

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale del Professionista Sanitario non Medico

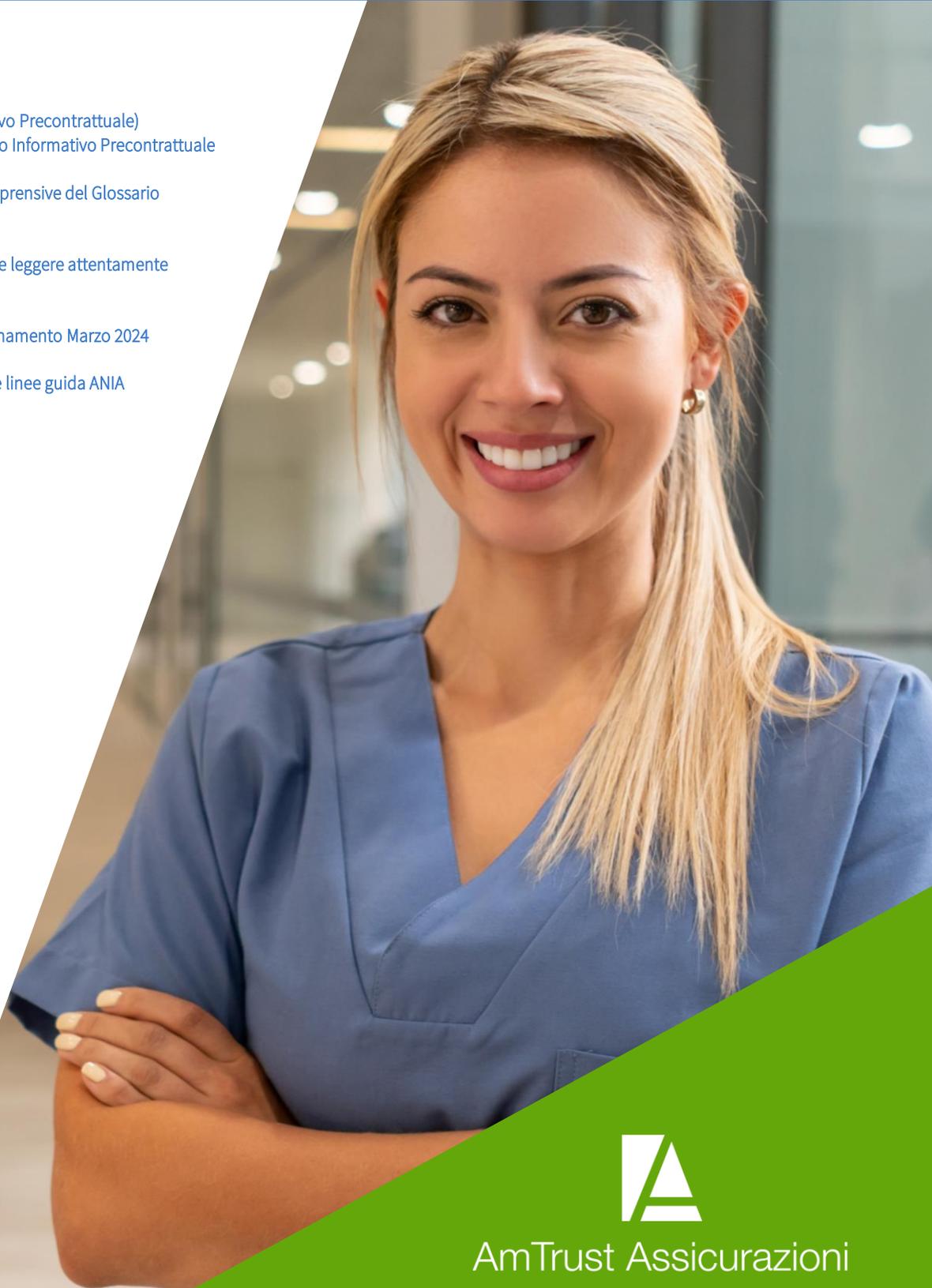
Il Set Informativo contiene:

- Dip Danni (Documento Informativo Precontrattuale)
- Dip Aggiuntivo Danni (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo)
- Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Edizione Luglio 2020 – Ultimo Aggiornamento Marzo 2024

Il prodotto è stato redatto secondo le linee guida ANIA "Contratti Semplici e Chiari".



AmTrust Assicurazioni

Assicurazione per la RC dei Professionisti Sanitari non Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "AmTrust Professioni Sanitarie"



AmTrust Assicurazioni S.p.A. appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI). La sede legale è in Via Clerici, 14 – 20121 Milano (MI).

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura i Professionisti Sanitari non Medici, iscritti al relativo Albo professionale, per i danni causati a terzi nello svolgimento della propria Attività Professionale.

L'Assicurazione è prestata nella forma **Claims made**, ossia opera per Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza della Polizza, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività riportata nella Scheda di Polizza.

I profili di rischio assicurabili sono:

- Dipendente Pubblico e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Pubblica
- Dipendente Privato e/o Convenzionato di Struttura Sanitaria Privata
- Libero Professionista



Che cosa è assicurato?

- ✓ Il patrimonio dell'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per i danni conseguenti a lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale.

Garanzie aggiuntive opzionali (operanti solo se attivate dal Contraente e pagato il relativo premio aggiuntivo):

- Medical device
- Perdite Patrimoniali

Le coperture assicurative operano entro i **Massimali per Sinistro previsti per ciascuna Garanzia** e comunque nel limite del **Massimale per Periodo di Assicurazione**.



Che cosa non è assicurato?

Non sono considerati terzi ai fini della copertura: il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato, o altri parenti/affini con lui conviventi anche se non presenti nello stato di famiglia.

Relativamente alla Garanzia aggiuntiva opzionale Perdite Patrimoniali, non sono considerati Terzi la Struttura Sanitaria, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di Responsabilità Amministrativa, e/o di Surrogazione.

