

# 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
Articolo 2    Estensioni di Garanzia incluse nel Premio.....	7
2.1 Estensione di Garanzia sempre operanti.....	7
2.2 Estensione di Garanzia per il dipendente o convenzionato di struttura facente capo al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).....	8
Che cosa NON è assicurato?.....	8
Articolo 3    Esclusioni.....	8
3.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione.....	8
3.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione.....	8
3.3 Esclusioni dal novero dei terzi.....	9
Ci sono limiti di copertura?.....	9
Articolo 4    Limiti di copertura.....	9
4.1 Responsabilità solidale.....	9
4.2 Limitazioni riferite alle Richieste di Risarcimento.....	9
4.3 Sanzioni Internazionali.....	9
Dove vale la copertura?.....	9
Articolo 5    Estensione territoriale.....	9
Cosa fare in caso di sinistro e come viene gestito il sinistro?.....	10
Articolo 6    Sinistri.....	10
6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro.....	10
6.2 Gestione delle vertenze e spese legali.....	10
6.3 Liquidazione del Sinistro.....	10
6.4 Coesistenza di altre assicurazioni.....	10
Quando e come devo pagare?.....	11
Articolo 7    Pagamento, regolazione.....	11
7.1 Determinazione del Premio.....	11
7.2 Pagamento del Premio e sospensione della copertura.....	11
7.3 Premio di Regolazione - Ultrattività.....	11
Quando comincia la copertura e quando finisce?.....	11
Articolo 8    Effetto e durata dell'Assicurazione.....	11

Recesso e risoluzione .....	11
Articolo 9    Casi di interruzione del Contratto – Recesso per Sinistro.....	11
Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie .....	12
Articolo 10    Arbitrato .....	12
Altre Disposizioni Contrattuali .....	12
Articolo 11    Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio .....	12
Articolo 12    Variazioni contrattuali.....	12
Articolo 13    Assicurazione per conto altrui .....	12
Articolo 14    Oneri fiscali .....	12
Articolo 15    Foro competente per l'esecuzione del Contratto .....	12
Articolo 16    Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione .....	12
Articolo 17    Rinvio alle norme di legge.....	12

# Glossario

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

<b>Assicurato</b>	lo Specializzando in Pediatria che si iscrive al Contraente per la prima volta tra il 1/11/2023 ed il 31/10/2024.
<b>Attività Intra o Extramoenia</b>	<p>È considerata <i>Intramoenia</i>, equiparata all'<i>intramoenia allargata</i>, l'attività svolta dai soggetti che rispondono a determinati requisiti soggettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Personale dipendente dirigente del servizio sanitario nazionale</li><li>• Docenti universitari e ricercatori che effettuano attività assistenziale presso cliniche e istituti universitari di ricovero e cura anche se gestiti direttamente dalle università;</li><li>• Personale laureato e medico di ruolo in servizio nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria;</li><li>• Dipendenti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto privato;</li><li>• Personale autorizzato ad operare presso studi privati o strutture non accreditate, purché l'attività rispetti i criteri fissati dal D.M. Sanità 31/7/1997 e successivamente negli atti adottati dai direttori generali delle strutture sanitarie.</li></ul> <p>L'Attività <i>Intramoenia</i> consiste nell'adempimento dell'attività libero professionale all'interno della struttura ospedaliera e comunque al di là dell'impegno di servizio; al contrario è definita <i>Extramoenia</i> quella svolta privatamente al di fuori della struttura ospedaliera.</p>
<b>Contraente</b>	SIP – Società Italiana di Pediatria.
<b>Danno/Danni</b>	La/le conseguenza/e pregiudizievole/i del fatto illecito o dell'evento assicurato. I Danni possono essere patrimoniali o non patrimoniali.
<b>Data di Retroattività</b>	Il giorno da cui decorre il Periodo di Retroattività. Per ciascun Assicurato, la Data di Retroattività coincide con il giorno di pagamento della prima quota associativa al Contraente.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
<b>Intermediario</b>	AON S.p.A. - Via Calindri 6, 20143 Milano - al quale il Contraente ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa Polizza.
<b>Massimale</b>	La somma massima assicurata dalla presente Polizza per ciascun Assicurato a titolo di capitale interessi e spese per ciascun singolo Sinistro ed anno qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
<b>Perdite Patrimoniali</b>	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di danni materiali e corporali.
<b>Periodo di Assicurazione</b>	Il periodo annuale compreso tra la Data di Decorrenza e la Data di Scadenza indicata in Scheda di Polizza, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile.
<b>Periodo di Retroattività</b>	Il periodo che decorre dalla data di Retroattività entro il quale devono essere accaduti i fatti denunciati nella Richiesta di Risarcimento pervenuta durante il Periodo di Assicurazione.
<b>Polizza</b>	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione e che disciplina i rapporti assicurativi tra Società Contraente ed Assicurato.

