

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 -
c. Surrogazione	- 7 -
1.2 GARANZIA - Responsabilità civile professionale.....	- 7 -
a. Responsabilità civile Professionale.....	- 7 -
b. Responsabilità Civile per Colpa Grave (dipendente pubblico – dipendente privato)	- 7 -
Che cosa NON è assicurato?	- 7 -
Articolo 2 - Esclusioni	- 7 -
2.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione.....	- 7 -
2.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione.....	- 8 -
2.3 Ulteriori esclusioni applicabili a specifiche attività professionali	- 8 -
2.4 Esclusione dal novero dei terzi	- 9 -
Ci sono limiti di copertura?.....	- 9 -
Articolo 3 - Limiti di copertura	- 9 -
3.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento.....	- 9 -
3.2 Massimali e Limiti di indennizzo.....	- 9 -
Dove vale la copertura?	- 9 -
Articolo 4 - Estensione territoriale.....	- 9 -
Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro	- 10 -
Articolo 5 - Sinistri.....	- 10 -
5.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro.....	- 10 -
5.2 Gestione delle vertenze e spese legali	- 10 -
5.3 Liquidazione del Sinistro	- 10 -
5.4 Coesistenza di altre assicurazioni.....	- 10 -
Quando e come devo pagare?	- 11 -
Articolo 6 - Determinazione e pagamento del Premio	- 11 -
Quando comincia la copertura e quando finisce?	- 11 -
Articolo 7 - Effetto e durata della Polizza e della copertura assicurativa	- 11 -
Altre Disposizioni Contrattuali	- 11 -
Articolo 8 - Oneri Fiscali	- 11 -
Articolo 9 - Giurisdizione e Foro Competente.....	- 11 -
Articolo 10 - Legge Applicabile – Rinvio alle Norme di Legge	- 12 -
Articolo 11 - Sanzioni Internazionali.....	- 12 -
Articolo 12 - Responsabilità Solidale	- 12 -
Articolo 13 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	- 12 -
Articolo 14 - Diminuzione e Aggravamento del rischio.....	- 12 -
Articolo 15 - Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio	- 12 -
Articolo 16 - Recesso in Caso di Sinistro.....	- 12 -

Articolo 17 -	Recesso dalla Polizza Collettiva	- 13 -
Articolo 18 -	Surrogazione – Rivalsa - Regresso	- 13 -
Articolo 19 -	Gestione della Polizza – Clausola Broker.....	- 13 -
Articolo 20 -	Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione	- 13 -
Articolo 21 -	Clausola Risolutiva Espressa	- 13 -
Articolo 22 -	Oggetto dell'Assicurazione R.C.O.	- 13 -
Articolo 23 -	Denuncia dei Danni R.C.O.	- 14 -
Articolo 24 -	Estensione Continuità Assicurativa.....	- 14 -
Articolo 25 -	Garanzia aggiuntiva opzionale - Responsabilità del Direttore Sanitario	- 14 -

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 sia necessario essere iscritti per esercitare l'attività oggetto della copertura assicurativa, come previsto dalla normativa vigente.
Arbitro Assicurativo	Il sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie, previsto dagli articoli 141, comma 7, del codice del consumo e 187.1 del codice delle assicurazioni, istituito presso l'IVASS e disciplinato dal Decreto n. 215/2024.
Assicurato	Tutto il personale sanitario non medico che si associa a PROMESA fintanto che la Polizza è in vigore, che esercita una professione sanitaria assicurabile con la presente Polizza e il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Attività Intramoenia	È considerata intramoenia l'attività libero professionale intramuraria svolta all'interno di Struttura al di fuori del normale orario di lavoro del dipendente, nei limiti e secondo quanto previsto dalle leggi vigenti, ivi compresa l'Attività Intramoenia allargata (svolta in spazi sostitutivi fuori dalla Struttura).
Attività Extramoenia	L'attività libero professionale svolta privatamente dal dipendente all'esterno della Struttura cui non sia legato da vincolo di esclusività, al di fuori del normale orario di lavoro, nei limiti e secondo quanto previsto dalle leggi vigenti.
Claims made	Regime di operatività temporale 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 operatività della copertura e/o durante il Periodo di Ultrattività, anche se riferite a fatti od atti pregressi, purché accaduti successivamente al Periodo di Retroattività acquistato.
Contraente	Promesa - Corso Roma, 9 - 15121 Alessandria 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	Le conseguenze pregiudizievoli del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'Assicurazione, ivi compreso il pregiudizio causato all'erario. Vi rientrano esclusivamente: - i Danni patrimoniali, conseguenti a lesioni personali e morte, nonché il pregiudizio economico derivante dal danneggiamento a Cose; - i Danni non patrimoniali, conseguenti a lesioni personali o morte.
Denuncia	Atto con il quale l'assicurato deve dare avviso scritto del sinistro alla Società.
Esercente la professione sanitaria	il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria.
Esercente attività libero professionale	Attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto.
Fatti Noti	Qualsiasi fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall' Assicurato (e dai suoi sostituti temporanei, questi ultimi alle condizioni espressamente indicate nella Polizza) e che è stato portato a conoscenza dell'Assicurato. A titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono per Fatti Noti fatti, situazioni, circostanze o comunicazioni, notizie, querele, denunce, atti giudiziari, indagini - anche interne - della Direzione Sanitaria. Mentre non sono considerate Fatti Noti le relazioni tecniche chieste dalla Direzione Sanitaria ad eccezione dei casi in cui - unitamente alla richiesta di dette relazioni - all'Assicurato non venga comunicato o gli venga portata a conoscenza in qualsivoglia modo l'esistenza di una richiesta di danni relativa a fatti in cui l'Assicurato medesimo era coinvolto.

