AmTrust *Nurse&Care*

EXECUTIVE

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici Dipendenti di Aziende Sanitarie e Liberi Professionisti

Il presente Fascicolo Informativo contiene:

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Il presente Fascicolo informativo, contenente Nota Informativa, Glossario, Condizioni di assicurazione e Modulo di Proposta, deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.
Edizione Marzo 2016.

AmTrust Europe

An AmTrust Financial Company

AmTrust *Nurse&Care*
EXECUTIVE

UA Underwriting Agency
Agenzia Generale AmTrust Europe

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

POLIZZA N°	POLIZZA SOSTITUITA N°	RAMO	PRODOTTO	INTERMEDIARIO	COD.
ITDMM16A2037761200000	********	RC	Nurse&Care	UA Underwriting Agency S.r.l.	7612

Contraente/Assicurato

	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.		
C.S.M.M. – Centro Studi Medical Malpractice	97399630157	97399630157		
VIA N°	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.	
Via San Vincenzo, 3	Milano	MI	20123	

Data di decorrenza e scadenza della Polizza

EFFETTO DALLE ORE 24	SCADENZA ALLE ORE 24
01/03/2016	31/12/2019

Frazionamento

TIPO
ANNUALE

Modelli allegati

AmTrust Nurse&Care Executive Ed. 03/2016

Data di effetto e scadenza della Rata

EFFETTO DALLE ORE 24	SCADENZA ALLE ORE 24	PROSSIMA QUIETANZA
01/03/2016	01/03/2017	01/03/2017

Premio annuo

PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	TOTALE PREMIO
€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

Premio alla firma

PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	TOTALE PREMIO
€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

Dichiarazioni del Contraente

L'assicurazione è regolata dalle condizioni e dichiarazioni contenute negli allegati modelli sopra richiamati, che formano parte integrante del presente contratto e che il Contraente dichiara di conoscere, di aver ricevuto e sottoscritto.

Il presente contratto si compone di n° 20 pagine.

la Società AmTrust Europe Limited
Il Soggetto Delegato
Serena Bocchi

il Contraente C.S.M. Medical Malpractice
20123 - Milano - Via San Vincenzo, 3
Tel. 02.23.36.91.26 - Fax 02.93.66.03.26
info@malpractice.it - Codice Fiscale: 97598560155

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre di avere ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa all'Assicurato per il trattamento dei dati personali.

il Contraente C.S.M. Medical Malpractice
20123 - Milano - Via San Vincenzo, 3
Tel. 02.23.36.91.26 - Fax 02.93.66.03.26
info@malpractice.it - Codice Fiscale: 97598560155

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi in relazione alle finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa, in ottemperanza alle disposizioni del Testo Unico della Privacy (D. Lgs. 196/2003).

il Contraente C.S.M. Medical Malpractice
20123 - Milano - Via San Vincenzo, 3
Tel. 02.23.36.91.26 - Fax 02.93.66.03.26
info@malpractice.it - Codice Fiscale: 97598560155

Emesso in quadruplice copia in Milano il 07/04/2016

L'importo di €_____ è stato pagato oggi_____

L'incaricato_____

Nota Informativa

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

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

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

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

La Rappresentanza Italiana

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

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

2. Informazioni sullo stato patrimoniale dell'Impresa

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

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

B. Informazioni sul contratto

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

3. Coperture Assicurative - Limitazioni ed esclusioni

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

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

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

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

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

5. Aggravamento e diminuzione del Rischio

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

Esempio

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

6. Premi

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

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

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

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

7. Diritto di Rivalsa

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

8. Diritto di Recesso

AVVERTENZA: *in caso di Sinistro sia l'Impresa sia il Contraente possono recedere dal Contratto in un periodo compreso tra la data di denuncia del Sinistro e il sessantesimo giorno della sua liquidazione o reiezione, con preavviso di 60 (sessanta) giorni.*
Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 17 delle Condizioni di Assicurazione.

