dal presente Articolo non si applica ai singoli Certificati di Assicurazione che cessano alla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione senza obbligo di disdetta.

Articolo 14 - Coesistenza di altre assicurazioni

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

Articolo 15 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento

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

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

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

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

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

Articolo 16 - Facoltà di Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione:

a) il Contraente e la Società possono recedere dalla Polizza Collettiva con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.

In caso di recesso il Contraente si impegna a non fare sottoscrivere ulteriori Moduli di Adesione che abbiano decorrenza successiva alla data di effetto del recesso.

È peraltro convenuto che la durata della copertura nei confronti di ciascun Certificato di Assicurazione, 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 rinnovo;

b) l'Assicurato e la Società possono recedere dal rapporto assicurativo, attestato dal Certificato di Assicurazione, con preavviso scritto di 30 (trenta) 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 17 - Forma delle comunicazioni – Variazione della Polizza

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

Articolo 18 - 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 denuncia di sinistro scrivere a AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: rcprofessionale@amtrustgroup.com, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

Articolo 19 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio

Per l'adesione alla presente Polizza Collettiva il Contraente, o suo incaricato, mette a disposizione degli Assicurati una procedura attraverso la quale il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati le Condizioni di Assicurazioni, l'Informativa per la protezione dei dati personali (privacy), il Modulo di Adesione e il Fascicolo Informativo.

L'Assicurazione si intende valida sempre che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione 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 Adesione a condizione che il relativo Premio sia stato versato entro l'ultimo giorno del mese stesso;
- cesseranno alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione senza tacito rinnovo.

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 Adesione 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 Collettiva, il Certificato di Assicurazione e così anche la copertura assicurativa avranno decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di effetto della Polizza Collettiva stessa a condizione che il Modulo di Adesione ed il relativo Premio siano stati rispettivamente sottoscritti e versati.

entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello di decorrenza della Polizza Collettiva, altrimenti avranno decorrenza dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Alla scadenza di ciascun Periodo di Assicurazione, l'Assicurato potrà prorogare la copertura assicurativa di cui alla presente Polizza Collettiva, sempreché vigente, per ulteriori 12 (dodici) mesi versando il Premio annuo entro le ore 24:00 del 30° (trentesimo) giorno successivo alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione. Per la proroga della copertura assicurativa avvenuta entro i termini sopra indicati non è richiesta compilazione del Modulo di Adesione.

Se l'Assicurato non proroga la copertura assicurativa nei termini temporali previsti dal comma che precede potrà in seguito aderire nuovamente alla Polizza Collettiva, purché a tale data vigente, previa compilazione di un nuovo Modulo di Adesione; 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.

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

È tuttavia prevista la facoltà di aderire alla Polizza Collettiva anche in corso d'anno ed 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 inferiore a mesi 6 (sei).

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

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 alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

Articolo 20 - Determinazione del Premio

Il Premio è determinato in considerazione dell'attività svolta e della qualifica lavorativa del soggetto, nonché dalle modalità di esercizio della professione (dipendente pubblico o privato e/o libero professionista).

Il Premio determinato potrà variare in base al Massimale e/o alla Retroattività scelta dall'Assicurato, ed in base ad altre opzioni assicurabili e previste nel presente articolo.

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:

Cod.	Attività	Dipendente Pubblico	Dipendente Privato	Libero Professionista
	PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE	MASSIMALE 1 MILIONE		
01	tecnico sanitario di laboratorio biomedico	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
02	tecnico audiometrista	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
03	tecnico audioprotesista	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
04	tecnico ortopedico	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
05	dietista	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
06	tecnico di neurofisiopatologia	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
07	tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
08	igienista dentale	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
09	fisioterapista	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
10	logopedista	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
11	podologo	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
12	ortottista e assistente di oftalmologia	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
13	terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	€ 60,00	€ 78,00	€ 96,00
14	tecnico della riabilitazione psichiatrica	€ 60,00	€ 78,00	€ 96,00
15	terapista occupazionale	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
16	educatore professionale	€ 60,00	€ 90,00	€ 180,00
17	tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
18	tecnico sanitario di radiologia medica	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
19	assistente sanitario	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
20	infermiere professionale	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
21	infermiere pediatrico	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
22	ostetriche	€ 200,00	€ 300,00	€ 400,00
23	sociologo	€ 100,00	€ 130,00	€ 160,00