Franchigia	Elemento integrante della Polizza che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato ed espressa in valore assoluto. L'opposizione di Franchigia impegna comunque la Società alla gestione del Sinistro.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	L'intermediario assicurativo cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Massimale per Periodo di Assicurazione	La somma massima assicurata 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 che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ciascun singolo Sinistro.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamento a Cose.
Periodo di Assicurazione	Per ciascun Assicurato, il periodo compreso tra le ore 24.00 del giorno di pagamento della quota associativa e le ore 24.00 della successiva scadenza annuale della Polizza, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
Periodo di Retroattività	Il periodo temporale antecedente alla data di decorrenza della copertura assicurativa entro il quale devono essere accaduti i fatti denunciati nella Richiesta di Risarcimento pervenuta durante il Periodo di Assicurazione.
Periodo di Ultrattività	Per ciascun Assicurato, il periodo di tempo, pari a 10 (dieci) anni, successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in cui si verifica la cessazione definitiva per qualsiasi causa dell'Attività Professionale.
Polizza Collettiva	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova della stipulazione del contratto di Assicurazione.
Premio	L'importo che il Contraente paga per acquistare la garanzia offerta dalla Società, ivi inclusa la Regolazione del Premio.
Regolazione del Premio	Forma di conguaglio del Premio, prevista da un'apposita clausola contrattuale, applicabile quando il Premio non è determinabile a priori perché posto in relazione ad elementi variabili (numero iscritti Assicurati).
Richiesta di Risarcimento	Qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività - qualora attivato - da parte di terzi nei confronti dell'Assicurato - anche tramite ricorso ex artt. 696 e 696 bis cpc o convocazione avanti un organismo di mediazione - (o, nel caso di azione diretta, nei confronti della Società), per il risarcimento di danni causati dall'Assicurato nello svolgimento dell'Attività Assicurata, ivi inclusa la costituzione di parte civile in un procedimento penale. Costituisce altresì Richiesta di Risarcimento l'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa e di rivalsa anche civilistica, o in via di surroga, nei confronti dell'Assicurato esercente, a qualunque titolo, la professione sanitaria presso una Struttura laddove questi sia ritenuto responsabile per colpa grave , nonché il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei conti.
Recesso	La dichiarazione unilaterale avente l'effetto di cessare l'effetto del contratto di Assicurazione.
Scheda di Polizza	Il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente le date di decorrenza e di scadenza della Polizza.
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 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 nel Periodo di Ultrattività.

Società

AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano

Sottolimito

La somma massima inclusa nel Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione 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, 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.

Struttura

L'ente pubblico o privato soggetto al diritto italiano che a qualunque titolo eroga prestazioni sanitarie a favore di terzi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale o prestazioni sociosanitarie.

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione prestata nella forma **Claims Made** è rivolta ai soci di PROMESA in regola con il pagamento della quota associativa nei termini dovuti, che svolgono attività sanitaria e/o sociosanitaria non medica per la quale l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia e regolarmente iscritto al rispettivo Albo professionale.