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

9. Prescrizione e decadenza dai diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono entro due anni dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso, contro lo stesso, l'azione.

Essendo il contratto in regime di "**Claims made**" ovvero basato sulla Richiesta di Risarcimento del terzo danneggiato, le relative garanzie operano per le richieste pervenute all'Assicurato nel periodo di durata del contratto, anche se conseguenti a fatti antecedenti verificatisi nel periodo considerato rilevante secondo le condizioni contrattuali.

Pertanto terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo dell'Impresa.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

11. Regime fiscale

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

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo

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

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

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

Per la denuncia di sinistro scrivere a AmTrust Europe Ltd. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Paolo da Cannobio, 9 - 20122 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: rcprofessionale@amtrustgroup.com , che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

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

13. Reclami

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

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

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

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

14. Arbitrato

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

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

AmTrust Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia

Glossario

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

Assicurato

La persona fisica indicata nel **Modulo di Proposta,** dipendente di aziende sanitarie nonché libero professionista, che svolge l'attività di **sanitario non medico** indicata nel **Modulo di Proposta** e che abbia aderito alla presente **Polizza** per il tramite del **Contraente**.

Attività Professionale

L'attività sanitaria non medica connessa alla qualifica dichiarata nel **Modulo di Proposta**

Certificato di Assicurazione

Il documento emesso dalla **Società** che va a formare parte integrante della **Polizza**, emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo **Assicurato**, nel quale sono indicati i dati relativi all'**Assicurato**, le date di effetto e di scadenza dell'assicurazione e il **Premio** con le relative imposte governative.

Claims made

Il regime nel quale l'oggetto della garanzia di responsabilità civile è individuato nella **Richiesta di Risarcimento** del terzo danneggiato. Pertanto le relative garanzie operano per le richieste pervenute all'**Assicurato** nel periodo di durata della **Polizza**, anche se conseguenti a fatti antecedenti verificatisi nel periodo considerato rilevante secondo le condizioni contrattuali.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto a favore di **Terzi**.

Cose

Sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Circostanza/Circostanze

La segnalazione, inviata all'**Assicurato** dall'Azienda Sanitaria, di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali **Danni** e o segnalazioni scritte di **Terzi**.

Danno/Danni

Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a **Cose** (ivi compresi gli animali), nonché i **Danni** ad essi conseguenti.

Data di Continuità Assicurativa

La data meno recente tra:

- la data di adesione dell'**Assicurato** alla presente **Polizza**;
- la data di adesione dell'**Assicurato** ad analoga copertura assicurativa purché la stessa sia stata stipulata con la **Società** o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della **Società** e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di adesione alla presente **Polizza**.

Diritto di Ripensamento

E' la facoltà dell'Assicurato di recedere dal contratto annullandone gli effetti.

Indennizzo

La somma dovuta dalla **Società** al verificarsi d un **Sinistro**

Impresa di Assicurazione

Si veda "**Società**"

Intermediario

L'**Intermediario** di assicurazioni indicato nella **Scheda di Polizza** al quale il **Contraent**e ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa **Polizza**.

Massimale

La somma massima che la **Società** sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni **Sinistro** e per l'insieme di tutti i **Sinistri** pertinenti a uno stesso **Periodo di Assicurazione**, qualunque sia il numero delle **Richieste di Risarcimento** e delle persone danneggiate.

Modulo di Proposta

Il modulo, valido 30 giorni dalla data di sottoscrizione, costituente prova dell'adesione alla presente **Polizza** da parte dell'**Assicurato** e sottoscritto dall'**Assicurato** stesso.

Perdite Patrimoniali

Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a **Cose**.

Periodo di Assicurazione

Il periodo compreso tra la data di effetto e la data della prima scadenza annuale della **Polizza**. Successivamente il **Periodo di Assicurazione** corrisponde a ciascuna annualità di **Rinnovo** della **Polizza** medesima. Ad ogni scadenza, pagato il **Premio** convenuto per il **Rinnovo**, inizia un nuovo **Periodo di Assicurazione**, distinto dal precedente e dal successivo.