La Polizza non assicura le Richieste di Risarcimento:

- ✗ Notificate all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e denunciate alla Società oltre 30 giorni dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione
- ✗ Relative a eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della Data di Retroattività indicata in Polizza

- ✗ Connesse e/o conseguenti a sentenze penali di condanna o di patteggiamento o ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Assicurato prima della sottoscrizione di Polizza

Sono escluse le Richieste di Risarcimento per:

- ✗ Mancata rispondenza del risultato degli interventi di medicina e chirurgia estetica
- ✗ Danni causati da esplosioni o emanazioni di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, non conseguenti agli aspetti tipici dell'Attività professionale assicurata
- ✗ Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione
- ✗ Violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione
- ✗ Derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk)
- ✗ derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;

Il presente elenco è a titolo esemplificativo e non esaustivo; per l'elenco completo si rimanda al DIP Aggiuntivo ed alle Condizioni di Assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

- ! In caso di responsabilità solidale con altri responsabili, la Società risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.
- ! Le Categorie di rischio assicurate sono unicamente quelle riportate nella Scheda di Polizza



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale per le Richieste di Risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.
- ✓ L'Assicurato deve avere residenza in Italia, e le Richieste di Risarcimento devono essere fatte valere in Italia.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto all'indennizzo, nonché la cessazione della Polizza.
- Devi dare immediato avviso alla Compagnia dei cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato.
- Devi comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del tuo diritto all'indennizzo.
- In caso di Sinistro devi denunciarlo alla Società entro 30 giorni da quando ne hai avuto conoscenza, secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione, e agli altri assicuratori se hai assicurato lo stesso rischio anche con altri; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Senza il previo consenso scritto della Società, non devi ammettere responsabilità o definire la liquidazione o transare o sostenere spese; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Devi comunicare tempestivamente alla Società la cessazione dell'Attività professionale e provvedere alla regolazione del relativo premio per l'Ultrattività.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).



Quando e come devo pagare?

Devi pagare il premio prima della data di decorrenza della polizza e puoi scegliere di pagare l'intero premio annuo, oppure optare per il frazionamento semestrale con una maggiorazione. Il premio è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Se scegli il frazionamento semestrale, dovrai pagare anche la seconda semestralità alla scadenza stabilita. Dato che la polizza prevede il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annua dovrai pagare il premio di rinnovo (secondo le modalità di frazionamento che hai scelto all'origine).

Il premio di regolazione dell'Ultrattività per la cessazione definitiva dell'Attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione.

Puoi pagare il premio con denaro contante, assegno (bancario, postale o circolare), bonifico bancario o sistemi di pagamento elettronico.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, se pagato il premio, oppure dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio se successivo, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nella Scheda di Polizza. La Polizza prevede il tacito rinnovo. In caso di mancato pagamento del Premio di rinnovo o di una rata dello stesso l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza.



Come posso disdire la polizza?

La copertura si rinnova automaticamente alla scadenza annuale, salvo che non venga inviata una disdetta da parte del Contraente almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, secondo le modalità previste dalle Condizioni di Assicurazione.

Assicurazione per la RC dei Professionisti Sanitari non medici

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

AmTrust Assicurazioni S.p.A.



Prodotto "AmTrust Professioni Sanitarie" Ed. 07/2020 – Ultimo Aggiornamento 03/2024

30/06/2020 (data di realizzazione), il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

AmTrust Assicurazioni S.p.A. appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI). La sede legale è in Via Clerici, 14 – 20121 Milano (MI) – Italia; recapito telefonico: +39 0283438150; sito internet: www.amtrust.it; indirizzo di posta elettronica: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com; indirizzo PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio con Provvedimento ISVAP n. 2595 ed è iscritta dal 14.03.2008 al n° 1.00165 dell'Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in Italia.

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 247.455 migliaia di Euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 5.500 migliaia di Euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 276.419 migliaia di Euro. Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link <https://www.amtrust.it/sfcr.pdf>

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 155.996 migliaia di Euro; l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 38.999 migliaia di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura (OF) è pari a 263.222 migliaia di Euro.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 169,00%; 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 31/12/2022.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato ?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alla copertura assicurativa offerta.

L'Assicurazione è prestata nella forma **Claims made**, ossia opera per Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza della Polizza, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività riportata nella Scheda di Polizza.

GARANZIA - Responsabilità Civile professionale

La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale riportata nella Scheda di polizza, unicamente nei casi descritti di seguito.

Responsabilità del Libero professionista

Per le attività riportate nella Scheda di polizza, svolte con la qualifica di Libero professionista la Garanzia opera unicamente nei casi di:

- a. Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'Attività professionale dichiarata ed indicata nella Scheda di Polizza;

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

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

- la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta l'intenzione di ritenere responsabile l'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste da 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;
- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o l'impresa di assicurazioni della stessa, si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato.

Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato (assicurazione di colpa grave)

Per le attività riportate nella Scheda di polizza, svolte dall'Assicurato con la qualifica di Dipendente Pubblico o Convenzionato presso la o per conto dell'Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria Pubblica, la presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale e **che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Pubblica e/o da parte della sua impresa di assicurazione**, unicamente nei casi di:

- a. Azione di responsabilità amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- b. Azione di rivalsa o di surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Assicurato **sia stato dichiarato responsabile per colpa grave** con provvedimento giudiziario passato in giudicato o definizione con giudizio abbreviato presso la Corte dei conti su autorizzazione della Società o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

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

- la segnalazione, inviata all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria Pubblica, di aver inoltrato informazione alla Corte dei conti in ordine ad eventuali Danni;
- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei conti;
- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica, o l'impresa di assicurazione della stessa, manifesta all'Assicurato l'intenzione di volersi rivalere ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento;
- l'azione giudiziale a titolo di colpa grave in via di rivalsa o di surrogazione promossa dall'impresa di assicurazione della Struttura pubblica per Danni che abbiano già formato oggetto di risarcimento.