L'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato dei danni causati a terzi nello svolgimento dell'attività sanitaria e/o sociosanitaria non medica 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 garanzia è operante secondo quanto previsto dall'Art. 1.2 - GARANZIA - Responsabilità civile professionale, in relazione allo svolgimento dell'attività professionale dell'Assicurato come indicata negli elenchi di volta in volta comunicati dal Contraente.

Per ciascun Assicurato, la garanzia è operante unicamente in relazione all'esercizio dell'attività professionale come indicata negli elenchi di volta in volta comunicati dal Contraente, che costituiscono parte integrante della Polizza, sempreché l'Assicurato sia iscritto all'Albo professionale e abbia le qualificazioni, le specializzazioni e le abilitazioni necessarie richieste dalla normativa vigente di volta in volta applicabile e sempreché risulti regolarmente versato il Premio nei termini dovuti.

Si precisa che rientrano nella copertura della presente Polizza:

- con particolare riferimento alla legge Lorenzin: educatore professionale, fisioterapista, logopedista, ortottista, podologo, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta della neuro psicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale, dietista, igienista dentale, tecnico audiometrista, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, tecnico ortopedico, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di neurofisiopatologia, tecnico sanitario di radiologia medica, assistente sanitario, tecnico della prevenzione nell'ambiente nei luoghi di lavoro, psicologi, operatori sanitari, biologi, biologi della riproduzione, infermieri ecc. come normato dalla Legge N. 251/2000 e dal Decreto Ministeriale del 29/3/2001 e s.m.i. di cui ai decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali.
- Operatori socio-sanitari qualificati secondo quanto previsto dall'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni in data 22/2/2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e dai successivi dispositivi attuativi emanati a livello regionale.
- Assistente sociale come qualificato dalla Legge N. 84 del 23/3/1983 e in possesso del diploma universitario sancito secondo le caratteristiche dell'Art. n. 2 della Legge N. 341 del 19/11/1990 e s.m.i.
- Veterinari
- Fisici sanitari
- Conducenti Ambulanza e autisti soccorritori
- Ostetriche

La copertura assicurativa vale automaticamente per tutti gli iscritti a PROMESA che effettuano il pagamento della quota associativa fintanto che la Polizza è in vigore, purché inclusi negli elenchi di volta in volta comunicati dal Contraente.

Le spese legali sostenute per resistere alla Richiesta di Risarcimento da parte del danneggiato contro l'Assicurato sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale di Polizza.

Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse con le modalità riportate al successivo Art. 5.2.

b. Validità temporale dell'Assicurazione

b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata nella forma Claims Made, ossia opera per le 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 il Periodo di Retroattività.

b.2 Retroattività

Il Periodo di Retroattività si intende compreso tra le ore 24.00 del 31/12/2011 e la data di decorrenza della copertura assicurativa.

È prevista la facoltà di richiedere un Periodo di Retroattività illimitato tramite pagamento di un Premio aggiuntivo pari al 10% del Premio.

b.3 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, le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo di Retroattività stabilito in Polizza, 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 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 della sopravvenuta cessazione dell'attività professionale.

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

Qualora l'Assicurato riprenda a svolgere l'attività professionale e/o stipuli altra assicurazione per gli stessi rischi, l'estensione di ultrattività decennale cesserà e diverrà immediatamente inefficace a partire da tale data.

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'Assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità di denuncia dei sinistri.

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

a. Responsabilità civile Professionale

In relazione alla Responsabilità Civile, la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo, di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'attività professionale come indicata negli elenchi di volta in volta comunicati dal Contraente.

La Società risponde:

- dei Danni cagionati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale predetta;
- delle eventuali azioni di rivalsa esperite dalla struttura, clinica o istituto a cui l'Assicurato presta la propria opera, o esperite dal suo assicuratore, ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi;
- delle eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222;
- dei Danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici anche se tali interventi non sono connessi alla attività professionale dichiarata.

b. Responsabilità Civile per Colpa Grave (dipendente pubblico – dipendente privato)

Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare **nei limiti previsti dalla legge** e unicamente nell'esercizio dell'attività professionale come indicata negli elenchi di volta in volta comunicati dal Contraente, solo qualora egli sia dichiarato - con sentenza dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste - responsabile o corresponsabile per colpa grave.

L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'Assicurato con la Società non farà cumulo con la presente Polizza. L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'Assicurato con altro assicuratore è soggetta alle previsioni di cui all'Art. 15 delle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurazione si intende estesa anche in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà o emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita; in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un Sottolimito per sinistro di €1.000.000,00 (un milione).