Periodo di Retroattività

Il periodo temporale pari a:

Nel caso di Massimale pari ad € 5.000.000,00:

- 10 (dieci) anni antecedenti alla **Data di Continuità Assicurativa** per l'Assicurato dipendente ospedaliero pubblico;

- 5 (cinque) anni antecedenti alla **Data di Continuità Assicurativa** per il Libero professionista.

Nel caso di Massimale pari ad € 2.000.000,00:

- 2 (dieci) anni antecedenti alla **Data di Continuità Assicurativa** sia per l'Assicurato dipendente ospedaliero pubblico, sia per il Libero professionista.

Polizza Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.

Premio La somma dovuta dal Contraente/Assicurato alla **Società**.

Recesso Dichiarazione unilaterale avente l'effetto di sciogliere il contratto.

Responsabilità solidale Responsabilità di più condebitori verso uno stesso concreditore, ciascuno dei quali è tenuto al pagamento dell'intero fatto salvo il diritto di regresso verso gli altri condebitori.

Richiesta di Risarcimento Quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell'**Assicurato**:

- La comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'**Assicurato** l'intenzione di ritenerlo responsabile per **Danni** o **Perdite Patrimoniali** cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'**Assicurato** stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali **Danni** o **Perdite Patrimoniali**;
- La citazione o la chiamata in causa dell'**Assicurato** per fatto colposo o errore od omissione;
- L'azione giudiziaria civile promossa contro l'**Assicurato** in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- La notifica all'**Assicurato** di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- La ricezione, da parte dell'**Assicurato**, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010;
- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'**Assicurato** dinanzi alla Corte dei Conti;
- la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la sua **Impresa di Assicurazione** manifesta all'**Assicurato** di volersi rivalere nei suoi confronti per **Danni** conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

Rinnovo E' la proroga del contratto per un nuovo **Periodo di Assicurazione** e alle medesime condizioni di cui al contratto originario.

Rischio E' la probabilità del verificarsi di una evento.

Scheda di Polizza Il documento, annesso a questa **Polizza** per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi all'**Assicurato / Contraente**, le date di effetto e di scadenza della **Polizza** e il **Premio** imponibile con le relative Imposte Governative.

Sinistro La **Richiesta di Risarcimento** sopra definita, di cui l'**Assicurato** venga a conoscenza per la prima volta nel corso del **Periodo di Assicurazione**.

Società L'**Impresa di Assicurazione** AmTrust Europe Limited.

Terzi Tutte le persone diverse dall'**Assicurato**. Non sono considerati **Terzi** i membri del nucleo familiare dell'**Assicurato** (come da Stato di Famiglia).

Fascicolo Informativo E' il documento che l'Assicuratore è tenuto a consegnare all'**Assicurato** prima che il contratto sia stipulato, contenente la nota informativa, il glossario, le condizioni di assicurazione ed il relativo certificato.

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

Condizioni di Assicurazioni

I. Oggetto del Contratto

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

II. Documentazione per gli Assicurati

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

III. Modulo di Proposta

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

IV. Premio e modalità di pagamento

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

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

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

V. Certificato di Assicurazione e documenti di **Rinnovo**

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

1) Una appendice di regolazione, a prova della copertura assicurativa, attestante l'avvenuta adesione alla **Polizza** riportante i dati degli **Assicurati** forniti all'intermediario all'atto dell'adesione, ovvero:
   - I dati identificativi dell'**Assicurato** (Cognome e Nome, Codice Fiscale e domicilio);
   - La decorrenza della garanzia;
   - La qualifica dell'**Assicurato**;
   - Il Massimale assicurato;
   - Il **Premio** alla decorrenza della garanzia e delle eventuali successive annualità.
2) L'**Intermediario** provvederà ad inviare per ciascun **Assicurato** che ha prorogato la copertura assicurativa un documento attestante l'avvenuta proroga della stessa.

