

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici SIP

Il Set Informativo contiene:

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

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Edizione Dicembre 2019

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



Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "AmTrust Convenzione RC SIP – Ed.12/2019"



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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura i Medici Pediatri ed i Medici Specializzandi soci di SIP (SIP – Società Italiana di Pediatria), iscritti al relativo Albo professionale, per i danni causati a terzi nello svolgimento della propria Attività Professionale.

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



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Responsabilità civile professionale:** il patrimonio dell'Aderente di quanto sia tenuto a pagare in qualità di civilmente responsabile per i danni conseguenti a lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Professionale.

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

Ultrattività - in caso di prosecuzione dell'Attività o in caso di diminuzione del rischio

Le coperture assicurative operano entro il **Massimale** di Polizza (3.000.000 euro o 5.000.000 euro).

- ✗ Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione
- ✗ Violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione
- ✗ Derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk)
- ✗ Derivanti da consulenza on line e/o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria

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



Che cosa non è assicurato?

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

La Polizza non assicura i sinistri:

- ✗ Notificati durante il Periodo di Assicurazione e denunciati alla Società oltre 30 giorni dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione stesso
- ✗ Relativi a fatti dannosi accaduti prima del Periodo di Retroattività stabilita nel Certificato di Assicurazione
- ✗ Conseguenti a Fatti e/o Circostanze note all'Aderente, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori.

Sono escluse le Richieste di Risarcimento per:

- ✗ Danni da violazione del consenso informato
- ✗ Danni causati da esplosioni o emanazioni di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, non conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale assicurata



Ci sono limiti di copertura?

- ! In caso di responsabilità solidale con altri responsabili, la Società risponde solo per la quota di tua pertinenza
- ! Le attività professionali assicurate sono unicamente quelle riportate nel Certificato di Assicurazione



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Devi dare immediato avviso alla Compagnia dei cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato.
- In caso di Sinistro devi comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del tuo diritto all'indennizzo.
- In caso di Sinistro devi denunciarlo alla Società entro 15 giorni da quando ne hai avuto conoscenza, secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione, e agli altri assicuratori se hai assicurato lo stesso rischio anche con altri; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Senza il previo consenso scritto della Società, non devi ammettere responsabilità o definire la liquidazione o transare o sostenere spese; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Devi comunicare tempestivamente alla Società la cessazione dell'attività professionale e provvedere alla regolazione del relativo premio aggiuntivo per l'Ultrattività.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).



Quando e come devo pagare?

Devi pagare il Premio prima della data di decorrenza dell'assicurazione. Il premio è comprensivo di accessori e di imposte (secondo le norme fiscali vigenti) ed è pari al 100% del Premio annuo qualora il Periodo di Assicurazione sia uguale o maggiore di mesi 6 (sei) e pari al 50% del Premio annuo nel caso in cui il Periodo di Assicurazione sia minore a mesi 6 (sei). Nel caso in cui la data di decorrenza dell'adesione sia successiva al 31/10 e precedente al 31/12, il Premio dovuto è pari a 14/12 (quattordici dodicesimi) del Premio annuo.

Il premio di regolazione dell'Ultrattività per la cessazione definitiva dell'attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione o in due rate semestrali, senza oneri aggiuntivi.

Puoi pagare il premio con bonifico bancario o sistemi di pagamento elettronico. Non è possibile pagare in contanti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per il Contraente la polizza dura un anno con tacito rinnovo.

Per l'Aderente, la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione, coincidente con il primo giorno del mese nel quale è stato sottoscritto il Modulo di Adesione, se pagato il premio; oppure dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio se successivo, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nel Certificato di Assicurazione (31/12). Nel caso in cui la data di decorrenza dell'adesione sia successiva al 31/10 e precedente al 31/12, il Certificato di Assicurazione ha scadenza il 31/12 dell'anno successivo. Per l'Aderente, la copertura non prevede il tacito rinnovo.

Fintanto che la polizza è in vigore, per l'Aderente è prevista la possibilità di prorogare la copertura in continuità assicurativa versando il Premio annuo entro il l'ultimo giorno del mese di Febbraio successivo alla scadenza.



Come posso disdire la polizza?

Per il Contraente è prevista possibilità di disdetta almeno 90 giorni prima della scadenza annuale, secondo le modalità previste dalle Condizioni di Assicurazione.

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

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

AmTrust Assicurazioni S.p.A.



Prodotto "AmTrust Convenzione RC SIP" Ed. 12/2019 – Ultimo Aggiornamento 12/2019

31/12/2019 (data di realizzazione), il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

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

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

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 6.374 migliaia di Euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 5.500 migliaia di Euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 874 migliaia di Euro. Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link <https://www.amtrust.it/sfcr.pdf>. L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 0,2 migliaia di Euro; l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 3.700 migliaia di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura (OF) è pari a 6.313 migliaia di Euro.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 2.714%; 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 31/12/2018.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato ?