Che cosa NON è assicurato?

Articolo 2 - Esclusioni

2.1 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 già pervenute all'Assicurato prima della decorrenza della copertura;
- 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;

- Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato nel corso del Periodo di Assicurazione, e da lui denunciati alla Compagnia oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- Richieste di Risarcimento relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima del Periodo di Retroattività;
- Richieste di Risarcimento conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato prima della decorrenza della copertura, anche se questi non sono mai stati denunciati a precedenti assicuratori, salvo quanto previsto dall'Art. 23.

2.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. riconducibili ad attività e pratiche abusive non consentite (es. trattamenti estetici) o svolte senza la necessaria supervisione di un medico o riservate ad altre figure sanitarie professionali, non riconosciute o non autorizzate dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
2. conseguenti a prestazioni sanitarie e sociosanitarie non mediche che non siano riferibili ad attività assicurabili con la presente Polizza;
3. relative a Danni che siano conseguenza dell'inottemperanza a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di informazione e consenso informato ed in particolare, ma non esclusivamente, dal capo IV del Codice di Deontologia Medica ("Informazione e Consenso");
4. basate sulla pretesa mancata rispondenza dei trattamenti estetici all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
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. relative a pregiudizi che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o di 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 e indicata negli elenchi di volta in volta comunicati dalla Contraente;
7. conseguenti a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che, per qualunque motivo o causa, l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale ovvero licenziato per giusta causa;
8. derivanti da vendita, consegna e/o somministrazione di integratori, farmaci, presidi e dispositivi medici e sostanze biologicamente o farmacologicamente attive, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'Attività Assicurata;
9. derivanti da pratiche considerate doping;
10. derivanti dallo svolgimento di attività di ricerca e di sperimentazione sia clinica che farmaceutica;
11. relative a Danni derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
12. relative a Danni riconducibili a proprietà, possesso e uso di veicoli o natanti a motore o di aeromobili, nonché alla loro circolazione, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'Attività Professionale dell'Assicurato;
13. per Perdite Patrimoniali Pure, così come definite in Polizza. Fermo restando che devono comunque intendersi escluse dalla copertura le Richieste di Risarcimento derivanti da danni cagionati da errori od omissioni derivanti dall'esercizio dell'attività amministrativa, salvo sia acquistata la garanzia aggiuntiva di cui all'Art. 25;
14. relative a Danni conseguenti a responsabilità dell'eventuale professionista sanitario non medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di Assicurato;
15. derivante da consulenza on line e/o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
16. alle Cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
17. relative alle spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati;
18. per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
19. riconducibili alla violazione in materia di protezione dei dati personali così come definite dalla normativa tempo per tempo vigente;
20. derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, morali o psicofisici;
21. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
22. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
23. connessi ad atti di guerra e/o terrorismo.

2.3 Ulteriori esclusioni applicabili a specifiche attività professionali

Biologo nutrizionista/biologo esclusa fecondazione assistita, Chimico sanitario, Biologo inclusa fecondazione assistita

Sono escluse le Richieste di Risarcimento relative ad attività non avente carattere sanitario, quali a titolo esemplificativo:

- derivanti dall'effettuazione di analisi chimiche nel settore merceologico ed ambientale;
- relative all'attività di progettazione, direzione dei lavori, collaudo e realizzazione di impianti e laboratori.

Farmacista

Sono escluse le Richieste di Risarcimento connesse alla vendita di prodotti galenici di propria produzione:

- direttamente esportati in USA e Canada;
- relativamente alle conseguenze derivanti da inibitori selettivi della Cox-2, composti chimici facenti parte della classe dei retinoidi, nonché dalle seguenti sostanze: 8-idrossichinolina alogenata, aristolochia, astemizolo, benfluorex, bromfenac, cantaxantina, catina, catha edulis, cerivastatina, cisapride, clobenzorex, danthron, dexfenflurina, dietilstibestrol, efedra, encainide, fenfluramina, flosequinan, garcinia, kava kava, leflunomide, meferonex, mibefradil, nefazodone, fenilpropanolamina, rocuronio, remoxipride, rimonabant, sida cordifolia, temafloxacin, terfenadina, talidomide, thimersosal/thiomersal, troglitazone, usnea;

- relativamente alle conseguenze derivanti dall'utilizzo di germanio, se utilizzato quale ingrediente di integratori alimentari o prodotti dietetici.