Si precisa altresì, che l'appendice di regolazione avrà valenza di **Certificato di Assicurazione**.

VI. Durata del Contratto

La **Polizza** ha durata 3 anni.
Sia la **Società**, sia il **Contraente** hanno facoltà di rescindere il contratto annualmente previa comunicazione di **Recesso** da inviarsi entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza annuale, secondo le modalità previste all'Art. 14 della Polizza.
.

A. Avviso importante

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

Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Periodo di Retroattività

L'assicurazione è prestata nella forma "**Claims made**" ossia è resa attiva solo quando la **Richiesta di Risarcimento** sia portata a conoscenza dell'**Assicurato** per la prima volta nel corso del **Periodo di Assicurazione** e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione o **accaduti o commessi:**

1. **Per coloro che acquisteranno l'opzione con massimale di € 5.000.000,00:**
   - **non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa per i sinistri riferiti all'attività di dipendente Ospedaliero;**

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

2. **Per coloro che acquisteranno l'opzione con massimale di € 2.000.000,00:**
   - **non prima dei 2 (due) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa, sia per i sinistri riferiti all'attività di dipendente Ospedaliero, sia per i sinistri riferiti all'attività Libero professionale.**

Articolo 2 – Massimale

L'assicurazione è prestata per ciascun **Periodo di Assicurazione** e per ciascun Assicurato, secondo l'opzione acquistata, pertanto, fino alla concorrenza del **Massimale** di € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) oppure di € 2.000.000,00 (duemilioni/00).

Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione

3.1 Responsabilità Civile

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

La **Società** risponde:

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

L'assicurazione comprende altresì:

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

3.2 Responsabilità Civile per colpa grave

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

Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali

La **Società** assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'**Assicurato**, designando, ove occorra, legali e/o tecnici e/o consulenti e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'**Assicurato** stesso.
Sono a carico della **Società** le spese legali sostenute per assistere e difendere l'**Assicurato** in caso di **Richiesta di Risarcimento** / **Sinistro**, in aggiunta al **Massimale**, ma entro il limite del 25% del **Massimale** medesimo.
La **Società** non riconosce le spese incontrate dall'**Assicurato** per legali e/o tecnici e/o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe, ammende o sanzioni amministrative comminate all'**Assicurato**.

Articolo 5 - Persone non considerate Terzi

Non sono considerati **Terzi** il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'**Assicurato** nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive.

Articolo 6 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per le **Richieste di Risarcimento** originate da eventi, errori od omissioni accaduti o commessi in qualsiasi Paese del mondo, in quanto trovantesi l'**Assicurato** in tali Paesi su incarico dell'Azienda Sanitaria, ad esclusione degli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.
E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia.
La **Società** pertanto non è obbligata per **Richieste di Risarcimento** fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 7 - Precisazione sui rischi assicurati

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

Articolo 8 - Esclusioni

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

1) le **Richieste di Risarcimento** come precedentemente definite che pervengano all'**Assicurato** in data successiva a quella di scadenza del **Periodo di Assicurazione**, fatte salve le **Richieste di Risarcimento** connesse e/o conseguenti a quanto disposto dal successivo Articolo 16 relativamente alla denuncia delle **Circostanze**;
2) le **Richieste di Risarcimento** e/o le **Circostanze** che fossero già note all'**Assicurato** prima della **Data di Continuità Assicurativa;**
3) le **Richieste di Risarcimento** connesse e/o conseguenti ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'**Assicurato** antecedentemente alla **Data di Continuità Assicurativa**;
4) le **Richieste di Risarcimento** connesse e/o conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima del **Periodo di Retroattività** stabilito in **Polizza**.