24	assistente sociale	€ 100,00		
Cod.	Attività	Dipendente Pubblico	Dipendente Privato	Libero Professionista
	PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE	MASSIMALE 1 MILIONE		
25	biologo (senza fecondazione assistita)	€ 60,00	€ 90,00	€ 120,00
26	biologo (con fecondazione assistita)	€ 120,00	€ 156,00	€ 192,00
27	farmacista	€ 100,00	€ 150,00	
28	psicologo	€ 100,00	€ 150,00	€ 300,00
29	osteopata	€ 100,00	€ 150,00	€ 300,00
30	chiropratico	€ 100,00	€ 150,00	€ 300,00
31	ingegnere chimico e biochimico	€ 66,00	€ 99,00	€ 132,00
	ALTRE ATTIVITÀ DI INTERESSE SANITARIO	MASSIMALE 1 MILIONE		
32	operatore sociosanitario	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
33	massofisioterapista	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
34	massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
35	ottico	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
36	odontotecnico	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
37	assistente di studio odontoiatrico	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20
38	puericultrice	€ 52,00	€ 67,60	€ 83,20

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un Massimale diverso da quella sopra riportato, al Premio determinato saranno applicate le maggiorazioni o le riduzioni secondo i parametri di seguito indicati:

ALTRE OPZIONI DI MASSIMALE	PREMIO
Massimale € 500.000	- 10%
Massimale € 1.500.000	+10%
Massimale € 2.000.000	+ 20%

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di una Estensione di Garanzia, al Premio determinato saranno applicate le maggiorazioni indicate nella tabella sotto indicata:

ESTENSIONE DI GARANZIA	PREMIO
Medical Device	+ 100%
Perdite Patrimoniali	+ 100%

Avvertenza: l'estensione *Medical Device* è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione (tecnico audioprotesista, tecnico ortopedico, podologo, ottico, odontotecnico).

Avvertenza: l'estensione *Perdite Patrimoniali* è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 27 delle Condizioni di Assicurazione, che rivestono la qualifica di coordinatore e/o dirigente/direttore delle professioni sanitarie.

Qualora l'Assicurato rivesta una qualifica direttiva, come indicato nella tabella sottoriportata, al Premio determinato sarà applicato un incremento pari a:

QUALIFICHE DIRETTIVE	PREMIO
Coordinatore	+ 50 €
Dirigente/Direttore professioni sanitarie	+ 50 €

Nel caso in cui la data di decorrenza del Certificato di Assicurazione non coincida con la data di decorrenza della Polizza Collettiva 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 inferiore a mesi 6 (sei).

Avvertenza: qualora in uno o in più dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di adesione alla Polizza (Articolo 1 – Forma dell'assicurazione e Periodo di Retroattività) l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica

diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, le Categorie di Rischio andranno indicate tutte nel Modulo di Adesione ed il Premio annuo dovuto corrisponderà alla qualifica con Premio più elevato.

Articolo 21 - 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 22 - Foro competente

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

Articolo 23 - Rinvio alle norme di legge

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

Articolo 24 - Clausola di Continuità

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

- non è necessaria la compilazione di un nuovo Modulo di Adesione (a meno che non si desideri variare il Massimale o aggiornare l'Attività Assicurata), in quanto l'Assicurazione sarà prestata sulla base delle dichiarazioni precedentemente rilasciate. Restano in ogni caso escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento conseguenti a fatti, circostanze e situazioni già note all'Assicurato e riportate nel Modulo di Adesione compilato precedentemente;
- il Periodo di Retroattività maturato sulla precedente Polizza del Gruppo AmTrust non sarà perso e sarà incrementato di 1 (uno) anno ad ogni rinnovo, senza aggravio di Premio.

Articolo 25 - Recesso per Ripensamento in caso di vendita a distanza

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

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

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

Il diritto di recesso non si applica qualora sia avvenuto un sinistro, prima o al momento della ricezione da parte della Società della richiesta di recesso dell'Aderente/Assicurato.

Estensioni di Garanzia

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

A. Definizioni valide per l'Estensione di Garanzia

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

Medical Device:	qualsunque strumento, apparecchio, impianto, sostanza, con esclusione dei software, utilizzato da solo o in combinazione con altri <i>medical device</i> o farmaci, utilizzato per attività di prevenzione, diagnosi, controllo, terapia o attenuazione di una malattia, compensazione di una ferita o di un handicap, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico;
Franchigia	l'importo prestabilito che in caso di Sinistro viene dedotto dal danno liquidato ed è a carico dell'Assicurato;
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di danni materiali e corporali.