Sono inoltre escluse le Richieste di Risarcimento conseguenti a:

- responsabilità civile imputabile al personale sanitario segnalato o messo a disposizione dalla farmacia;
- vizio originario delle Cose vendute, consegnate e/o somministrate;
- Danni alle Cose vendute, consegnate e/o somministrate, anche a domicilio (compresi medicinali, generi alimentari, prodotti omeopatici, di erboristeria, prodotti galenici e magistrali, nonché altri prodotti consentiti dalla normativa vigente), le spese per le relative riparazioni o sostituzioni, nonché i Danni conseguenti a mancato uso o mancata disponibilità.

Ostetrica

In relazione all'attività di Ostetrica, sono inoltre escluse le Richieste di Risarcimento derivanti dall'assistenza al parto a domicilio.

Soccorritore di emergenza sanitaria / Conducenti ambulanza / autisti soccorritori

Sono escluse le Richieste di Risarcimento riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione o utilizzo di veicoli, natanti a motore o aeromobili anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'attività professionale.

Veterinario

Sono compresi, nell'ambito dell'attività di Veterinario, tutti gli animali ad eccezione di:

- Cani che sono stati allevati per la corsa e partecipano a gare di corsa per cani;
- Equini che partecipano a qualsiasi tipo di competizione, gara, concorso o selezione

Sono equiparati ad essi e, quindi, esclusi, i cani e gli equini che sono utilizzati per la riproduzione di cani ed equini come sopra indicati.

Per quanto attiene ad altri animali, inclusi i cani, purché siano dotati, (come prescritto dal D.lgs. 28 febbraio 2021, n. 36 - Attuazione dell'articolo 5 della legge 8 agosto 2019, n. 86, recante riordino e riforma delle disposizioni in materia di enti sportivi professionistici) di un documento di identità anagrafica intestato a persona fisica maggiore di età o a persona giuridica, che ne assume i doveri di custodia, di mantenimento e di cura, e di una scheda sanitaria, e che partecipano a competizioni (sportive e non) la copertura è operante con un **Sottolimito di € 10.000,00 (diecimila) per Sinistro e di € 25.000 (venticinquemila) per Periodo di Assicurazione.**

Resta in ogni caso esclusa l'attività chirurgica svolta presso allevamenti sportivi.

2.4 Esclusione dal novero dei terzi

Non sono considerate terzi ai fini della copertura il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori, i figli e i nipoti 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 3 - Limiti di copertura

3.1 Limitazioni relative 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 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 dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.

3.2 Massimali e Limiti di indennizzo

L'Assicurazione è prestata, fino alla concorrenza dei seguenti Massimali:

- Dipendenti pubblici e dipendenti privati: € 2.000.000,00 (due milioni) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione;
- Liberi professionisti: € 2.000.000,00 (due milioni) per Sinistro e € 6.000.000,00 (sei milioni) per Periodo di Assicurazione.

Dove vale la copertura?

Articolo 4 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere nel territorio di tutti i Paesi europei

L'Assicurato deve avere la residenza o il domicilio professionale in Italia e comunque l'Assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento che siano fatte valere in Italia: 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 Compagnia, 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 5 - Sinistri

5.1 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 di tale Periodo di Assicurazione.

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.

In caso di Denuncia di Sinistro effettuata direttamente tramite procedure cautelari ed urgenti o tramite procedure diverse da quella ordinaria, o tramite procedure ordinarie con termini di costituzione inferiori a quelle previste per il giudizio ordinario oppure tramite procedure di conciliazione e mediazione (volontaria o obbligatoria) con comparizione inferiore ai 10 giorni, l'Assicurato si impegna a trasmettere alla Società l'atto ricevuto in notificazione **entro il termine di 3 giorni dal ricevimento** unitamente a tutti i documenti utili per la gestione della controversia o per la predisposizione delle difese tecnico giuridiche.

In caso di avviso tardivo che comporti qualsiasi pregiudizio alla Società – ivi compresa l'impossibilità di coinvolgere anche in sede giudiziale co-responsabili - l'Assicurato incorre nella possibilità che l'eventuale Indennizzo relativo al Sinistro tardivamente denunciato possa essere proporzionalmente ridotto o addirittura non dovuto in ragione del pregiudizio causato alla Società .

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 la gestione dei Sinistri per il tramite delle proprie sedi territoriali.