Sono parimenti esclusi i **Danni:**

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

Articolo 9 - Responsabilità Solidale

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

Articolo 10 - Cessazione dell'Attività Professionale - Ultrattività

Se durante il **Periodo di Assicurazione** l'**Attività Professionale** dell'**Assicurato** viene a cessare definitivamente per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa connessa all'espletamento delle sue attività professionali), l'attività già svolta dall'**Assicurato** resta coperta, alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale **Periodo di Assicurazione**.
Resta peraltro convenuto che, previa comunicazione alla **Società** della sopravvenuta cessazione dell'**Attività Professionale**, è riservata all'**Assicurato**, o in caso di decesso ai suoi eredi, la facoltà di prorogare annualmente la **Polizza** versando alla **Società** un **Premio** annuo pari al 50% del **Premio** corrispondente all'ultima mansione svolta a copertura delle **Richieste di**

Risarcimento portate per iscritto a conoscenza dell'**Assicurato** dopo la cessazione definitiva dell' **Attività Professionale** purché conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del **Periodo di Retroattività** convenuto.
Tutto quanto sopra unicamente nel caso in cui la cessazione definitiva dell'**Attività Professionale** ed il **Premio** dovuto per la proroga vengano rispettivamente comunicata e versato alla **Società** entro i 30 (trenta) giorni successivi alla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione**.

Articolo 11 - Variazioni del Rischio

Qualora nel corso del **Periodo di Assicurazione** si verifichi una diminuzione del **Rischio** (Art. 1897 Codice Civile) o un aggravamento del **Rischio** (Art. 1898 Codice Civile) per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il **Rischio** continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del **Premio** dovuto alla **Società**.
Qualora si verifichi un mutamento dell'**Attività Professionale** dell'**Assicurato** verso una qualifica assicurabile con la presente **Polizza**, ma con un differente ammontare di **Premio**, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione nè limitazione fino alla scadenza del **Periodo di Assicurazione**, fermo restando l'obbligo di provvedere alla tempestiva comunicazione alla **Società** e, con effetto dalla prima scadenza utile, all'aggiornamento dell'eventuale maggior **Premio** assicurativo dovuto (art. 1898 Codice Civile).
Nel caso in cui le nuove mansioni non siano riconducibili ad una qualifica assicurabile, l'assicurazione non sarà operante per detta nuove mansioni, ma l'assicurazione proseguirà fino alla scadenza del **Periodo di Assicurazione** per eventuali **Danni** conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nello svolgimento delle precedenti **Attività Professionali** assicurate.
In caso di riduzione o aggravamento del **Rischio**, il **Contraente** o l'**Assicurato** deve darne comunicazione scritta alla **Società**, ai sensi degli artt. 1897 e 1898 c.c. entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di variazione del **Rischio**. In particolare, gli aggravamenti di **Rischio** non noti o non accettati dalla **Società** possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**Indennizzo**, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione. La mancata comunicazione da parte del **Contraente** o dell'**Assicurato** di **Circostanze** aggravanti il **Rischio** non comporteranno ipso facto la decadenza del diritto di **Indennizzo**, sempreché tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede. La **Società** ha peraltro il diritto di percepire la differenza di **Premio** corrispondente al maggior **Rischio** a decorrere dal momento in cui la **Circostanza** si è verificata. Nel caso di diminuzione del **Rischio** la **Società** è tenuta a ridurre il **Premio** o le rate di **Premio** successive alla comunicazione del **Contraente** o dell'**Assicurato** ai sensi dell'art.1897 c.c..

Articolo 12 - Pagamento del Premio

Il primo **Periodo di Assicurazione** ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato in **Polizza** se il **Premio** o la prima rata di **Premio** sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.
Ad ogni scadenza, pagato il **Premio** convenuto o la prima rata dello stesso ha inizio un nuovo **Periodo di Assicurazione**, distinto dal precedente e dal successivo.
Se l'**Assicurato** non paga il **Premio** successivo, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende dalle ore 24:00 del giorni del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 13 - Oneri fiscali

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

Articolo 14 - Rescindibilità della Polizza

Ferma la durata indicata in **Polizza,** è data facoltà alle Parti di rescindere annualmente la **Polizza** stessa previa comunicazione di recesso da inviarsi entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza di ogni **Periodo di Assicurazione** secondo una delle seguenti modalità:

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

Articolo 15 - Coesistenza di altre assicurazioni

Ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile l'obbligo di comunicare alla **Società** la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di **Sinistro**
L'**Assicurato** è tenuto a denunciare il **Sinistro** a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 16 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento

L'**Assicurato** è tenuto a denunciare in forma scritta, anche per il tramite dell'**Intermediario**, entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.
La denuncia di **Sinistro, Richiesta di Risarcimento** deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nominativo dei pazienti danneggiati e ogni altra notizia utile per la **Società** incluso quanto previsto dal secondo comma dell'Articolo 15 in caso di coesistenza di altre assicurazioni.
Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli atti giudiziari relativi al alla **Richiesta di Risarcimento**, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.
Senza il previo consenso scritto della **Società**, l'**Assicurato** non deve ammettere sue responsabilità, definire o riconoscere somme, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

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

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

b) le **Circostanze** per cui abbia ricevuto in forma certa la segnalazione dall'**Azienda Sanitaria** di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali **Danni**.
   Eventuali future **Richiesta di Risarcimento** connesse e/o conseguenti alle **Circostanze** regolarmente notificate alla **Società** nei termini e nelle modalità previste dal presente articolo di **Polizza**, saranno trattate a tutti gli effetti come **Sinistri** verificatisi nel **Periodo di Assicurazione** di notifica della **Circostanza**.

Articolo 17 - Facoltà di Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni denuncia di **Sinistro** e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto il **Contraente** che la **Società** possono recedere da questa **Polizza** con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni, secondo le modalità previste all'art. 14 della Polizza.
In caso di **Recesso** il **Contraente** si impegna a non fare sottoscrivere ulteriori **Moduli di Proposta** che abbiano decorrenza successiva alla data di effetto del Recesso.
È peraltro convenuto che la durata della copertura nei confronti di ciascun **Assicurato**, relativamente alle coperture decorse prima della data di Recesso, è garantita sino alla scadenza relativa al **Periodo di Assicurazione** per il quale è stato pagato il relativo **Premio**, senza possibilità di proroga.
È altresì convenuto che in caso di denuncia di **Sinistro** e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione tanto il **Contraente**/**Assicurato** che la **Società** possono far cessare la copertura assicurativa relativa alla singola adesione colpita dal **Sinistro** con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni, secondo le modalità previste all'art. 14 della Polizza.
Nel caso in cui sia la **Società** a far cessare la garanzia quest'ultima rimborserà la parte di **Premio**, al netto delle imposte governative, relativa al periodo di **Rischio** non corso.

Articolo 18 - Surrogazione

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

Articolo 19 - Forma delle comunicazioni – Variazione della Polizza

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

Articolo 20 - Gestione della Polizza

Con la sottoscrizione della presente **Polizza** il **Contraente**, anche per conto degli **Assicurati**, conferisce all'**Intermediario** il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.
E' convenuto pertanto che:
a) ogni comunicazione fatta all'**Intermediario** dalla **Società** sarà considerata come fatta al **Contraente** e/o all'**Assicurato**;
b) ogni comunicazione fatta dall'**Intermediario** alla **Società** sarà considerata come fatta dal **Contraente** e/o all'**Assicurato**.
La **Società** accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite l'**Intermediario**, pertanto il pagamento del **Premio** eseguito all'**Intermediario** stesso si considera effettuato direttamente alla **Società**, ai sensi dell'Art. 118 del D.lgs 209/2005.
Per la denuncia di sinistro scrivere a AmTrust Europe Ltd. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Paolo da Cannobio, 9 - 20122 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: rcprofessionale@amtrustgroup.com , che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

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

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

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

All'atto del perfezionamento della Polizza il Contraente non versa alcun premio.
Il Contraente si impegna a trasmettere alla Società entro il 15° (quindicesimo) giorno di ciascun mese l'elenco delle nuove inclusioni con i relativi dati identificativi, la qualifica, la decorrenza della garanzia e la data del versamento del premio da parte dell'Assicurato. L'invio di tali elenchi sarà da intendersi come conferma dell'avvenuto pagamento del premio da parte dell'Assicurato. Il premio così incassato dovrà essere versato alla Società entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.
La Società procederà quindi alla regolazione mensile del premio che dovrà essere pagata entro 30 giorni da quando la Società ha presentato al Contraente la relativa appendice di regolazione.