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

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

GARANZIA - Responsabilità civile professionale

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Aderente, tenendolo indenne di ogni somma che questi siano tenuti a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Professionale, unicamente nei casi di:

- Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale dichiarata nel Modulo di Adesione ed indicata nel Certificato di Assicurazione;
- Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria nonché di Surrogazione dell'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222;

- d) limitatamente ai casi di **Responsabilità Civile derivanti da colpa grave**, ossia qualora la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'attività professionale svolta dall'Aderente in qualità di dipendente o convenzionato di struttura, clinica o istituto facente capo al Sistema Sanitario Nazionale (inclusa l'attività Intramoenia), tiene indenne l'Aderente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto a cui l'Aderente presta la propria opera, o al suo Assicuratore, **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.**

Estensione di garanzia incluse nel Premio sempre operanti

L'Assicurazione comprende altresì:

- i Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve;
- i Danni derivanti dall'attività di sostituzione del Medico di Medicina generale (ex medico di base) e/o Servizio di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) eventualmente svolte dall'Aderente che abbia conseguito la specializzazione;
- l'esecuzione e la partecipazione dell'Aderente ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo delle appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;
- le prestazioni sanitarie erogate dall'Aderente in regime di libera professione Intramoenia ovvero in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina;
- la responsabilità in capo all'Aderente in caso di Danni derivanti da fatti commessi dal medico sostituto.
- i Danni e le Perdite Patrimoniali connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario e Dirigente medico per l'attività di carattere medico;
- Danni conseguenti a:
 - i. incendio, esplosione e/o scoppio delle cose dell'Aderente o da lui detenute e che abbiano causato Danni a terzi;
 - ii. interruzione dell'attività di terzi;
 - iii. inquinamento, l'Assicurazione è operante unicamente per quei danni che si determinino in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, da parte di sostanze, di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite dal complesso delle strutture di pertinenza dell'Aderente e che siano derivanti da guasti o rotture accidentali di impianti, condutture e/o serbatoi.

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

- i Danni derivanti dall'impiego di farmaci "off label" in ambito pediatrico, purché esso avvenga nel rispetto delle norme che in Italia ne disciplinano accreditamento, indicazione, prescrizione ed utilizzo. Ciò sempre che sia stato previamente rilasciato dal paziente pieno e valido consenso al trattamento "off-label e ferma l'esclusione di prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione.
- i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti da Responsabilità Amministrativa e Amministrativo – Contabile connessa a funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale derivanti dal ruolo di Dirigente Medico, Direttore di struttura semplice e/o Complessa e Direttore di Dipartimento, della struttura sanitaria pubblica di appartenenza. Restano escluse dall'Assicurazione le Perdite Patrimoniali connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale aziendale del direttore amministrativo o direttore generale;
- i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta dall'Aderente in qualità di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere purché gli stessi siano inerenti all'attività professionale dichiarata;
- i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta dall'Aderente in qualità di sostituto di altro medico pediatra di libera scelta eventualmente svolta dall'Aderente che abbia conseguito la specializzazione;
- i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta nell'ambito del servizio di Emergenza Sanitaria (ex Servizio 118);
- i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta dall'Aderente in qualità di formatore, docente, consulente e/o perito purché tale attività sia inerente all'attività professionale dichiarata;
- i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti dall'attività svolta in Volontariato presso ONLUS (così come definita dall'art.10 del d.lgs.4 dicembre 1997,n.460) o presso organizzazioni di volontariato (così come definite dall'art. 3 della legge 11 agosto 1991 n. 266) o in funzione di accordi sottoscritti da SIP con Enti/associazioni per finalità di volontariato, nonché nell'ambito del servizio di continuità assistenziale.
- i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta nei confronti di pazienti adulti esclusivamente per:
 - i. pazienti adulti nei confronti dei quali l'attività del medico sia iniziata per la prima volta nel corso durante l'età pediatrica;
 - ii. pazienti adulti in cura per malattie genetiche che coinvolgano in primis i loro figli;
 - iii. somministrazione di vaccini a pazienti adulti.

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

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

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

Estensione di Garanzia per gli Aderenti provenienti contratto di assicurazione Nobis AIRS/C001

Relativamente ai Medici Pediatri assicurati con contratto di assicurazione della responsabilità civile professionale Nobis AIRS/C001 ed indicati nell'allegato 1 alla Polizza che, alla scadenza di tale contratto, aderiscano senza soluzione di continuità alla presente Polizza, non troverà applicazione l'esclusione di cui all'Art. 3.1 terzo allinea con riferimento ai Fatti e/o Circostanze note di cui l'Aderente abbia avuto notizia nel corso di tale contratto di assicurazione.