Anche ai fini della trattazione dei Sinistri, la Società si riserva il diritto di accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, ad atti, contratti e ogni altro documento probatorio. L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

L'Assicurato si impegna a fornire tempestivamente alla Società la documentazione, medica e non, necessaria per l'espletamento delle formalità previste dalla legge in relazione al tentativo obbligatorio di conciliazione e/o alla mediazione obbligatoria.

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.

5.2 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. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale di Polizza, le spese giudiziali si ripartiscono tra la Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse, ai sensi dell'art. 1917 Codice civile.

Nel caso in cui l'Assicurato non conferisca la gestione della lite, la Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati.

5.3 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.

5.4 Coesistenza di altre assicurazioni

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

Quando e come devo pagare?

Articolo 6 - Determinazione e pagamento del Premio

L'Assicurazione si intende operante per tutti gli iscritti a PROMESA che svolgono attività sanitaria e/o sociosanitaria non medica, purché in regola con il pagamento della quota associativa a PROMESA nei termini dovuti e purché inclusi negli elenchi di volta in volta comunicati dal Contraente.

Il Contraente si impegna a redigere e tenere aggiornato, mediante le registrazioni amministrative in possesso dello stesso, l'elenco contenente il numero degli Assicurati iscritti al PROMESA.

Per ciascun Assicurato, tale elenco deve contenere le seguenti informazioni:

- dati anagrafici;
- attività professionale e qualifica lavorativa;
- eventuale Premio aggiuntivo per retroattività illimitata;
- eventuale Premio aggiuntivo per Garanzia aggiuntiva opzionale - Responsabilità del Direttore Sanitario;
- Premio totale dovuto;
- data pagamento quota associativa.

Entro 10 giorni dalla scadenza di ciascun mese, il Contraente si impegna a comunicare alla Società, anche a mezzo dell'Intermediario incaricato, le informazioni degli Assicurati che hanno effettuato il pagamento della quota associativa nel mese precedente. Per tali Assicurati la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di pagamento della quota, a fronte del versamento del Premio nei termini previsti.

L'elenco dovrà inoltre contenere l'indicazione degli Assicurati che hanno cessato definitivamente l'attività professionale nel corso del Periodo di Assicurazione.

In caso di mancato pagamento della prima rata di Premio o delle eventuali successive rate di Premio convenute, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del novantesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termine di mora) e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Premio annuo lordo	Dipendenti Pubblici	Dipendenti privati e liberi professionisti
Ostetrica	63,00 €	147,00 €
Personale sanitario non medico	33,60 €	

Resta inteso che per le iscrizioni con decorrenza dalle ore 24:00 del 14/07/2026 e scadenza al 31/12/2026 o con decorrenza dalle ore 24.00 del 01/07/2027 e scadenza al 31/12/2027 il Premio sarà dovuto nella misura minima del 50% del Premio annuo.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 7 - Effetto e durata della Polizza e della copertura assicurativa

La presente Polizza Collettiva ha effetto dalle ore 24:00 del 14/07/2026 e scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2027, fermo quanto previsto all'Art. 6 - "Determinazione e pagamento del Premio".

La presente Polizza Collettiva cessa alla data di scadenza indicata senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo.

Il Contraente, o suo incaricato, mette a disposizione degli Assicurati una procedura attraverso la quale si impegna a consegnare agli Assicurati le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per la protezione dei dati personali (privacy).

Per ciascun Assicurato la copertura assicurativa avrà decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di pagamento della quota associativa come riportata negli elenchi di volta in volta comunicati dal Contraente, ferma la cessazione del Periodo di Assicurazione alle ore 24.00 della scadenza annuale successiva (31/12), o alla cessazione dell'iscrizione a PROMESA se antecedente, senza tacito rinnovo.

Altre Disposizioni Contrattuali

Articolo 8 - Oneri Fiscali

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

Articolo 9 - Giurisdizione e Foro Competente

Tutte le controversie relative al presente Contratto sono soggette alla esclusiva giurisdizione italiana.

Nei limiti dell'Art. 4 Estensione Territoriale, il Foro competente, a scelta della parte attrice è quello del luogo di residenza del convenuto, o quello dove risiede l'Assicurato o la Direzione della Società.

Articolo 10 - Legge Applicabile – Rinvio alle Norme di Legge

Per quanto non diversamente regolato, la legge applicabile è quella della Repubblica Italiana.
Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della Polizza, valgono le norme di Legge.