La copertura assicurativa delle singole inclusioni avrà decorrenza alle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese nel quale è stato effettuato il pagamento del premio e avrà durata annuale con tacito rinnovo.

Articolo 22 - Determinazione del Premio

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

Le categorie di **Rischio**	**Massimale**		
	€ 2.000.000,00 | € 5.000.000,00		
	Premio Annuale Lordo		
01 Infermiere/Infermiere Pediatrico/ Vigilatrice d'infanzia/Coordinatore infermieristico	€	38,00 | €	60,00
02 Tutte le professioni sanitarie non mediche con esclusione delle Ostetriche	€	38,00 | €	60,00
03 OSS – OSSS – OTA – ASA	€	38,00 | €	60,00
04 Ostetriche	€	150,00 | €	300,00

Articolo 23 - Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti

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

Articolo 24 - Foro competente

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

Articolo 25 - Rinvio alle norme di legge

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

Articolo 26 - Clausola di Continuità

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

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

la copertura assicurativa viene prestata senza soluzione di continuità.

Articolo 27 - Recesso per Ripensamento

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

La Società

AmTrust Europe Limited
Il Procuratore Speciale
Serena Bocchi

Il Contraente

CSE Medical Malpractice
20123 Milano - Via San Vincenzo, 3
Tel. 02.23.36.91.26 - Fax 02.93.66.03.26
info@malpractice.it - Codice Fiscale: 97598560155

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

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

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

1. Finalità del trattamento dei dati:

Il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato:

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

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

2. Modalità del trattamento:

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

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

I dati raccolti, inclusi quelli sensibili,

a) per le finalità di cui al punto 1., verranno comunicati alle Società del Gruppo AmTrust, in particolare a:
AmTrust Europe Ltd, Market Square House, St. James's Street Nottingham NG1 6FG (UK) - P.I. GB764402928;
AmTrust Europe Ltd. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Paolo da Cannobio, 9 - 20122 Milano – Divisione Sinistri Milano;
AmTrust Financial Services, Inc. - 59 Maiden Lane, 43rd Floor New York, NY 10038 e sedi secondarie.
b) per le finalità di cui al punto 1. i dati verranno comunicati a soggetti quali a titolo esemplificativo e non esaustivo:
Soggetti facenti parte della catena assicurativa quali: Coassicuratori, Riassicuratori, agenti e brokers, Organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settori assicurativo, consulenti, traduttori; Società di servizi informatici, di archiviazione, di stampa ed invio della corrispondenza, di gestione della posta in arrivo e in partenza, di certificazione di qualità, di revisione contabile e certificazione di bilancio, istituti di credito per l'esecuzione di eventuali pagamenti.

4. Diffusione dei dati:

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

5. Trasferimenti dei dati all'estero:

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

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

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

7. Titolare del trattamento dei dati:

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

8. Diritti dell'interessato:

L'elenco degli Incaricati del trattamento designati da AmTrust Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia è disponibile presso la sede del Titolare.
L'interessato, per l'esercizio dei propri diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, potrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: amtrustmilano@pec.it

Dichiarazioni del Contraente

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

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

il Contraente _____

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

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

il Contraente _____

AmTrust *Nurse&Care* EXECUTIVE

UA Underwriting Agency
Agenzia Generale AmTrust Europe

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

I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.