<b>Premio</b>	La somma complessiva dovuta dal Contraente alla Società a titolo di corrispettivo della copertura assicurativa prestata dalla Società. Il Premio è posto in relazione ad elementi variabili (indicati nelle Condizioni di Assicurazione) e non è calcolabile a priori.
<b>Premio Minimo Anticipato</b>	La parte di Premio corrisposta anticipatamente, prima che siano disponibili i dati circa l'elemento variabile che consente di definire l'esatto ammontare del Premio.
<b>Premio Unitario</b>	Il premio lordo individuato per ciascun Assicurato (pro capite).
<b>Richiesta di Risarcimento</b>	<p>Quella che tra le seguenti viene a conoscenza dell'Assicurato (<b>o, nel caso di azione diretta, della Società</b>) per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione o dell'Ultrattività decennale, se attivata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I) la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Aderente l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;</li> <li>II) la citazione o la chiamata in causa dell'Aderente per fatto colposo o errore od omissione;</li> <li>III) l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'Aderente, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste nell'oggetto di questa assicurazione;</li> <li>IV) la notifica all'Aderente di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";</li> <li>V) la ricezione, da parte dell'Aderente, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010;</li> <li>VI) la comunicazione con la quale la Struttura o l'Impresa di assicurazione della Struttura si rivale nei confronti dell'Aderente per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente.</li> </ul>
<b>Scheda di Polizza</b>	Il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente, le Date di Effetto e di Scadenza della Polizza.
<b>Sentenza passata in giudicato</b>	È il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché scaduto il termine per poterlo fare, o perché sono già state esperite tutte le impugnazioni possibili. Quindi il provvedimento passato in giudicato è caratterizzato dall'incontrovertibilità della cosa giudicata, ovvero nessun giudice può nuovamente pronunciarsi su quella sentenza.
<b>Sinistro</b>	Una o più Richieste di Risarcimento conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato, per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione o dell'Ultrattività decennale, se attivata, ivi inclusa la richiesta scritta avanzata da una Struttura nei confronti dell'Aderente con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato.
<b>Società</b>	AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.
<b>Sottolimito</b>	La somma massima inclusa nel Massimale, che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per specifica Estensione di Garanzia per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso anno, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.

**Specializzando**

Il Medico in formazione specialistica, frequentante la Scuola di Specializzazione in Pediatria, che non abbia già conseguito tale specializzazione, con accesso alle unità operative ed ai dipartimenti assistenziali.

# Che cosa è assicurato?

## Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione, prestata nella forma **Claims Made**, è rivolta al Medico Specializzando frequentante la Scuola di Specializzazione in Pediatria, iscritto al relativo Ordine Professionale, che si iscrive per la prima volta al Contraente in qualità di Socio. L'Assicurazione tiene indenne il Medico Assicurato dei Danni e Perdite Patrimoniali causati a terzi nello svolgimento delle attività previste dalla Scuola di Specializzazione in Pediatria, compresa l'eventuale attività svolta nell'ambito dell'Emergenza Sanitaria 118 e del pronto soccorso, 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**, pari ad € 500.000 (cinquecentomila) per Sinistro ed anno per ciascun Assicurato, e dei Sottolimiti contenuti nella presente Polizza, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni e Perdite Patrimoniali derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento delle attività previste dalla Scuola di Specializzazione in Pediatria, compresa l'eventuale attività svolta nell'ambito dell'Emergenza Sanitaria 118 e del pronto soccorso.