Articolo 11 - 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.

Articolo 12 - 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.

Articolo 13 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Assicurato per iscritto al momento del pagamento della quota associativa 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 relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio rese dall'Assicurato o da qualsivoglia soggetto legittimato a ricevere la prestazione, in sede sia di conclusione del contratto che in ogni circostanza successiva, 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.

L'Assicurato dichiara, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, di non aver ricevuto alcuna Richiesta di Risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun Fatto Noto e/o Sinistro che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento del pagamento della quota associativa, impegnandosi altrimenti a dichiararlo alla Società, cosciente che l'inesattezza della dichiarazione resa comporta la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata.

Articolo 14 - Diminuzione e Aggravamento del rischio

L'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento 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 cessazione dell'Assicurazione (Art. 1898 Cod. Civ.). Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso e ha il diritto di percepire la differenza di Premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Nel caso in cui il Contraente non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni.

Articolo 15 - Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il Sinistro a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri. L'inadempimento di tale obbligo comporterà la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1910 Cod. Civ.).

In caso di esistenza di altre polizze sottoscritte dall'Assicurato ed operanti per il medesimo evento la presente Assicurazione opererà esclusivamente a secondo rischio rispetto alle medesime e per l'importo di Danno eccedente il massimale delle stesse. La copertura della Polizza non opera in relazione a Sinistri connessi e/o conseguenti alle seguenti fattispecie note all'Assicurato prima della decorrenza della presente Polizza, qualora egli avesse potuto denunciarle come "sinistro / fatto / circostanza" sulla precedente copertura assicurativa:

- la comunicazione inviata all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria e/o Sociosanitaria Pubblica o Privata o dall'impresa di assicurazione ai sensi dell'art. 13 della legge 24/2017;
- la richiesta di Risarcimento e/o l'azione giudiziale promossa dal terzo danneggiato direttamente nei confronti dell'Assicurato.

Articolo 16 - Recesso in Caso di Sinistro

Il Recesso per Sinistro della Società nei confronti del singolo Assicurato potrà avvenire solo in caso di reiterazione di una condotta colposa da parte dell'Assicurato stesso, accertata ovvero con sentenza definitiva passata in giudicato.

Il Recesso sarà notificato con preavviso scritto di 30 giorni a decorrere dalla data di pagamento del secondo Sinistro o di un eventuale Sinistro successivo al secondo.

In caso di Recesso validamente esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del Recesso stesso, rimborserà all'Assicurato la parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non goduto.

Articolo 17 - Recesso dalla Polizza Collettiva

La Società e il Contraente hanno facoltà di recedere dalla Polizza Collettiva con un preavviso di 30 (trenta) giorni da notificarsi a mezzo di lettera raccomandata o posta elettronica certificata; tale recesso ha lo scopo di consentire l'eventuale rinegoziazione del contratto.

In caso di recesso di una delle Parti, il Contraente avrà l'obbligo di informare i singoli Assicurati della cessazione dell'efficacia della Polizza Collettiva e del mancato rinnovo automatico dei singoli Certificati di Assicurazione conseguente alla cessazione della Polizza Collettiva stessa.

Articolo 18 - Surrogazione – Rivalsa - Regresso

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

La copertura ai sensi della presente Polizza è prestata secondo i limiti previsti in caso di azione di rivalsa nei confronti dell'Assicurato da parte di terzi così come previsti nella vigente normativa in ambito di responsabilità civile professionale nel settore sanitario.

Resta inoltre inteso tra le Parti che in caso di pagamento del risarcimento del Danno la Società avrà il diritto di esercitare le azioni di regresso tra co-obbligati ai sensi dell'Art. 2055 c.c. e dell'Art. 1910 c.c.

Articolo 19 - Gestione della Polizza – Clausola Broker

Il Contraente, anche per conto degli Assicurati, conferisce all'Intermediario indicato nella Scheda di Polizza il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione. Con il pagamento della quota associativa, l'Assicurato conferisce al Broker il mandato a rappresentarlo ai fini di questa Assicurazione. È convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione fatta al Broker sarà considerata come fatta al Contraente o all'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione fatta dal Broker sarà considerata come fatta dal Contraente o dall'Assicurato.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'Art. 5 che resta invariato e confermato.