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

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Retroattività non illimitata	L'Assicurato può chiedere l'attivazione di un Periodo di Retroattività non illimitato per l'attività svolta in libera professione
-------------------------------------	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Ultrattività	Qualora l'Aderente cessi definitivamente la propria attività per libera volontà, pensionamento, invalidità o morte e non per altra ragione imposta (es.: sospensione o cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari) è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto per una copertura di ulteriori 10 anni relativa a fatti verificatisi durante il Periodo di Assicurazione e comunque non precedenti al periodo di retroattività. In caso di morte dell'Aderente, la copertura è estesa ai suoi eredi e non è assoggettabile a recesso. La stessa estensione può essere richiesta anche in caso di prosecuzione dell'attività professionale dell'Aderente e di diminuzione del rischio.
---------------------	--



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che sono Escluse le Richieste di risarcimento: • 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'Aderente, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages); • per Danni e Perdite Patrimoniali conseguenti a furto; • riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore; • per Perdite Patrimoniali connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale aziendale del direttore amministrativo o direttore generale; • relative a responsabilità dell'eventuale 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 Aderente; • alle Cose mobili e immobili che l'Aderente abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo; • in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere; • relativi a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Aderente abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo
-----------------------	--

	Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Aderente venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale; • per Perdite Patrimoniali derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk); • in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Aderente non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza; • per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo; • avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali; • la Società non riconosce le spese sostenute dall'Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati;
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Non sono considerate Fatto e/o Circostanza

- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura Sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa l'Aderente venga portato a conoscenza della esistenza di una Richiesta di Risarcimento relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto;
- le comunicazioni notificate all'Aderente da strutture, cliniche o istituti facenti parte del SSN ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24;
- eventuali azioni giudiziarie penali intentate contro l'Aderente stesso e/o eventuali relazioni fatte dall'Aderente e/o eventuali richieste di relazione formulate all'Aderente.

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa quanto segue: la denuncia di sinistro per le Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente durante il Periodo di Assicurazione (da farsi entro 15 giorni da quando si è avuta conoscenza del sinistro stesso e comunque non oltre 30 giorni dalla scadenza del Periodo di Assicurazione) deve contenere: - la data e la descrizione del fatto; - l'indicazione delle cause e delle conseguenze; - il nome e la residenza dei danneggiati; - ogni altra notizia utile per la Società. Deve essere trasmessa, a: AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici 14 – 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: rcprofessionale@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali. Alla denuncia deve far seguito con urgenza l'invio dei documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti. Senza il previo consenso scritto della Società, l'Aderente 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.
	Assistenza diretta in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni false o reticenze sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto possono comportare: • l'annullamento del Contratto se derivanti da dolo o colpa grave o la facoltà di recesso da parte dell'Aderente se non sussiste dolo o colpa grave; • la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	L'Impresa si impegna a pagare all'Aderente gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 45 giorni dalla data di definizione del sinistro o del mancato accordo dell'importo dello stesso.



Quando e come devo pagare?

Premio	Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che: - I premi assicurativi sono pagati con le seguenti modalità: sistemi di pagamento elettronico o bonifico bancario che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione. - Il premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 22,25% del premio imponibile annuo. - Il pagamento del premio è annuale. - Non sono previste tecniche di vendita multilevel marketing.
Rimborso	In caso di recesso per ripenamento entro 14 (quattordici) giorni dal giorno di pagamento del Premio, all'Aderente è dovuto il rimborso integrale del Premio pagato, senza trattenuta alcuna. In caso di Recesso per Sinistro esercitato dalla Società secondo le modalità previste, all'Aderente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Limitatamente agli Aderenti già assicurati con Polizza AmTrust International Underwriters DAC n° IITDMM17A3121200000 e copertura in scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2019, e la copertura assicurativa della presente Polizza viene prestata senza soluzione di continuità. Esclusivamente per le adesioni avvenute nel periodo 01/01 - 29/02, la copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di effetto della Polizza stessa (31/12), a condizione che il Premio sia stato versato entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di Febbraio, altrimenti l'adesione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di richiedere la sospensione totale o parziale del contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto prevede il diritto di ripensamento. Nel caso di collocamento del contratto fuori dai locali di commercio (c.d. vendita a distanza), l'Aderente ha diritto di esercitare diritto di recesso/ripenamento entro 14 (quattordici) giorni dal giorno di pagamento del premio. La comunicazione della volontà di recesso dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta tramite email, fax, posta ordinaria o lettera raccomandata AR al Contraente e/o al Broker incaricato e/o alla Società. In tal caso il Certificato di Assicurazione sarà annullato dalla data di decorrenza della copertura, e il Contraente e/o il Broker e/o la Società rimborserà all'Aderente il Premio pagato, senza trattenuta alcuna. Resta inteso che in caso di esercizio del diritto di recesso, eventuali sinistri occorsi entro i 14 (quattordici) giorni successivi alla data di effetto della copertura non saranno indennizzati.
Risoluzione	Il contratto non prevede ipotesi di risoluzione, salvo quelle previste dalla legge.
Recesso per Sinistro	Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, tanto il Contraente che la Società possono recedere dalla Polizza con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni. In caso di recesso il Contraente e l'Intermediario si impegnano a non fare sottoscrivere ulteriori Moduli di Adesione con decorrenza successiva alla data di effetto del recesso. E' peraltro convenuto che, relativamente alle adesioni con decorrenza prima della data di recesso e per le quale è stato pagato il relativo Premio, è garantita la durata della copertura nei confronti di ciascun Aderente sino alla data di scadenza anniversaria indicata nel Certificato di Assicurazione, senza possibilità di rinnovo.
Recesso per Sinistro del singolo Aderente	E' altresì convenuto che in caso di denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, l'Aderente può recedere dalla propria copertura assicurativa colpita dal Sinistro, con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni. In caso di denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, anche la Società può recedere dalla copertura assicurativa relativa alla singola adesione colpita dal Sinistro, con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni ma previo nulla-osta del