Le spese legali sostenute per resistere alla Richiesta di Risarcimento da parte del danneggiato contro l'Assicurato sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale di Polizza (o nel limite del quarto del Sottolimito di Garanzia ove previsto).

Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale (o nel limite del quarto del Sottolimito di Garanzia ove previsto), 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 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 non prima del Periodo di Retroattività.

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

In deroga a quanto previsto dal precedente punto b.1, se durante il Periodo di Assicurazione l'attività Professionale dell'Assicurato viene a cessare definitivamente, le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo 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.

Il Massimale assicurato (e i Sottolimiti per Garanzia ove previsti), in tale Periodo di Assicurazione rappresenta la massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato.

L'Assicurato (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Società della sopravvenuta cessazione dell'attività Professionale ed è tenuto a corrispondere personalmente la regolazione del Premio dovuto a fronte di tale evenienza come specificato all'Art. 7.4.

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

#### c. Surrogazione

La Società è surrogata, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di Danni e Perdite Patrimoniali sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato 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 lo Specializzando Assicurato, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni e Perdite Patrimoniali derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento delle attività previste in relazione alla regolare frequenza del corso di Specializzazione in Pediatria presso la Struttura Sanitaria, compresa l'eventuale

attività svolta nell'ambito dell'Emergenza Sanitaria 118 e del pronto soccorso, nonché l'attività libero professionale compatibile con il corso di specializzazione, unicamente nei casi di:

- a. Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale dichiarata nel Modulo di Adesione ed indicata nel Certificato di Assicurazione;
- 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;
- c. Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.
- d. Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, ossia qualora la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'attività professionale svolta dall'Aderente in qualità di dipendente o convenzionato di struttura sanitaria, tiene indenne l'Aderente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto a cui l'Aderente presta la propria opera, o al suo Assicuratore, **qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con Sentenza della Corte dei conti passata in giudicato o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicata richiesta.**

## Articolo 2 Estensioni di Garanzia incluse nel Premio

### 2.1 Estensione di Garanzia sempre operanti

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

- a. i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve;
- b. l'esecuzione e la partecipazione dell'Assicurato ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo delle appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;
- c. le prestazioni sanitarie erogate dall'Assicurato in regime di libera professione *Intramoenia* ovvero in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina;
- d. Danni conseguenti a:
  - i. incendio, esplosione e/o scoppio delle cose dell'Assicurato o da lui detenute e che abbiano causato Danni a terzi;
  - ii. interruzione dell'attività di terzi;
  - iii. inquinamento, l'Assicurazione è operante unicamente per quei danni che si determinino in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, da parte di sostanze, di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite dal complesso delle strutture di pertinenza dell'Assicurato e che siano derivanti da guasti o rotture accidentali di impianti, condutture e/o serbatoi.

Tale estensione è prestata per ciascun Assicurato sino alla concorrenza di un Sottolimito per Sinistro ed anno pari ad € 200.000,00 (duecentomila/00) relativamente a ciascuna categoria di Danno.