Responsabilità del Dipendente privato o Convenzionato (assicurazione di colpa grave)

Per le attività riportate nella Scheda di polizza, svolte dall'Assicurato con la qualifica di Dipendente Privato o Convenzionato presso la o per conto dell'Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria Privata, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale e **che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Privata e/o da parte della sua impresa di assicurazione**, unicamente nei casi di:

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

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

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

- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Privata o l'impresa di assicurazione della stessa, manifesta all'Assicurato l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento.
- l'azione giudiziale a titolo di colpa grave in via di rivalsa o di surrogazione promossa dalla Struttura privata e/o dalla sua impresa di assicurazione per Danni che abbiano già formato oggetto di risarcimento.

Estensione di Garanzia incluse nel premio sempre operanti

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

Estensione di Garanzia relativa alla Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato

In caso di Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di danni erariali nei casi previsti della legge o di surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica, l'Assicurazione si intende estesa ai Danni derivanti dall'esercizio dell'Attività professionale Intramoenia, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalle norme di legge e dai regolamenti vigenti al momento del fatto colposo.

L'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Coordinatore	A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente estensione di Garanzia tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi relativamente alle responsabilità derivanti dalla Qualifica Direttiva di Coordinatore.
Direttore di Struttura Semplice/Complessa – Direttore delle professioni sanitarie	A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente estensione di Garanzia tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi relativamente alle responsabilità derivanti dalla Qualifica Direttiva di Direttore di Struttura Semplice/Complessa – Direttore delle professioni sanitarie.
Medical device	A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto 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.
Perdite Patrimoniali	A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi commessi nell'esercizio delle proprie funzioni. L'Assicurazione comprende inoltre: <ul style="list-style-type: none"> • 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.
Ultrattività	Qualora l'Assicurato cessi definitivamente la propria attività per libera volontà, pensionamento, invalidità o morte e non per altra ragione imposta (es.: cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari) è tenuto a corrispondere il Premio aggiuntivo dovuto per una copertura di ulteriori 10 anni, alle medesime condizioni in vigore alla data di cessazione dell'attività, relativa a fatti verificatisi durante il Periodo di Assicurazione e comunque non precedenti alla data di Retroattività. In caso di morte dell'Assicurato, la copertura è estesa ai suoi eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta. La stessa estensione può essere richiesta anche in caso di prosecuzione dell'attività professionale dell'Assicurato.



Che cosa NON è assicurato?

	Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che sono Escluse le Richieste di risarcimento: <ul style="list-style-type: none"> • che pervengano all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività (in seguito all'attivazione dell'estensione di Ultrattività); • 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); • per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
--	---

Rischi esclusi	<ul style="list-style-type: none"> • <i>ricongiungibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;</i> • <i>per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza, ad eccezione di quanto stabilito agli Artt. 1.3 lettera a, e 2.2 delle Condizioni di Assicurazione, rimanendo comunque esclusi dalla Garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali;</i> • <i>alle Cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo ad eccezione di quanto stabilito nella Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Medical device";</i> • <i>in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;</i> • <i>la Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati;</i> • <i>relativi a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale;</i> • <i>in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza;</i> • <i>per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;</i> • <i>per fatti dolosi commessi dall'Assicurato;</i> • <i>avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali;</i> • <i>per Danni per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;</i> • <i>per Danni conseguenti ad attività non indicate in Scheda di Polizza;</i> • <i>derivanti dall'attività ostetrica di assistenza al parto a domicilio, qualora tale attività non sia supervisionata da un medico;</i> • <i>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;</i>
-----------------------	--


Ci sono limiti di copertura?

*Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa quanto segue:
Non sono considerate Richiesta di Risarcimento, e dunque non costituiscono Sinistro:*

- *la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura Sanitaria Pubblica e Privata dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della Struttura Sanitaria stessa;*
- *la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura Sanitaria Pubblica e Privata dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.*
- *In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.*

Qualora nella Scheda di Polizza sia indicato un importo di Franchigia, l'Assicurazione si intenderà prestata con la detrazione, per ogni Sinistro, di detto importo che rimarrà a carico dell'Assicurato.


Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: <i>Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa quanto segue: la denuncia di sinistro per le Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione (da farsi entro 30 giorni da quando si è avuta conoscenza del sinistro stesso e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla cessazione della Polizza) deve contenere:</i></p>
---------------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - la data e la descrizione del fatto; - l'indicazione delle cause e delle conseguenze; - il nome e la residenza dei danneggiati; - ogni altra notizia utile per la Società. <p>Deve essere trasmessa, a: AmTrust Assicurazioni S.p.A. – 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. Alla denuncia deve far seguito con urgenza l'invio dei documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.</p> <p>Senza il previo consenso scritto della Società, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la Società si riserva il diritto di negare l'indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.</p>
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Eventuali dichiarazioni false o reticenze sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto possono comportare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'annullamento del Contratto se derivanti da dolo o colpa grave o la facoltà di recesso da parte dell'Assicuratore se non sussiste dolo o colpa grave; • la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	L'Impresa si impegna a pagare all'Assicurato gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 45 giorni dalla data di definizione del sinistro o del mancato accordo dell'importo dello stesso.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I premi assicurativi sono pagati con le seguenti modalità: denaro contante (entro i limiti previsti dalla normativa vigente in relazione ai contratti di assicurazione contro i danni), assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione oppure sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione. - Il premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 22,25% del premio imponibile annuo. - Il premio è annuale ma è prevista la possibilità di frazionamento semestrale. - Non sono previste tecniche di vendita multilevel marketing.
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> - Il Contraente ha diritto alla restituzione integrale del Premio versato nell'ipotesi di esercizio del Diritto di Ripensamento previsto nei casi di Vendita a Distanza della copertura. - Il Contraente ha diritto al rimborso della parte di Premio imponibile relativa al Periodo di Assicurazione pagato e non goduto in caso di recesso per Sinistro.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di richiedere la sospensione totale o parziale del contratto.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che, qualora il contratto sia stato promosso o collocato a distanza (c.d. vendita a distanza), il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di Recesso per ripensamento. Tale termine decorre dalla data di conclusione del contratto di Assicurazione.</p> <p>La volontà di recedere dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano), inviata all'Intermediario incaricato o alla Società.</p>

Risoluzione	Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che il Contraente può recedere dal contratto anche in corso d'anno, dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 30 giorni rispetto alla data di effetto del recesso.
--------------------	--



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai Professionisti Sanitari non medici, iscritti al relativo Albo professionale, per lo svolgimento della propria attività professionale.