	Contraente. In tal caso, la Società rimborserà la parte di Premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto delle imposte governative.
--	---



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai Medici Pediatri ed ai Medici Specializzandi soci di SIP (Società Italiana di Pediatria) iscritti al relativo Albo professionale, per lo svolgimento della propria Attività professionale.



Quali costi devo sostenere?

Il premio pagato dal Contraente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 16,00% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	È da considerarsi reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto a Ufficio Reclami – AmTrust Assicurazioni S.p.A. - Via Clerici 14, 20121 Milano - Fax +39 0283438174 - Email: reclami@amtrustgroup.com. Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo a cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso. La Compagnia, ricevuto il reclamo, fornirà riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento dello stesso. Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori e degli Intermediari a titolo accessorio, il termine di riscontro di cui sopra, potrà essere sospeso per un massimo di 15 (quindici) giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo. Nel caso di reclami relativi al comportamento degli altri intermediari (Broker e Banche) e loro dipendenti/collaboratori, gli stessi saranno gestiti direttamente dall'Intermediario interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. In caso di rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'articolo 22, comma 10, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221, i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un Broker, sono gestiti dall'intermediario proponente mentre i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un'Agenzia, sono gestiti dall'impresa proponente.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Non è previsto il ricorso all'istituto dell'Arbitrato. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).

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

AmTrust Assicurazioni S.p.A. mette a disposizione dei propri clienti un'area riservata del proprio sito web destinata ALLA SOLA CONSULTAZIONE di informazioni relative al contratto.

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario	3
Che cosa è assicurato?	6
Informazioni sull'Assicurazione	6
Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie	6
1.1 Disposizioni Comuni	6
a. Oggetto	6
b. Validità temporale dell'Assicurazione	6
b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione	6
b.2 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività	6
c. Surrogazione	6
1.2 GARANZIA - Responsabilità Civile professionale	7
1.3 Estensione di Garanzia incluse nel Premio	7
a. Estensione di Garanzia sempre operanti per i Medici che hanno conseguito la specializzazione	7
b. Estensione di Garanzia per il dipendente o convenzionato di struttura facente capo al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)	8
c. Estensione di Garanzia per gli Aderenti provenienti contratto di assicurazione Nobis AIRS/C001	8
Articolo 2 Garanzia aggiuntiva opzionale	8
2.1 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività	8
2.2 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di diminuzione del rischio	8
Che cosa NON è assicurato?	9
Articolo 3 Esclusioni	9
3.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione	9
3.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione	9
3.3 Esclusioni dal novero dei terzi	9
Ci sono limiti di copertura?	10
Articolo 4 Limiti di copertura - Responsabilità solidale	10
Dove vale la copertura?	10
Articolo 5 Estensione territoriale	10
Cosa fare in caso di sinistro e come viene gestito il sinistro?	10
Articolo 6 Sinistri	10
6.1 Obblighi dell'Aderente in caso di Sinistro	10
6.2 Gestione delle vertenze e spese legali	10
6.3 Liquidazione del Sinistro	11
6.4 Coesistenza di altre assicurazioni	11
Quando e come devo pagare?	11
Articolo 7 Pagamento, regolazione e rimborso del Premio	11
7.1 Pagamento del Premio della Polizza collettiva	11
7.2 Pagamento del Premio e sospensione della singola adesione	11
7.3 Premio di Regolazione - Ultrattività	12
7.4 Rimborso del Premio	12

Quando comincia la copertura e quando finisce?	13
Articolo 8 Effetto e durata dell'Assicurazione	13
8.1 Effetto e durata della Polizza Collettiva	13
8.2 Effetto e durata della singola adesione	13
8.3 Clausola di continuità	13
Recesso e risoluzione	13
Articolo 9 Casi di interruzione del Contratto	13
9.1 Diritto di recesso per il singolo Aderente	13
9.2 Recesso per Sinistro	13
9.3 Recesso per Sinistro del singolo Aderente.....	14
Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie	14
Articolo 10 Arbitrato	14
Altre Disposizioni Contrattuali	14
Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	14
Articolo 12 Variazioni contrattuali.....	14
12.1 Aggravamento e diminuzione del rischio	14
12.2 Ulteriori Variazioni contrattuali per il medico specializzando	14
Articolo 13 Assicurazione per conto altrui.....	15
Articolo 14 Oneri fiscali.....	15
Articolo 15 Foro competente per l'esecuzione del Contratto	15
Articolo 16 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione	15
Articolo 17 Rinvio alle norme di legge	15

Glossario

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

Aderente

il professionista Socio del Contraente, iscritto all' Ordine dei Medici Chirurghi, laureato in medicina e chirurgia, esercente esclusivamente l'attività professionale nell'ambito della specialità di Medico Pediatra, che aderirà alla Polizza.