- e. i Danni derivanti dall'impiego di farmaci "off label" in ambito pediatrico, purché esso avvenga nel rispetto delle norme che in Italia ne disciplinano l'accreditamento, indicazione, prescrizione ed utilizzo. Ciò sempre che sia stato previamente rilasciato dal paziente pieno e valido consenso al trattamento "off-label". Fermo quanto disposto al punto 8 del successivo Art. 3.2.
- f. i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta nell'ambito del servizio di Emergenza Sanitaria (ex Servizio 118);
- g. i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti dall'attività svolta in Volontariato presso ONLUS (così come definita dall'art. 10 del d.lgs. 4 dicembre 1997, n. 460) o presso organizzazioni di volontariato (così come definite dall'art. 3 della legge 11 agosto 1991 n. 266) o in funzione di accordi sottoscritti da SIP con Enti/Associazioni per finalità di volontariato, nonché nell'ambito del servizio di continuità assistenziale;
- h. i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta nei confronti di pazienti adulti esclusivamente per:
  - i. pazienti adulti nei confronti dei quali l'attività dell'Assicurato sia iniziata per la prima volta nel corso l'età pediatrica;
  - ii. pazienti adulti in cura per malattie genetiche che coinvolgano in primis i loro figli;
  - iii. somministrazione di vaccini a pazienti adulti;
- i. i Danni derivanti dall'attività di sostituzione del Medico di Medicina generale (ex medico di base) e/o Servizio di Continuità Assistenziale (ex guardia medica), eventualmente svolte dall'Assicurato;
- j. i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività eventualmente svolta dall'Assicurato in qualità di sostituto di altro Medico Pediatra di Libera Scelta;
- k. i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta dall'Assicurato in qualità di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere purché gli stessi siano inerenti all'attività professionale;
- l. i Danni conseguenti all'attività di assistenza e di Pronto Soccorso come medico accettante prestata su richiesta di Strutture Sanitarie pubbliche o private per fronteggiare l'emergenza sanitaria Covid-19 durante l'intera durata dell'emergenza stessa.

## 2.2 Estensione di Garanzia per il dipendente o convenzionato di struttura facente capo al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Nel caso in cui l'Aderente svolga la propria attività professionale in veste di medico dipendente o convenzionato di struttura, clinica o istituto facente capo al Servizio Sanitario Nazionale (SSN):

- a) non saranno considerate Fatti e/o Circostanze note eventuali azioni giudiziarie penali intentate contro l'Aderente stesso;
- b) la copertura della responsabilità civile contrattuale ed extra contrattuale, all'infuori dei casi di colpa grave, è prestata altresì al ricorrere congiunto delle seguenti condizioni congiuntamente alla difesa legale ai sensi dell'Art. 6.2:
  1. che la struttura di appartenenza non abbia adempiuto agli obblighi previsti dalla contrattazione collettiva di fornire all'Aderente un'adeguata copertura della responsabilità civile;
  2. che la struttura di appartenenza dichiari per iscritto all'Aderente di non volerlo tenere indenne/manlevare di quanto il medesimo debba risarcire al terzo danneggiato. A tal fine l'Aderente dovrà formulare alla struttura, contestualmente all'avviso di sinistro di cui all'Art. 6.1, una richiesta scritta di manleva. Ove la struttura non dia riscontro entro 45 giorni dalla ricezione della richiesta, il silenzio sarà inteso, ai fini della presente clausola, come espresso rifiuto di manlevare l'Aderente. Tale termine si intende ridotto a giorni 15 nel caso in cui sia attivata una procedura di mediazione o un tentativo obbligatorio di conciliazione ex art. 696bis cpc.

## Che cosa NON è assicurato?

### Articolo 3 Esclusioni

#### 3.1 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 ai Sinistri:**

- derivanti da Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato nel corso del Periodo di Assicurazione, e da lui denunciati alla Società oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- relativi a fatti dannosi accaduti prima della Data di Retroattività;

#### 3.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

**Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:**

1. in relazione a qualsiasi Attività che l'Assicurato abbia esercitato o dovesse esercitare privatamente e/o che in base alla normativa vigente sia incompatibile con la formazione a tempo pieno del Medico Specializzando;
2. in relazione all'Attività professionale svolta successivamente al conseguimento della specializzazione;
3. in relazione ai Danni e Perdite Patrimoniali per i quali l'obbligo di manlevare 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, salvo quanto previsto dall'Art 2.2;
4. per Danni che siano conseguenza dell'inottemperanza a quanto previsto dal Capo IV Informazione e Consenso – del Codice di Deontologia Medica;
5. 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*);
6. per Danni e Perdite Patrimoniali conseguenti a furto;
7. per Danni che si verifichino 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 dall'Assicurato;
8. per Danni e Perdite Patrimoniali derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
9. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
10. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;
11. per Perdite Patrimoniali connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale aziendale del direttore amministrativo o direttore generale;
12. alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
13. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
14. per Perdite Patrimoniali derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
15. per Danni connessi ad atti di guerra e/o terrorismo;
16. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
17. derivanti da consulenza on line, fatta eccezione per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente, o derivanti da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;

18. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato non fosse iscritto all'Albo professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata;
19. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
20. 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 o licenziato per giusta causa per ragioni connesse all'espletamento delle sue attività professionali;
21. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
22. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

### 3.3 Esclusioni dal novero dei terzi

Non sono considerate terzi ai fini della copertura il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive anche se non presente nello stato di famiglia. L'Assicurazione è pertanto inefficace a fronte di Richieste di Risarcimento conseguenti a danni sofferti da soggetti non considerati terzi.

## Ci sono limiti di copertura?

### Articolo 4 Limiti di copertura

#### 4.1 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 regresso pro quota, in via di surrogazione, nei confronti dei condebitori solidali dell'Assicurato ai sensi degli articoli 2055 e 1916 del Codice civile .

#### 4.2 Limitazioni riferite alle Richieste di Risarcimento

**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.

#### 4.3 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 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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.

Qualora coesistano più assicurazioni sul medesimo rischio, l'Assicurato deve denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 del Codice civile.

Le denunce di Sinistro dovranno essere inoltrate a AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano [rcprofessionale@amtrustgroup.com](mailto:rcprofessionale@amtrustgroup.com), [sinistriamtrust@pec.it](mailto:sinistriamtrust@pec.it) che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

**Senza il previo consenso scritto della Società, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.**

### 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 (o nel limite del quarto del Sottolimito di Garanzia ove previsto). Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale di Polizza o al Sottolimito di Garanzia ove previsto, le spese giudiziali si ripartiscono tra la Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse, ai sensi dell'art. 1917 del 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.

Ove la Società assuma la gestione della lite, l'Assicurato si obbliga sin d'ora a conferire all'avvocato designato dalla Società il più ampio mandato, ivi compreso il potere di chiamare in garanzia terzi tenuti, a qualsiasi titolo, a garantirlo/manlevarlo o comunque tenerlo indenne di quanto questi sia chiamato a risarcire al terzo danneggiato.

Ove l'azione risarcitoria venga formulata nell'ambito di un procedimento penale in cui l'Assicurato sia indagato o imputato, quest'ultimo si obbliga sin d'ora a conferire mandato ad un avvocato designato dalla Società (eventualmente in affiancamento al proprio legale di fiducia), conferendogli ogni più ampio potere di chiamare in garanzia, nelle forme di legge, terzi tenuti, a qualsiasi titolo, a garantirlo/manlevarlo o comunque tenerlo indenne di quanto questi sia chiamato a risarcire al terzo danneggiato - anche in via provvisoria.

Per la gestione legale della sola fase di mediazione il limite massimo dell'esborso posto a carico della Compagnia è pari ad euro 2.000,00 (duemila/00) per ogni mediazione.

### 6.3 Liquidazione del Sinistro

La Società 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 o del mancato accordo.

### 6.4 Coesistenza di altre assicurazioni

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

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a copertura della medesima responsabilità e dei medesimi Danni o Perdite Patrimoniali, la copertura assicurativa della presente Polizza opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti e per l'importo di danno eccedente il massimale delle stesse, fermi in ogni caso il Massimale ed i Sottolimiti stabiliti dalla presente Polizza.

# Quando e come devo pagare?

## Articolo 7 Pagamento, regolazione

### 7.1 Determinazione del Premio

La Società si impegna ad assicurare tutti i Medici Specializzandi che si iscrivono al Contraente in qualità di Soci per la prima volta tra il 1/11/2024 ed il 31/10/2025.