Quali costi devo sostenere?

Il premio pagato dal Contraente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 24,00% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>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 Assicurazioni S.p.A. - Via Clerici 14, 20121 Milano - Fax +39 0283438174 - Email: reclami@amtrustgroup.com – Pec: reclami.amtrust.assicurazioni@pec.it.</p> <p>Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo a cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso.</p> <p>La Compagnia, ricevuto il reclamo, fornirà riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento dello stesso.</p> <p>Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori e degli Intermediari a titolo accessorio, 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'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo.</p> <p>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.</p> <p>In caso di rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'articolo 22, comma 10, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221, i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un Broker, sono gestiti dall'intermediario proponente mentre i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un'Agenzia, sono gestiti dall'impresa proponente.</p>
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi.</p>
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- L'Arbitrato è facoltativo e applicabile in caso di disaccordo in merito alla gestione del sinistro tra l'Assicurato e la Società; le parti possono demandare ad un arbitro che decida secondo equità, designato di comune accordo, o in mancanza di accordo, designato dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

	<p>- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).</p>
--	---

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

AMTRUST ASSICURAZIONI S.P.A. METTE A DISPOSIZIONE DEI PROPRI CLIENTI UN'AREA RISERVATA DEL PROPRIO SITO WEB DESTINATA ALLA SOLA CONSULTAZIONE DI INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO.

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario.....	3
Che cosa è assicurato?.....	6
Informazioni sull'Assicurazione.....	6
Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie.....	6
1.1 Disposizioni Comuni.....	6
a. Oggetto.....	6
b. Validità temporale dell'Assicurazione.....	6
b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione.....	6
b.2 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività.....	6
c. Surrogazione.....	6
1.2 GARANZIA - Responsabilità Civile professionale.....	6
1.3 Estensione di Garanzia.....	8
a. Estensione di Garanzia incluse nel premio.....	8
b. Estensione di Garanzia relativa al punto 1.2.2. Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato.....	8
c. Estensioni di Garanzia con sovrappremio.....	8
Articolo 2 Garanzia aggiuntiva opzionale.....	8
2.1 Medical device.....	8
2.3 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività.....	9
Che cosa NON è assicurato?.....	9
Articolo 3 Esclusioni.....	9
3.1 Esclusioni sempre applicabili.....	9
3.1.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione.....	9
3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione.....	9
3.1.3 Esclusioni dal novero dei terzi.....	10
3.2 Esclusioni applicabili agli Articoli 1.2.2 e 1.2.3.....	10
3.3 Esclusioni Applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale Medical device.....	10
Ci sono limiti di copertura?.....	11
Articolo 4 Limiti di copertura.....	11
4.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento previste dagli Articoli 1.2.2. e 1.2.3.....	11
4.2 Franchigia.....	11
4.3 Responsabilità solidale.....	11
4.4 Sanzioni Internazionali.....	11
Dove vale la copertura?.....	11
Articolo 5 Estensione territoriale.....	11
Cosa fare in caso di sinistro e come viene gestito il sinistro?.....	11
Articolo 6 Sinistri.....	11
6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro.....	11
6.2 Gestione delle vertenze e spese legali.....	12

6.3 Liquidazione del Sinistro	12
6.4 Coesistenza di altre assicurazioni	12
Quando e come devo pagare?	12
Articolo 7 Pagamento e rimborso del Premio.....	12
7.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa	12
7.2 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo.....	12
7.3 Rimborso del Premio.....	13
Quando comincia la copertura e quando finisce?	13
Articolo 8 Effetto e durata della Polizza	13
Recesso e risoluzione	13
Articolo 9 Casi di interruzione del Contratto.....	13
9.1 Recesso per Sinistro	13
9.2 Risoluzione per mancato pagamento del Premio.....	13
9.3 Diritto di Ripensamento	13
Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie	14
Articolo 10 Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro	14
Altre Disposizioni Contrattuali	14
Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	14
Articolo 12 Variazioni contrattuali - Aggravamento e diminuzione del rischio.....	14
Articolo 13 Altre Assicurazioni	14
Articolo 14 Assicurazione per conto altrui	14
Articolo 15 Oneri fiscali	14
Articolo 16 Variazioni contrattuali a scadenza	14
Articolo 17 Foro competente per l'esecuzione del Contratto.....	14
Articolo 18 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione	15
Articolo 19 Forma delle comunicazioni in caso di vendita a distanza.....	15
Articolo 20 Rinvio alle norme di legge.....	15

Glossario

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

Albo professionale	L'apposito albo, ordine, registro, elenco speciale a cui è necessario essere iscritti per esercitare una Professione Sanitaria non medica regolamentata dalla legge.
Assicurato	La persona fisica indicata nella Scheda di Polizza, che svolge l'Attività Professionale indicata nella stessa e per l'esercizio della quale è regolarmente iscritto al relativo Albo professionale, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Attività Professionale	L'attività sanitaria/socio-sanitaria, non medica, connessa alla qualifica indicata in Scheda di Polizza e svolta dall'Assicurato presso la o per conto dell'Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria, oppure in regime libero professionale.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Claims Made	Formola di operatività dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se riferite a fatti od atti pregressi, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività indicata della Scheda di Polizza.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto e si obbliga al pagamento del Premio anche se diverso dall'Assicurato.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Danni	La/le conseguenza/e pregiudizievole/i del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'assicurazione. I Danni possono essere patrimoniali o non patrimoniali.
Danni non patrimoniali	Tutti i danni conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.
Danni Patrimoniali	Il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose nonché conseguenti ai Danni da lesioni personali e morte che riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.
Data di retroattività	Le ore 24.00 della data indicata nella Scheda di Polizza.
Franchigia	L'importo prestabilito che per ciascun Sinistro viene dedotto dal Danno liquidato, restando a carico esclusivo del Contraente.
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	L'intermediario di assicurazioni iscritto alla sezione A o B del RUI cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Massimale per Periodo di Assicurazione	La somma massima assicurata indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Massimale per Sinistro	La somma massima assicurata indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ciascun singolo Sinistro.