Aggravamento del rischio

Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti un incremento della probabilità che si verifichi l'evento assicurato, oppure un incremento del danno conseguente al suo verificarsi.

Attività Intra o Extramoenia

È considerata *Intramoenia*, equiparata all'*intramoenia allargata*, l'attività svolta dai soggetti che rispondono a determinati requisiti soggettivi:

- Personale dipendente dirigente del servizio sanitario nazionale
- Docenti universitari e ricercatori che effettuano attività assistenziale presso cliniche e istituti universitari di ricovero e cura anche se gestiti direttamente dalle università;
- Personale laureato e medico di ruolo in servizio nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria;
- Dipendenti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto privato;
- Personale autorizzato ad operare presso studi privati o strutture non accreditate, purché l'attività rispetti i criteri fissati dal D.M. Sanità 31/7/1997 e successivamente negli atti adottati dai direttori generali delle strutture sanitarie.

L'Attività *Intramoenia* consiste nell'adempimento dell'attività libero professionale all'interno della struttura ospedaliera e comunque al di là dell'impegno di servizio; si chiama al contrario *Extramoenia* quella svolta privatamente al di fuori della struttura ospedaliera.

Certificato di Assicurazione

Il documento, emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo Aderente, nel quale sono indicati i dati relativi all'Aderente, le date di decorrenza e di scadenza dell'assicurazione, il Periodo di Retroattività, la categoria di rischio, il Massimale e il Premio con le relative Imposte Governative.

Contraente

SIP – Società Italiana di Pediatria.

Danno/Danni

La/le conseguenza/e pregiudizievole/i del fatto illecito o dell'evento assicurato. I Danni possono essere patrimoniali o non patrimoniali.

Data di Continuità Assicurativa

La data meno recente tra:

- la data di adesione dell'Aderente alla presente Polizza;
- la data di adesione dell'Aderente ad una delle polizze in continuità assicurativa con la n° IITDMM17A3121200000 e precedenti.

Fatto e/o Circostanza

Costituisce Fatto e/o Circostanza qualsiasi comunicazione indirizzata all'Aderente in forma scritta che possa fargli prevedere una sua responsabilità per colpa o per inadempimento.

Non sono considerate Fatto e/o Circostanza:

- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura Sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa l'Aderente venga portato a conoscenza della esistenza

di una Richiesta di Risarcimento relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto;
- le comunicazioni notificate all'Aderente da strutture, cliniche o istituti facenti parte del SSN ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24;
- eventuali azioni giudiziarie penali intentate contro l'Aderente stesso e/o eventuali relazioni fatte dall'Aderente e/o eventuali richieste di relazione formulate all'Aderente.

Impresa di assicurazione	Si veda "Società".
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	AON S.p.A. - Via Andrea Ponti 8/10, 20143 Milano - al quale il Contraente ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa Polizza.
Massimale	La somma massima indicata nel Certificato di Assicurazione che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Modulo di Adesione	Il documento nel quale sono indicati i dati e le dichiarazioni dell'Aderente, compilato e sottoscritto dall'Aderente stesso per aderire alla presente Polizza.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di danni materiali e corporali.
Periodo di Assicurazione	Il periodo compreso tra la Data di Decorrenza e la Data di Scadenza indicata nel Certificato di Assicurazione, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile.
Periodo di Retroattività	Il periodo intercorrente dalla data di Retroattività indicata nel Certificato di Assicurazione e la data di decorrenza del Periodo di Assicurazione, entro il quale devono essere accaduti i fatti denunciati nella Richiesta di Risarcimento pervenuta durante il Periodo di Assicurazione.
Polizza/Polizza Collettiva	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione e che disciplina i rapporti assicurativi tra Società Contraente ed Aderente.
Premio	La somma dovuta dall'Aderente alla Società a titolo di corrispettivo della copertura assicurativa prestata dalla Società, ivi inclusa la regolazione Premio dovuta nei casi previsti in Polizza.
Richiesta di Risarcimento	Quella che tra le seguenti viene a conoscenza dell'Aderente per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione: I) la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Aderente l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni; II) la citazione o la chiamata in causa dell'Aderente per fatto colposo o errore od omissione; III) l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'Aderente, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste nell'oggetto di questa assicurazione; IV) la notifica all'Aderente di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile"; V) la ricezione, da parte dell'Aderente, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.

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 Effetto e di Scadenza della Polizza.

Sentenza passata in giudicato

È il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché scaduto il termine per poterlo fare, o perché sono già state esperite tutte le impugnazioni possibili. Quindi il provvedimento passato in giudicato è caratterizzato dall'incontrovertibilità della cosa giudicata, ovvero nessun giudice può nuovamente pronunciarsi su quella sentenza.

Sinistro

Una o più Richieste di Risarcimento conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Aderente, per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione.