III. L'assicurazione è prestata nella forma "**Claims made**", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO ITDMM16A2037761200000	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO	FAX	

Barrare la casella dell' Attività Professionale:

□ 01 INFERMIERE/INFERMIERE PEDIATRICO/ VIGILATRICE D'INFANZIA/COORDINATORE INFERMIERISTICO	□ 02 TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE CON ESCLUSIONE DELLE OSTETRICHE	□ 03 OSS – OSSS – OTA – ASA	□ 04 OSTETRICHE
LIBERO PROFESSIONISTA SI □ NO □			

1) *Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited*

Il Proponente è attualmente assicurato per con AmTrust Europe Limited? SI □ NO □
In caso di risposta affermativa indicare la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: ___ / ___ / _____

2) *Massimale Richiesto / Retroattività richiesta*

Indicare il Massimale richiesto tra:

☐ **2 Milioni**
Retroattività di 2 anni per i sinistri riferiti all'attività di dipendente Ospedaliero;
Retroattività di 2 anni per i sinistri riferiti all'attività Libero professionale.

☐ **5 Milioni**
Retroattività di 10 anni per i sinistri riferiti all'attività di dipendente Ospedaliero;
Retroattività di 5 anni per i sinistri riferiti all'attività Libero professionale.

3) *Dichiarazioni del Proponente / Assicurato*

3.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

3.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni

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

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 3.1 e 3.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.

- Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività pari ai dieci anni (cinque anni per i liberi professionisti) antecedenti la Data di Continuità Assicurativa intendendosi per tale la meno recente tra:
  a. la data di decorrenza della Polizza;
  b. la data di adesione dell'Assicurato ad analoga copertura assicurativa a condizione che la stessa sia stata stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di decorrenza della Polizza.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
  a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  b. Condizioni di Assicurazione;
  c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato _____

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

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

Luogo e data della sottoscrizione li _____ *, il __/__/____* *Il Proponente / Assicurato* _____

AmTrust *Nurse&Care* EXECUTIVE

UA Underwriting Agency
Agenzia Generale AmTrust Europe

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

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO[1]

La presente scheda non deve essere restitutita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.

A) Dati Identificativi Proponente/Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 3.1 e 3.2 della proposta

1) Il Proponente/Assicurato indichi la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 3.1. e 3.2 del questionario:

- ☐ Informazione di garanzia
- ☐ Atto di citazione
- ☐ Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c.
- ☐ Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____(In lettere)_____
- ☐ Ricevimento di istanza di mediazione
- ☐ Verbale di Identificazione
- ☐ Altro (specificare)_____

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per_____
- Altro_____
- Ruolo svolto dall'Assicurato_____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità)_____

C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento:_____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento:_____
- Età del paziente:_____
- Data dell'evento:_____
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato:_____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente:_____
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato si no
- Percentuale di invalidità attribuita/richiesta al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica:_____%
- Indichi, altresì, il Proponente/Assicurato eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ali fini della stipula della polizza:

D) Stato del sinistro

1) Si precisi se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

SI NO

Se si:
Imputazione:_____

Stato e grado del procedimento:_____

[1] **La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 3.1. e 3.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.**

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

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui **il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso**, indichi il Proponente/Assicurato l'esito dello stesso:

☐ Condanna a *(specificare)*_____

☐ Patteggiamento *(specificare)*_____

☐ Assoluzione

☐ Proscioglimento

☐ Non luogo a procedere

☐ Prescrizione

☐ Amnistia e indulto

☐ Decreto penale di condanna

3) Si precisi se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, il Proponente/Assicurato indichi esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate:_____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con AmTrust Europe Limited.
Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome:_____Cognome:_____

Data:_____Firma_____

Capitale Sociale € 92.000.000,00
Authorised by the Prudential Regulation Authority
Regulated by the Financial Conduct Authority and the Prudential Regulation Authority

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Paolo Da Cannobio 9
20122 Milano
Tel: 02 8343 8150
Fax: 02 8343 8174
Email: milan@amtrustgroup.com
Compagnia iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n° I.00103
Codice IVASS Impresa n° D904R
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963
R.E.A. 1969043

Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti – Executive - Edizione Marzo 2016.