Medical device	Qualunque 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.
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 decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza e nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
Periodo di Ultrattività	Il periodo di tempo, pari a 10 anni, successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in cui si verifica la cessazione per qualsiasi causa dell'Attività, oppure della copertura assicurativa della Polizza.
Polizza	Il documento contrattuale, con i suoi annessi, che disciplina i rapporti tra Società, Contraente e Assicurato.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società per la copertura assicurativa prestata dalla Società.
Scheda di Polizza	È il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, che prova il contratto di assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, l'Attività professionale svolta dall'Assicurato oggetto di copertura, la Qualifica, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, le eventuali Qualifiche direttive, Garanzie Aggiuntive e Franchigia, il Massimale per Sinistro, il Massimale per Periodo di Assicurazione, la Data di Retroattività e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.
Sentenza passata in giudicato	È il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché decorsi i termini o perché già esperite tutte le impugnazioni possibili.
Serie di Sinistri	La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, che rappresentano nella formula Claims Made altrettanti Sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso). La data e il Periodo di Assicurazione del primo Sinistro sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.
Sinistro	Una o più Richieste di Risarcimento (come definito in ciascuna Garanzia o Garanzia aggiuntiva opzionale) conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività.
Società	L'Impresa AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.
Sottolimito per Sinistro	La somma massima assicurata inclusa nel Massimale indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso, che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per 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.
Struttura Sanitaria	Le strutture, cliniche o istituti sanitari o le aziende sanitarie pubbliche o private

che erogano prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale o prestazioni sociosanitarie.

Variazione del rischio

Qualunque variazione del rischio (es: variazione dell'Attività svolta, della Qualifica o della Qualifica direttiva) avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione.

Vendita a distanza

Qualunque modalità di vendita che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore e del contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione, prestata nella forma **Claims Made**, è rivolta al Professionista Sanitario non medico, iscritto al relativo Albo professionale, per la propria attività professionale svolta come Libero professionista o Dipendente di Struttura Sanitaria o Convenzionato.

L'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato dei danni causati a terzi nello svolgimento delle attività professionali riportate nella Scheda di Polizza e per le quali ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di Risarcimento.

Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie

1.1 Disposizioni Comuni

a. Oggetto

La Società tiene indenne l'Assicurato, **fino alla concorrenza del Massimale indicato nella Scheda di Polizza e dei Sottolimiti**, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali anche a cose, causati a terzi nello svolgimento delle attività professionali riportate nella Scheda di Polizza.

Le spese legali sostenute per resistere alla Richiesta di Risarcimento da parte del danneggiato contro l'Assicurato sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale per Sinistro o dei Sottolimiti. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale o ai Sottolimiti, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse con le modalità riportate al successivo Art. 6.2.

b. Validità temporale dell'Assicurazione

b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata nella forma **Claims made**, ossia opera per Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui o dal Contraente tempestivamente denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza del Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione, o anche prima purché entro la Data di Retroattività riportata nella Scheda di Polizza.

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

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. b.1, se durante il Periodo di Assicurazione l'attività Professionale dell'Assicurato viene a cessare definitivamente, per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari), le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data di Retroattività, restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione nonché per ulteriori 10 (dieci) anni.

L'Assicurato (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Società della sopravvenuta cessazione dell'attività Professionale ed è tenuto a corrispondere il Premio aggiuntivo dovuto a fronte di tale evenienza come specificato all'Art. 7.2.

La massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato, è pari al Massimale assicurato al momento della cessazione.

L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

c. Surrogazione

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

1.2 GARANZIA - Responsabilità Civile professionale

La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale riportata nella Scheda di polizza, unicamente nei casi descritti di seguito.

1.2.1 Responsabilità del Libero professionista

Per le attività riportate nella Scheda di polizza, svolte con la qualifica di Libero professionista la Garanzia opera unicamente nei casi di:

- a. Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'Attività professionale dichiarata ed indicata nella Scheda di Polizza;
- b. Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria nonché di Surrogazione dell'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;

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

- la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta l'intenzione di ritenere responsabile l'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste da 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;
- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o l'impresa di assicurazioni della stessa, si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato.

1.2.2 Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato (assicurazione di colpa grave)

Per le attività riportate nella Scheda di polizza svolte dall'Assicurato con la qualifica di Dipendente Pubblico o Convenzionato presso la o per conto dell'Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria Pubblica, la presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale e **che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Pubblica e/o da parte della sua impresa di assicurazione**, unicamente nei casi di:

- a. Azione di responsabilità amministrativa in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- b. Azione di rivalsa o di surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La Garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Assicurato **sia stato dichiarato responsabile per colpa grave** con provvedimento giudiziario passato in giudicato o definizione con giudizio abbreviato presso la Corte dei conti su autorizzazione della Società o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

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

- la segnalazione, inviata all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria Pubblica, di aver inoltrato informazione alla Corte dei conti in ordine ad eventuali Danni;
- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei conti;
- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica, o l'impresa di assicurazione della stessa, manifesta all'Assicurato l'intenzione di volersi rivalere ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento;
- l'azione giudiziale a titolo di colpa grave in via di rivalsa o di surrogazione promossa dall'impresa di assicurazione della Struttura pubblica per Danni che abbiano già formato oggetto di risarcimento.