Società

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

Sottolimito

La somma massima inclusa nel Massimale indicato nel Certificato di Assicurazione e non in aggiunta ad esso, che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per specifica Estensione di Garanzia per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione, prestata nella forma **Claims Made**, è rivolta al Medico, iscritto al relativo Ordine Professionale e Socio del Contraente, esercente esclusivamente l'attività professionale nell'ambito della specialità di Medico Pediatra.

L'Assicurazione tiene indenne il Medico Aderente dei Danni e Perdite Patrimoniali causati a terzi nello svolgimento delle attività professionali specificate nel Certificato di Assicurazione e per le quali ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di risarcimento.

Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie

1.1 Disposizioni Comuni

a. Oggetto

La Società tiene indenne l'Aderente, **fino alla concorrenza del Massimale per Periodo di Assicurazione indicato Certificato di Assicurazione** e dei Sottolimiti contenuti nella presente Polizza, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni e Perdite Patrimoniali derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale dichiarata nel Modulo di Adesione ed indicata nel Certificato di Assicurazione.

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

Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale (o nel limite del quarto del Sottolimito di Garanzia ove previsto), le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e Aderente in proporzione del rispettivo interesse con le modalità riportate al successivo Art. 6.2.

b. Validità temporale dell'Assicurazione

b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione

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

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

In deroga a quanto previsto dal precedente punto b.1, se durante il Periodo di Assicurazione l'attività Professionale dell'Aderente viene a cessare definitivamente, le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo di Retroattività riportato nel Certificato di Assicurazione, restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione nonché per ulteriori 10 (dieci) anni.

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

L'Aderente (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Società della sopravvenuta cessazione dell'attività Professionale ed è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto a fronte di tale evenienza come specificato all'Art. 7.3.

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

c. Surrogazione

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

Ove la copertura operi nei termini di cui all'ultimo comma dell'Art 1.3 lettera c, l'Aderente si obbliga sin d'ora a surrogare, all'atto della liquidazione dell'Indennizzo, la Società ex art. 1201 del Codice Civile nei diritti vantati nei confronti dei terzi tenuti, a qualsiasi titolo, a garantirlo/manlevarlo o comunque tenerlo indenne di quanto questi sia chiamato a risarcire al terzo danneggiato, o, comunque, a cedere alla Società i medesimi diritti ai sensi e per gli effetti

degli artt. 1260 e ss. del Codice Civile. La surrogazione o la cessione devono intendersi comunque estese all'eventuale diritto di rimborso delle spese sostenute per la gestione della vertenza in sede stragiudiziale o giudiziale.

1.2 GARANZIA - Responsabilità Civile professionale

La presente Garanzia è rivolta a tutelare il Medico Aderente, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni e Perdite Patrimoniali derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale esclusivamente nell'ambito della specialità di Pediatria, unicamente nei casi di:

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

1.3 Estensione di Garanzia incluse nel Premio

a. Estensione di Garanzia sempre operanti

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

- a. i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita, cagionati anche con colpa lieve;
- b. i Danni derivanti dall'attività di sostituzione del medico di Medicina generale (ex medico di base) e/o Servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica), eventualmente svolte dall'Aderente che abbia conseguito la specializzazione;
- c. l'esecuzione e la partecipazione dell'Aderente ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo delle appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;
- d. le prestazioni sanitarie erogate dall'Aderente in regime di libera professione *Intramoenia* ovvero in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina;
- e. i Danni in caso di responsabilità in capo all'Aderente per fatti commessi dal medico sostituto;
- f. i Danni e le Perdite Patrimoniali connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario e Dirigente medico per l'attività di carattere medico;
- g. Danni conseguenti a:
 - i. incendio, esplosione e/o scoppio delle cose dell'Aderente o da lui detenute e che abbiano causato Danni a terzi;
 - ii. interruzione dell'attività di terzi;
 - iii. inquinamento, l'Assicurazione è operante unicamente per quei danni che si determinino in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, da parte di sostanze, di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite dal complesso delle strutture di pertinenza dell'Aderente e che siano derivanti da guasti o rotture accidentali di impianti, condutture e/o serbatoi.

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

- h. i Danni derivanti dall'impiego di farmaci "off label" in ambito pediatrico, purché esso avvenga nel rispetto delle norme che in Italia ne disciplinano accreditamento, indicazione, prescrizione ed utilizzo. Ciò sempre che sia stato previamente rilasciato dal paziente pieno e valido consenso al trattamento "off-label". Fermo quanto disposto al punto 5. del successivo Art. 3.2.
- i. i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti da Responsabilità Amministrativa e Amministrativo – Contabile connessa a funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale derivanti dal ruolo di Dirigente Medico, Direttore di struttura semplice e/o Complessa e Direttore di Dipartimento, della struttura sanitaria pubblica di appartenenza fermo quanto previsto dall'esclusione di cui all'Art 3.2 punto 9;
- j. i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta dall'Aderente in qualità di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere purché gli stessi siano inerenti all'attività professionale dichiarata;
- k. i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta dall'Aderente in qualità di sostituto di altro medico pediatra di libera scelta eventualmente svolta dall'Aderente che abbia conseguito la specializzazione;
- l. i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta nell'ambito del servizio di Emergenza Sanitaria (ex Servizio 118);