Il Premio dovuto è fissato in € 1.500,00 (millecinquecento/00).

### 7.2 Pagamento del Premio e sospensione della copertura

La Garanzia sarà prestata alle seguenti condizioni:

1. entro il decimo giorno successivo alla scadenza di ciascun trimestre, il Contraente dovrà fornire l'elenco dei nuovi Medici Specializzandi che si iscrivono al Contraente, in qualità di Soci, per la prima volta in tale trimestre. Per ciascun Assicurato, l'elenco dovrà contenere l'indicazione di Cognome, Nome, Codice Fiscale e giorno di pagamento della quota associativa a SIP;
2. per ciascun Medico Specializzando indicato in tali elenchi, la Garanzia decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di pagamento della quota associativa al Contraente a condizione che il Premio sia stato pagato nei termini previsti, altrimenti ha effetto dalla data di pagamento, ferma per ciascun Assicurato la scadenza della copertura al termine del Periodo di Assicurazione;

La copertura assicurativa 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 entro il 60° (sessantesimo) giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento, fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto. Se il Contraente non adempie agli obblighi relativi al pagamento del Premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i Sinistri denunciati nel Periodo di Assicurazione al quale si riferisce la mancata regolazione.

### 7.3 Premio di Regolazione - Ultrattività

In caso di cessazione definitiva dell'Attività secondo quanto indicato all'Art. 1.1 lettera b.2. l'Assicurato (e/o i suoi eredi) è tenuto a corrispondere personalmente il Premio di Regolazione dovuto per l'attivazione dell'estensione di Ultrattività decennale entro il sessantesimo giorno successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso all'atto della cessazione dell'Attività professionale, pari al 300% del Premio Unitario di € 120 (centoventi).

L'estensione è concessa a titolo gratuito in caso di morte accidentale dell'Assicurato.

# Quando comincia la copertura e quando finisce?

## Articolo 8 Effetto e durata dell'Assicurazione

La Polizza ha durata dalle ore 24.00 del 31/10/2024 alle ore 24.00 del 31/12/2025 e non si rinnova tacitamente.

La copertura assicurativa 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 entro le scadenze previste, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° (trentesimo) giorno successivo alla scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Fermo quanto sopra, **per ciascun Assicurato la copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento della prima quota associativa al Contraente e scade alle ore 24.00 del 31/12/2025, senza possibilità di rinnovo.**

# Recesso e risoluzione

## Articolo 9 Casi di interruzione del Contratto – Recesso per Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, tanto il Contraente che la Società possono recedere dalla Polizza con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.

# Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie

## Articolo 10 Arbitrato

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

## Altre Disposizioni Contrattuali

### Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dal Contraente formano la base dell'Assicurazione 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 dell'Assicurato, 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

Il medico Specializzando non sarà più ritenuto Assicurato ai sensi di Polizza successivamente al conseguimento della specializzazione; l'Assicurazione rimane comunque efficace sino al termine del Periodo di Assicurazione in corso limitatamente alle Richieste di Risarcimento derivanti dall'Attività già svolta in qualità di Medico Specializzando e restano pertanto escluse le richieste di Risarcimento derivanti da prestazioni sanitarie erogate dal Medico successivamente al conseguimento della specializzazione.

### Articolo 13 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 14 Oneri fiscali

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

### Articolo 15 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 16 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

Ai sensi dell'art. 73 del Regolamento IVASS n°40 del 02 agosto 2018, l'Assicurato:

- 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;
- c) ha il diritto di essere messo in contatto col Front Office dell'Intermediario, deputato al coordinamento e controllo dell'attività del Servizio Clienti dedicato all'assistenza dei clienti.

Ogni comunicazione inerente all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle Parti. I riferimenti della Società sono i seguenti:

**AmTrust Assicurazioni S.p.A.:** Via Clerici, 14 - 20121, Milano

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

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

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

### Articolo 17 Rinvio alle norme di legge

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