1.2.3 Responsabilità del Dipendente privato o Convenzionato (assicurazione di colpa grave)

Per le attività riportate nella Scheda di polizza, svolte dall'Assicurato con la qualifica di Dipendente Privato o Convenzionato presso la o per conto dell'Azienda Sanitaria e Socio-Sanitaria Privata, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale e **che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura Sanitaria Privata e/o da parte della sua impresa di assicurazione**, unicamente nei casi di:

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

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

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

- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Privata o l'impresa di assicurazione della stessa, manifesta all'Assicurato l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione che abbiano già formato oggetto di risarcimento;
- l'azione giudiziale a titolo di colpa grave in via di rivalsa o di surrogazione promossa dalla Struttura privata e/o dalla sua impresa di assicurazione per Danni che abbiano già formato oggetto di risarcimento.

1.3 Estensione di Garanzia

a. Estensione di Garanzia incluse nel premio

(sempre valide ed operanti)

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

b. Estensione di Garanzia relativa al punto 1.2.2. Responsabilità del Dipendente pubblico o Convenzionato

In caso di Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di danni erariali nei casi previsti della legge o di surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica, l'Assicurazione si intende estesa ai Danni derivanti dall'esercizio dell'Attività professionale *Intraoemia*, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalle norme di legge e dai regolamenti vigenti al momento del fatto colposo.

c. Estensioni di Garanzia con sovrappremio

(valide ed operanti solo se indicate nella Scheda di Polizza e pagato il relativo sovrappremio)

c.1 Coordinatore

A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente estensione di Garanzia tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi relativamente alle responsabilità derivanti dalla Qualifica Direttiva di Coordinatore.

c.2 Direttore di Struttura Semplice/Complessa – Direttore delle professioni sanitarie

A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente estensione di Garanzia tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi relativamente alle responsabilità derivanti dalla Qualifica Direttiva di Direttore di Struttura Semplice/Complessa – Direttore delle professioni sanitarie.

Articolo 2 Garanzia aggiuntiva opzionale

(valide ed operanti solo se indicate nella Scheda di Polizza e pagato il relativo sovrappremio)

2.1 Medical device

(la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale può essere acquistata solo dagli Assicurati che svolgono almeno una tra le seguenti attività, se riportata nella Scheda di Polizza: Tecnico audioprotesista, Tecnico ortopedico, Podologo, Ottico, Odontotecnico)

A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto 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 Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 10.000,00 (diecimila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

2.2 Perdite Patrimoniali

(la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale può essere acquistata solo dagli Assicurati che svolgono e hanno acquistato l'estensione di Garanzia "Qualifica direttiva")

A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi per 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.

La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 100.000,00 (centomila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

2.3 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività

(attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione)

È facoltà dell'Assicurato richiedere l'attivazione dell'estensione di Ultrattività anche in caso di prosecuzione dell'attività Professionale in caso di cessazione o sostituzione della presente Polizza ancorché l'Assicurato continui ad esercitare la professione sanitaria. In caso di accoglimento della richiesta da parte della Società, l'Assicurato dovrà versare il Premio aggiuntivo come specificato all'Art. 7.2. Le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data di Retroattività e fino alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso restano coperte alle condizioni in vigore per ulteriori 10 (dieci) anni.

La massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato, è pari al Massimale ed ai Sottolimiti assicurati al momento della cessazione.

L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Che cosa NON è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

3.1 Esclusioni sempre applicabili

3.1.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione

Premesso che l'Assicurazione è prestata nella forma *Claims made*, la stessa non è efficace in relazione a:

- Richieste di Risarcimento che pervengano all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività (in seguito all'attivazione dell'estensione di Ultrattività);
- Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato nel corso del Periodo di Assicurazione, e da lui denunciate alla Società oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- Richieste di Risarcimento relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della Data di retroattività indicata nella Scheda di Polizza;
- Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a sentenze penali di condanna o di patteggiamento o ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Assicurato antecedentemente la data di prima stipulazione della presente Assicurazione.

3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. 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;
2. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;

3. derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
4. alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo ad eccezione di quanto stabilito all'Art. 2.1;
5. relativi 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);
6. per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
7. per Danni che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale dichiarata dall'Assicurato;
8. per Danni derivanti da somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
9. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
10. la Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati;
11. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
12. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti 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. per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza, ad eccezione di quanto stabilito agli Artt.1.3 lettera a, e 2.2, rimanendo comunque esclusi dalla Garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali;
14. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
15. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale;
16. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'attività professionale indicata in Polizza;
17. per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
18. per fatti dolosi commessi dall'Assicurato;
19. avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali;
20. per Danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
21. per Danni conseguenti ad attività non indicate in Scheda di Polizza;
22. derivanti dall'attività ostetrica di assistenza al parto a domicilio, qualora tale attività non sia supervisionata da un medico.

3.1.3 Esclusioni dal novero dei terzi

Ai fini della copertura 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. L'Assicurazione è pertanto inefficace a fronte di Richieste di Risarcimento conseguenti a danni sofferti da soggetti non considerati terzi. Relativamente alla Garanzia aggiuntiva opzionale di cui all'Art. 2.2 non sono considerati Terzi: la Struttura Sanitaria, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di Responsabilità Amministrativa, e/o di Surrogazione come previsto agli Artt. 1.2.2 e 1.2.3.

3.2 Esclusioni applicabili agli Articoli 1.2.2 e 1.2.3

L'Assicurazione non opera:

- a) in relazione ai danni per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi.
- b) in relazione a qualsiasi Attività che l'Assicurato abbia esercitato o dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico della Struttura Sanitaria di cui è dipendente.

3.3 Esclusioni Applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Opzionale Medical device

Rimangono sempre esclusi dalla Garanzia Aggiuntiva Opzionale:

- 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.

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento previste dagli Articoli 1.2.2. e 1.2.3

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

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

4.2 Franchigia

Qualora nella Scheda di Polizza sia indicato un importo di Franchigia, l'Assicurazione si intenderà prestata con la detrazione, per ogni Sinistro, di detto importo che rimarrà a carico dell'Assicurato.

È facoltà della Società anticipare l'importo della Franchigia e in tal caso l'Assicurato sarà tenuto al rimborso di tale importo entro 30 (trenta) giorni dal pagamento.