- m. i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta dall'Aderente in qualità di formatore, docente, consulente e/o perito purché tale attività sia inerente all'attività professionale dichiarata;
- n. i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti dall'attività svolta in Volontariato presso ONLUS (così come definita dall'art.10 del d.lgs.4 dicembre 1997,n.460) o presso organizzazioni di volontariato (così come definite dall'art. 3 della legge 11 agosto 1991 n. 266) o in funzione di accordi sottoscritti da SIP con Enti/associazioni per finalità di volontariato, nonché nell'ambito del servizio di continuità assistenziale.
- o. i Danni e le Perdite Patrimoniali conseguenti all'attività svolta nei confronti di pazienti adulti esclusivamente per:
 - i. pazienti adulti nei confronti dei quali l'attività del medico sia iniziata per la prima volta nel corso durante l'età pediatrica;
 - ii. pazienti adulti in cura per malattie genetiche che coinvolgano in primis i loro figli;
 - iii. somministrazione di vaccini a pazienti adulti.

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

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

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

c. Estensione di Garanzia per gli Aderenti provenienti contratto di assicurazione Nobis AIRS/C001

Relativamente ai Medici Pediatri assicurati con contratto di assicurazione della responsabilità civile professionale Nobis AIRS/C001 ed indicati nell'allegato 1 alla Polizza che, alla scadenza di tale contratto, aderiscano senza soluzione di continuità alla presente Polizza, non troverà applicazione l'esclusione di cui all'Art. 3.1 terzo allinea con riferimento ai Fatti e/o Circostanze note di cui l'Aderente abbia avuto notizia nel corso di tale contratto di assicurazione.

Articolo 2 Garanzia aggiuntiva opzionale

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

(attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione)

Alla scadenza del Periodo di Assicurazione, è facoltà dell'Aderente richiedere l'attivazione dell'estensione di Ultrattività della Garanzia anche in caso di prosecuzione dell'attività Professionale.

In questo caso le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo di retroattività restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore per ulteriori 10 (dieci) anni dalla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione.

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'Aderente.

L'Aderente è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto per l'attivazione dell'Ultrattività, come specificato all'Art. 7.3.

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

2.2 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di diminuzione del rischio

(attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione)

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione del rischio (art. 1897 del Codice Civile), l'Assicurazione proseguirà fino alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione senza alcuna variazione di Premio.

Alla scadenza del Periodo di Assicurazione, se l'attività svolta rientra tra quelle assicurabili ai termini della presente Polizza, l'Aderente potrà pagare il nuovo Premio previsto per l'attività di minor rischio. In tal caso, è facoltà dell'Aderente

attivare contestualmente l'Ultrattività per le Richieste di Risarcimento relative all'attività precedentemente assicurata e non più svolta notificate nei 10 (dieci) anni successivi alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione. 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'Aderente. A tal fine L'Aderente è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto per l'attivazione dell'Ultrattività, come specificato all'Art. 7.3. La presente estensione di Ultrattività non può essere fatta oggetto di alcun recesso da parte della Società e in caso di morte dell'Aderente si intende estesa agli eredi stessi. Nel caso in cui l'attività svolta non rientri invece tra quelle assicurabili ai termini della presente Polizza, l'Aderente potrà attivare l'Ultrattività ai sensi dell'Art. 2.1.

Che cosa NON è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

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

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

- derivanti da Richieste di Risarcimento notificate all'Aderente nel corso del Periodo di Assicurazione, e da lui denunciati alla Società oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- relativi a fatti dannosi accaduti prima del Periodo di Retroattività stabilita nel Certificato di Assicurazione;
- conseguenti a Fatti e/o Circostanze note all'Aderente prima della Data di Continuità Assicurativa, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori.

3.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. per Danni che siano conseguenza dell'inottemperanza a quanto previsto dal Capo IV Informazione e Consenso – del Codice di Deontologia Medica;
2. 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'Aderente, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
3. per Danni e Perdite Patrimoniali conseguenti a furto;
4. per Danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale dichiarata dall'Aderente;
5. per Danni e Perdite Patrimoniali derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
6. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
7. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;
8. per Perdite Patrimoniali connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale aziendale del direttore amministrativo o direttore generale;
9. relative a responsabilità dell'eventuale 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 Aderente;
10. alle cose mobili e immobili che l'Aderente abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
11. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
12. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Aderente abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Aderente venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale; o licenziato per giusta causa per ragioni connesse all'espletamento delle sue attività professionali;
13. per Perdite Patrimoniali derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
14. per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
15. avanzate da persone, entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali.

3.3 Esclusioni dal novero dei terzi

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

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura - Responsabilità solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Aderente con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la Società risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Aderente stesso, determinata sia in quota certa con sentenza, sia presuntivamente ai sensi degli artt. 1298 e/o 2055 del Codice civile.