Ai sensi dell'Art. 65, comma 1, lettere a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 02 Agosto 2018, qualora la Società abbia espressamente autorizzato in forma scritta il Broker all'incasso dei premi dagli Assicurati e/o al pagamento delle somme dovute agli Assicurati o agli altri aventi diritto, il pagamento del Premio eseguito all'Intermediario stesso si considera effettuato direttamente alla Società, ai sensi dell'Art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Articolo 20 - 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 21 - Clausola Risolutiva Espressa

In caso di emanazione di nuova normativa in ambito di responsabilità medico sanitaria o in caso di cambiamenti della normativa esistente in tale ambito, le parti concordano che la Società avrà la facoltà di modificare la quantificazione del Premio o che ciascuna delle Parti avrà la facoltà di recedere mediante invio di raccomandata A.R. dal contratto con un preavviso di trenta giorni dalla data della stessa.

Articolo 22 - Oggetto dell'Assicurazione R.C.O.

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

1. ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'Assicurazione;
2. ai sensi delle disposizioni del Codice civile a titolo di risarcimento dei danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. del 30 giugno 1965, n. 1124, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1), per morte e per lesioni personali.

La garanzia della R.C.O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'Assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella d'inizio della copertura come riportata negli elenchi comunicati dal Contraente.

Se il numero di lavoratori dipendenti di cui sopra è superiore a quattro, la Polizza è soggetta alla previa approvazione della direzione della Società ed al pagamento di un Premio aggiuntivo da determinarsi dalla stessa.

Articolo 23 - Denuncia dei Danni R.C.O.

L'Assicurato è tenuto a denunciare alla Società gli eventuali Sinistri, solo ed esclusivamente:

1. in caso di un infortunio per il quale abbia luogo un'inchiesta giudiziaria a norma di legge;
2. in caso di Richiesta di Risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INAIL qualora eserciti il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 del 30.06.1965;
3. in caso di Richiesta di Risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984 N. 222.

Articolo 24 - Estensione Continuità Assicurativa

A parziale deroga di quanto eventualmente previsto all'Art. 2) Esclusioni, la garanzia di cui all'Art. 1.2 lettera b Responsabilità Civile per Colpa Grave (dipendente pubblico – dipendente privato) tiene indenne l'Assicurato, nei termini e alle condizioni della presente Polizza, da Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza della copertura coincidente con il pagamento della quota associativa, anche se derivanti da Fatti e/o Circostanze già noti all'Assicurato, a condizione che:

- A. Alla data in cui per la prima volta l'Assicurato sia venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze all'origine della Richiesta di Risarcimento, l'Assicurato fosse coperto da assicurazione a copertura della rivalsa per Colpa Grave;
- B. L'Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con una polizza a copertura della rivalsa per Colpa Grave;
- C. La polizza che garantiva l'Assicurato ai sensi del precedente punto a) e le successive polizze di assicurazione non consentissero l'apertura di un sinistro in relazione a Fatti e/o Circostanze come definiti nella presente Polizza;
- D. L'Assicurato per poter beneficiare dell'estensione di continuità di copertura di cui al presente Articolo, pena la decadenza al diritto di risarcimento, dovrà esibire la polizza assicurativa in corso al momento della prima richiesta e tutte le polizze assicurative successive sottoscritte per il medesimo rischio, dimostrando che la garanzia prestata al momento del fatto o tramite le polizze successivamente sottoscritte non consentivano l'apertura di un sinistro in relazione a Fatti e/o Circostanze come definite dalla presente polizza.

Restano escluse dalla presente garanzia, in ogni caso, qualsiasi citazione in giudizio già ricevute dall'Assicurato.

L'estensione di continuità di copertura di cui al presente Articolo non avrà effetto se l'eventuale inadempienza dell'obbligo di dichiarare alla Società Fatti e/o Circostanze al momento del pagamento della quota associativa sia dovuta a dolo.

Articolo 25 - Garanzia aggiuntiva opzionale - Responsabilità del Direttore Sanitario

La garanzia di cui alla presente Polizza è estesa, nei limiti del Massimale assicurato, ai Danni a persone e cose involontariamente cagionati a terzi per l'attività inerente alla funzione di Direttore Sanitario presso una Struttura Sanitaria. Tale garanzia è offerta a fronte di un Premio aggiuntivo pari a Euro 40,00 (quaranta).

Resta in ogni caso esclusa dall'Assicurazione la Responsabilità amministrativa, gestionale-organizzativo, dirigenziale, nonché Perdite Patrimoniali derivanti da multe, ammende e/o sanzioni inflitte all'Assicurato.