4.3 Responsabilità solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la Società risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

4.4 Sanzioni Internazionali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Dove vale la copertura?

Articolo 5 Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.

È sempre condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. La Società pertanto non è obbligata per Richieste di Risarcimento fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

Cosa fare in caso di sinistro e come viene gestito il sinistro?

Articolo 6 Sinistri

6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

L'Assicurato, rendendosi parte diligente del contratto, deve denunciare alla Società qualsiasi Sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, fermi i termini di decadenza e di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.

Nel caso in cui l'Assicurato riceva una Richiesta di Risarcimento deve denunciare per iscritto alla Società ciascun Sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 (trenta) giorni dalla cessazione del Periodo di Assicurazione in corso.

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

Alla denuncia deve far seguito con urgenza l'invio dei documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti, impegnandosi a prestare la massima collaborazione alla Società nell'istruzione del Sinistro stesso.

Le denunce di Sinistro dovranno essere inoltrate a AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano - 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 liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la Società si riserva il diritto di negare l'indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.

6.2 Gestione delle vertenze e spese legali

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

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

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

6.3 Liquidazione del Sinistro

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

6.4 Coesistenza di altre assicurazioni

L'Assicurato, in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio ed è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi degli artt. 1910 e 1913 del Codice Civile.

Quando e come devo pagare?

Articolo 7 Pagamento e rimborso del Premio

7.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa

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

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

Se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste. Resta salva la facoltà della Società di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato al successivo Art. 9.2.

I Premi devono essere pagati alla Società oppure all'Intermediario incaricato.

Le modalità di pagamento dei Premi sono le seguenti:

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

7.2 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo

In caso di cessazione definitiva dell'Attività secondo quanto indicato all'Art. 1.1 lettera b.2. il Contraente (e/o i suoi eredi) è tenuto a corrispondere il Premio aggiuntivo per l'attivazione dell'estensione di Ultrattività decennale entro il trentesimo

giorno successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso all'atto della cessazione dell'Attività professionale, secondo quanto di seguito specificato.

- per i contratti in vigore a condizioni invariate da almeno 1 annualità completa, 500% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore a condizioni invariate da almeno 2 annualità complete, 400% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore a condizioni invariate da almeno 3 annualità complete, 300% del Premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore a condizioni invariate da almeno 5 annualità complete, 250% del Premio corrisposto per l'ultima annualità.

Il Premio di regolazione può essere corrisposto in unica soluzione.

Per i contratti in vigore da almeno 5 (cinque) annualità complete, l'estensione di Ultrattività decennale è prestata a titolo gratuito in caso di decesso dell'Assicurato verificatosi durante la vigenza della copertura, a vantaggio degli eredi che ne facciano richiesta entro 180 (centottanta) giorni dalla scadenza del Periodo di Assicurazione.

Qualora l'Assicurato decida di attivare l'estensione di Ultrattività facoltativa prevista all'Art. 2.1 sarà necessario corrispondere il Premio aggiuntivo secondo le medesime percentuali sopra indicate.

7.3 Rimborso del Premio

In caso di Recesso per Sinistro esercitato ai sensi dell'Art. 9.1, al Contraente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso. Qualora il Contraente eserciti il "diritto di ripensamento" di cui all'Art. 9.3, ha diritto alla restituzione integrale del Premio versato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 8 Effetto e durata della Polizza

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

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

Il contratto ha la durata prevista dalla Scheda di Polizza e, in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano) spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per un anno salvo quanto previsto dall'Art. 16.

Recesso e risoluzione

Articolo 9 Casi di interruzione del Contratto

9.1 Recesso per Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, il Contraente può recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti dando un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del Recesso.

La Società può recedere dal presente contratto assicurativo con le medesime modalità in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'Assicurato per più di un Sinistro, accertata con sentenza definitiva, che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

Come previsto dall'Art. 7.3 in caso di Recesso, al Contraente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

9.2 Risoluzione per mancato pagamento del Premio

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

9.3 Diritto di Ripensamento

Qualora il contratto sia stato promosso o collocato a distanza (c.d. vendita a distanza), il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di Recesso per ripensamento. Tale termine decorre dalla data di conclusione del contratto di Assicurazione.

La comunicazione della volontà di recedere dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano), inviata all'Intermediario incaricato o alla Società.

Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie

Articolo 10 Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro

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

Altre Disposizioni Contrattuali

Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dal Contraente e riportate nella Scheda di Polizza formano la base della presente Polizza e rilevano ai fini della decisione della Società di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del Premio. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 12 Variazioni contrattuali - Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Articolo 13 Altre Assicurazioni

L'Assicurato o il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo.

L'Assicurato è esonerato dal comunicare l'esistenza di altre assicurazioni derivanti da rapporti contrattuali con istituti di credito e/o finanziari (conti correnti, carte di credito, mutui, finanziamenti, ecc.) o da accordi collettivi di lavoro nazionali o aziendali. In caso di sinistro vale quanto disposto dall'Art. 6.4.

Articolo 14 Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dalla presente Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato, ai sensi dell'art. 1891 del Codice Civile.

Articolo 15 Oneri fiscali

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

Articolo 16 Variazioni contrattuali a scadenza

Alla scadenza contrattuale e previo preavviso di almeno 90 (novanta) giorni, anche ai sensi della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023 e con riferimento al verificarsi o meno di sinistri, la Società comunica eventuali variazioni delle condizioni normative o tariffarie, in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del Premio stesso e del fabbisogno finanziario della Società.

Il Contraente può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie e normative esplicitamente, oppure ritirando la nuova quietanza e pagando il nuovo Premio.

Articolo 17 Foro competente per l'esecuzione del Contratto

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

Articolo 18 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

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

I riferimenti della Società sono i seguenti:

AmTrust Assicurazioni S.p.A.:

Via Clerici, 14 - 20121, Milano

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Sito Internet: www.amtrust.it

Articolo 19 Forma delle comunicazioni in caso di vendita a distanza

Qualora il contratto sia stato promosso o collocato a distanza, il Contraente:

- a) ha il diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
- b) ha il diritto di richiedere la variazione della tecnica di comunicazione a distanza.