Articolo 26 - Medical Device

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

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

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

Rimangono sempre esclusi dalla presente garanzia:

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

Articolo 27 - Perdite Patrimoniali

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

Dietro il pagamento del Premio base, maggiorato del 100%, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la Società, per i Professionisti che rivestono la qualifica sopra indicata, presta l'assicurazione fino a concorrenza del sottolimito di Euro 100.000,00 (centomila) per Sinistro e Periodo di Assicurazione, nella forma "**Claims made**", obbligandosi a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi derivanti da atti, fatti, omissioni, ritardi commessi nell'esercizio delle proprie funzioni.

L'Assicurazione comprende inoltre:

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

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

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

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 "Codice Privacy" e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 "GDPR")

AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, è tenuta a fornire le seguenti informazioni sull'attività di raccolta e di utilizzo dei dati personali ai soggetti cui si riferiscono i dati raccolti.

1. Titolare e Responsabili del trattamento dei dati

Il Titolare del Trattamento è AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Clerici, 14 - 20121 Milano - Partita IVA 09477630967.

E' stato individuato il Referente del DPO "Data Protection Officer" per la Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il Titolare può nominare altri soggetti Responsabili del trattamento, interni o esterni, nonché Incaricati autorizzati a compiere operazioni di trattamento. Un elenco completo e aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile contattando il Titolare all'indirizzo di posta elettronica info-privacy@amtrustgroup.com.

2. Finalità del trattamento dei dati

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Al fine di svolgere adeguatamente le attività necessarie alla gestione del rapporto assicurativo, la Compagnia (di seguito anche "AmTrust") acquisisce i dati personali a lei riferiti, alcuni dei quali potranno esserci forniti da lei o da terzi per obbligo di legge e/o potrebbero essere già stati acquisiti o forniti da lei o da altri soggetti.

In particolare, i suoi dati verranno utilizzati per fornire servizi e prodotti assicurativi della Compagnia nell'ambito delle seguenti attività:

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti;
- raccolta dei premi;
- liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali;
- adempimento di disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate e dagli Organi di Vigilanza e Controllo;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- attività statistiche, anche a fini di tariffazione;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del Premio;
- attività antifrode con screening web;
- utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato in ambito assicurativo.

3. Raccolta dei dati personali

I dati personali potranno essere ottenuti presso l'interessato, ovvero essere raccolti presso l'interessato da intermediari specializzati che provvederanno a comunicarli ad AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, Titolare autonomo dei dati per il perfezionamento e la gestione della polizza assicurativa.

4. Modalità del trattamento e tempo di conservazione dei dati

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 Privacy e, con riguardo al trattamento della categoria particolare di dati, con presidi e modalità separate e specifiche al fine di evitare ogni possibile rischio di trattamento non autorizzato.

5. Natura del conferimento dei dati

Nell'ambito dei servizi prestati da AmTrust International Underwriters Designated Activity Company - Rappresentanza Generale per l'Italia, è da considerarsi come vincolante il trattamento dati personali per la finalità di cui al paragrafo 2, in quanto il trattamento dei dati è conseguenza della stipula di un contratto tra le parti.

6. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali

I dati raccolti,

- a) per le finalità di cui al paragrafo 2, potranno essere comunicati alle Società del Gruppo AmTrust.
- b) per le finalità di cui al paragrafo 2, potranno essere comunicati ai soggetti facenti parte della cosiddetta catena assicurativa quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: Assicuratori, Coassicuratori, Riassicuratori, agenti e brokers, Organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, assicurati e terzi danneggiati, legali, consulenti, traduttori, medici fiduciari, periti; 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.

7. Diffusione dei dati

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

8. Trasferimenti dei dati all'estero

Per le finalità di cui al paragrafo 2, i dati personali potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali verso Paesi extra UE avverrà nel rispetto dei livelli di protezione e tutela dei diritti dell'interessato previsti dal GDPR e dalla normativa vigente. A tal fine garantiti dall'applicazione di "Clausole Contrattuali Standard" approvate dalla Commissione Europea e riportate all'interno di specifici contratti nel rispetto di quanto previsto dall'art. 46 del GDPR.

9. Conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità descritte al paragrafo 2. che precede. Alla cessazione del rapporto assicurativo i dati saranno conservati per garantire l'esercizio dei diritti connessi al rapporto assicurativo fino al decorrere della prescrizione dei diritti stessi secondo quanto prevede la normativa vigente.