Articolo 20 Rinvio alle norme di legge

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



AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518

Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 • Numero REA MI-2562338

Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 "GDPR")

Gentile Cliente,

AmTrust Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche "Titolare" o "Compagnia") rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, Le fornisce di seguito le informazioni essenziali sull'attività di raccolta e di trattamento dei dati personali e le informazioni che permettono di esercitare i diritti previsti dal Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento").

1. Titolare e Responsabili del trattamento dei dati - Contatti del Responsabile della protezione dei dati (DPO)



Il Titolare del Trattamento è AmTrust Assicurazioni S.p.A., Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Partita IVA 01917540518 (di seguito anche "Titolare" o "Compagnia").

Il Titolare può nominare altri soggetti Responsabili del trattamento, nonché designare soggetti 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.



AmTrust Assicurazioni S.p.A. ha nominato il "Responsabile della protezione dei dati" (c.d. "Data Protection Officer" o "DPO"). Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati personali e/o per esercitare i diritti previsti dal GDPR, come specificati nel paragrafo 10 della presente Informativa, è possibile contattare il DPO al seguente indirizzo di posta elettronica:

info-privacy@amtrustgroup.com.

2. Finalità del trattamento dei dati e base giuridica

Nell'ambito della gestione del rapporto assicurativo, AmTrust Assicurazioni S.p.A. ha la necessità di disporre di dati personali comuni e giudiziari a Lei riferiti (dati che possono essere già acquisiti, forniti da Lei o da altri soggetti, anche mediante la consultazione di banche dati). A tal fine i suoi dati verranno utilizzati per le seguenti finalità secondo una determinata base giuridica:

 FINALITA'	 BASE GIURIDICA
a) quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; b) raccolta dei premi e gestione del contratto; c) liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; d) valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;	Esecuzione di obblighi precontrattuali e contrattuali
e) prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; f) adempimento di disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate e dagli Organi di Vigilanza e Controllo;	Obbligo legale
g) riassicurazione e coassicurazione; h) esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione; i) analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; j) gestione e controllo interno; k) attività statistiche, anche a fini di tariffazione; l) utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato in ambito assicurativo.	Legittimo interesse

I dati forniti potranno essere utilizzati confrontandoli ed arricchendoli mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili, quali i sistemi di informazioni creditizie, utili per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad agevolazioni e vantaggi, quali la rateizzazione del premio. A tali fini, non è richiesto il Suo consenso per il trattamento dei Suoi dati di natura comune strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della Compagnia e di terzi a cui tali dati saranno comunicati.

Inoltre, i dati di recapito da Lei forniti potranno essere utilizzati per inviarLe comunicazioni di servizio strumentali e utili al miglioramento della gestione del rapporto assicurativo, nel quadro dei servizi al cliente e della verifica della qualità dei servizi stessi. In assenza di tali dati non sarà possibile contattarLa tempestivamente per fornirLe informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale e ad altre comunicazioni di servizio.

3. Natura del conferimento dei dati



Per la prestazione dei servizi assicurativi della Compagnia, la comunicazione dei Suoi dati personali è obbligatoria perché necessaria per dare esecuzione al rapporto assicurativo.

Pertanto, la loro mancata, parziale o inesatta comunicazione può avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di eseguire gli adempimenti contrattuali in essere.

4. Modalità del trattamento e periodo di conservazione dei dati



I dati sono 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 del GDPR, della normativa nel tempo applicabile e delle specifiche disposizioni operative adottate dalla Compagnia in tema di conservazione della documentazione contenente dati personali.

I dati personali sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i dati personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del Suo rapporto contrattuale con la Compagnia; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto, nel caso in cui ad esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione. I dati personali possono essere trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento del periodo di conservazione dei dati stessi, oppure nel caso in cui gli stessi siano indispensabili per difendere i diritti della Compagnia in giudizio.

5. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali



I dati raccolti e trattati dalla Compagnia per le finalità descritte al paragrafo 2 potranno essere comunicati:

- a) alle Società del Gruppo AmTrust;
- b) 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 (fiduciari e di controparte), 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;
- c) alle Autorità ed Enti Pubblici in generale per l'adempimento di obblighi di legge.

6. Diffusione dei dati



I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione.

7. Trasferimenti dei dati all'estero



Per le finalità di cui al paragrafo 2, i Suoi dati personali potrebbero essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea e/o all'area SEE regolamentata in modo uniforme dal GDPR.

L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali verso Paesi extra UE/SEE avverrà, in ogni caso, nel rispetto dei livelli di protezione e di tutela dei diritti dell'interessato previsti dal GDPR e dalle ulteriori normative vigenti ed applicabili in base a convenzioni internazionali, criteri di adeguatezza sanciti dalla Commissione Europea e, comunque, garantiti dall'applicazione di "Clausole Contrattuali Standard" approvate dalla Commissione Europea e riportate all'interno di specifici contratti con i destinatari dei Suoi dati personali, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 46 del GDPR.

8. Adozione di un processo decisionale automatizzato basato unicamente su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione



I dati non sono trattati mediante un processo decisionale basato su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione.

9. Diritti dell'interessato



Come previsto dall'art. 15 e seguenti del GDPR, in qualità di Interessato Lei, in ogni momento, può:

- a) chiedere alla Compagnia l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, 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 (quando il trattamento di tali dati si basa sul Suo consenso o su di un contratto di cui Lei è parte ed il trattamento è effettuato con mezzi automatizzati);
- d) revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità dei trattamenti svolti dalla Compagnia basati sul Suo consenso prestato prima della revoca;
- e) in caso non sia pienamente soddisfatto delle risposte della Compagnia alle Sue richieste, proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente per territorio.

I diritti sopra descritti possono essere esercitati con richiesta rivolta alla Compagnia e/o al proprio Responsabile della Protezione dei Dati (DPO), senza particolari formalità, all'indirizzo di posta elettronica: info-privacy@amtrustgroup.com