10. Diritti dell'interessato

Come previsto dall'art. 13 del GDPR, Lei in ogni momento potrà:

- a) chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- b) opporsi al trattamento dei Suoi dati personali;
- c) esercitare il diritto alla portabilità dei dati;
- d) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- e) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Inoltre, in ogni momento potrà esercitare nei confronti del Titolare i diritti previsti dalla normativa, tra cui: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano; ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del Titolare, dei responsabili, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati; ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati, etc.

I diritti sopra descritti possono essere esercitati con richiesta rivolta senza formalità al Titolare del trattamento e al Referente del DPO a mezzo e-mail: info-privacy@amtrustgroup.com.

Convenzione

I. Oggetto del Contratto

Con il presente contratto il Contraente stipula una Convenzione con l'assicuratore AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia, di seguito Società, avente per oggetto la garanzia di Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti, disciplinata dalle condizioni tutte che precedono.

La presente Convenzione è stipulata per conto di liberi professionisti o di personale non medico dipendente, convenzionato e/o in formazione specialistica, di Aziende Sanitarie Locali e/o Strutture Sanitarie/Sociosanitarie Pubbliche o Private, che aderiranno alla relativa copertura ed assumeranno la qualifica di Assicurato previa sottoscrizione del Modulo di Adesione e successiva emissione del Certificato di Assicurazione.

Nel caso di adesione il rapporto tra gli Assicurati e la Società sarà regolato dalla presente Convenzione.

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 Convenzione, risponderà unicamente la Società la quale potrà opporre agli Assicurati tutte le eccezioni che potrebbe opporre al Contraente in forza della Convenzione.

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 Adesione, con le modalità di cui all'Articolo 19 delle Condizioni di Assicurazione.

Nella stessa sede, il Contraente si obbliga a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 "GDPR".

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.

Le Parti si impegnano comunque vicendevolmente a conformare i loro obblighi di condotta a quanto risulterà eventualmente stabilito dalla normativa nazionale di recepimento della Direttiva Europea in tema di intermediazione assicurativa, n. 97 del 2016.

III. Modulo di Adesione

Ciascun Assicurato dovrà compilare, datare e sottoscrivere il Modulo di Adesione, che formerà parte integrante della Polizza, trasmetterlo al Contraente e provvedere al versamento dell'importo dovuto.

In sede di sottoscrizione del Modulo di Adesione, il Contraente si obbliga a raccogliere apposita sottoscrizione dell'Aderente di avvenuta consegna dell'Informativa Privacy e relativa presa visione del trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Regolamento UE 2016/679 "GDPR". 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, salvo il caso in cui il Contraente stesso riesca a dar prova di aver adempiuto a detti obblighi.

IV. Premio e modalità di pagamento

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

Il Contraente si impegna a trasmettere alla Società entro il 15° (quindicesimo) giorno di ciascun mese:

- 1) l'elenco delle nuove adesioni corredato da copia dei Moduli di Adesione 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, il massimale, il regime contrattuale, la decorrenza della garanzia, la data del versamento del Premio da parte dell'Assicurato, eventuali estensioni di garanzia e/o qualifiche direttive attivate.

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.

L'onere del Premio è a carico dell'Assicurato, che provvederà a versarlo al Contraente nei termini e nei modi indicati nel Modulo di Adesione.

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 Assicurato un **Certificato di Assicurazione**, a prova della copertura assicurativa, attestante l'avvenuta applicazione alla Polizza, riportante i dati dallo 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 Regime Contrattuale;
 - Il Premio alla decorrenza della garanzia e delle eventuali successive annualità;
 - Eventuali estensioni di garanzia attivate;
 - Eventuali qualifiche direttive.
- 2) Per ciascun Assicurato che ha prorogato la copertura assicurativa un documento attestante l'avvenuta proroga della stessa.

VI. Durata del Contratto

La Convenzione ha durata 3 anni con effetto e scadenza indicate nella Scheda di Polizza.

Sia la Società, sia il Contraente hanno facoltà di recedere dalla Convenzione annualmente previa comunicazione di Recesso da inviarsi entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione, secondo le modalità previste all'Art. 13 della Polizza.

I singoli Certificati di Assicurazione non sono soggetti a tacito rinnovo e cessano alla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione senza obbligo di disdetta.