Dove vale la copertura?

Articolo 5 Estensione territoriale

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

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

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

Articolo 6 Sinistri

6.1 Obblighi dell'Aderente in caso di Sinistro

L'Aderente, 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'Aderente riceva una Richiesta di Risarcimento deve denunciare per iscritto alla Società ciascun Sinistro entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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

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

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

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

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

6.2 Gestione delle vertenze e spese legali

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze in nome e per conto dell'Aderente 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'Aderente stesso.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'Aderente sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale (o nel limite del quarto del Sottolimito di Garanzia ove previsto) riportato nel Certificato di Assicurazione. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale di Polizza o al Sottolimito di Garanzia ove previsto, le spese giudiziali si ripartiscono tra la Società e Aderente in proporzione del rispettivo interesse, ai sensi dell'art. 1917 del Codice civile. La Società non riconosce le spese sostenute dall'Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'Aderente.

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

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

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

6.3 Liquidazione del Sinistro

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

6.4 Coesistenza di altre assicurazioni

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

Quando e come devo pagare?

Articolo 7 Pagamento, regolazione e rimborso del Premio

7.1 Pagamento del Premio della Polizza collettiva

All'atto del perfezionamento della Polizza collettiva il Contraente non versa alcun premio.

7.2 Pagamento del Premio e sospensione della singola adesione

Il Premio è riportato nel Certificato di assicurazione ed è interamente dovuto da parte dell'Aderente.

Salvo quanto previsto dal successivo Art. 8.2 Effetto e durata della singola adesione, se l'Aderente non paga il Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferma la scadenza riportata nel Certificato di assicurazione.

Nel caso in cui la data di decorrenza dell'adesione non coincida con la data di decorrenza della Polizza o non coincida con la data di decorrenza delle successive annualità della Polizza stessa, il Premio dovuto è pari al 100% del Premio annuo qualora il Periodo di Assicurazione sia uguale o maggiore di mesi 6 (sei) e pari al 50% del Premio annuo nel caso in cui il Periodo di Assicurazione sia minore di mesi 6 (sei).

Nel caso in cui la data di decorrenza dell'adesione sia successiva al 31/10 e precedente al 31/12, il Premio dovuto è pari a 14/12 (quattordici dodicesimi) del Premio annuo.

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.

Le modalità di pagamento dei Premi sono le seguenti: sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.

I Premi indicati nella tabella sottostante sono riferiti ad un intero Periodo di Assicurazione di durata annuale.

Categoria	Attività svolta dell'Aderente in qualità di:	Massimale € 3.000.000	Massimale € 5.000.000
01	Medico Specializzando Attività svolta in corso di specializzazione in pediatria	€ 230,00 (Retroattività illimitata)	
02	Pediatra di libera scelta <u>esclusa l'attività di Neonatologia</u> Inclusa l'attività libero professionale occasionale	€ 546,00 (Retroattività illimitata)	€ 662,00 (Retroattività illimitata)
03	Attività di Pediatria svolta alle dipendenze di strutture sanitarie di diritto pubblico o private accreditate. È inclusa l'attività di Neonatologia	€ 620,00 (Retroattività illimitata)	€ 760,00 (Retroattività illimitata)

04	4.1 Attività di Pediatria svolta alle dipendenze di strutture sanitarie di diritto privato non accreditate. <u>È esclusa l'attività di Neonatologia.</u>	€ 740,00 Retroattività: - illimitata per dipendente - <u>7 anni per libera professione</u>	€ 907,00 Retroattività: - illimitata per dipendente - <u>7 anni per libera professione</u>
		€ 851,00 (Retroattività illimitata)	€ 1.043,00 (Retroattività illimitata)
	4.2 Attività di Pediatria svolta alle dipendenze di strutture sanitarie di diritto pubblico o private accreditate senza obbligo di esclusività. È inclusa l'attività di Neonatologia svolta in qualità di dipendente. È inclusa l'attività extramoenia pediatrica. <u>È esclusa l'attività extramoenia di Neonatologia.</u> 4.3 Attività di Pediatria svolta in ambito libero professionale. <u>È esclusa l'attività di Neonatologia svolta in qualità di libero professionista.</u> Sono incluse le attività 01, 02 e 03	€ 777,00 Retroattività: - illimitata per dipendente - <u>7 anni per libera professione</u>	€ 952,00 Retroattività: - illimitata per dipendente - <u>7 anni per libera professione</u>
		€ 894,00 (Retroattività illimitata)	€ 1.095,00 (Retroattività illimitata)
05	Attività di Pediatria svolta in regime di libera professione all'interno di strutture sanitarie pubbliche e/o private. È inclusa eventuale attività pregressa svolta in qualità di dipendente di struttura pubblica. È inclusa l'attività di Neonatologia.	€ 998,00 Retroattività: - illimitata per dipendente - <u>7 anni per libera professione</u>	
		€ 1.147,00 (Retroattività illimitata)	

Neonatologia: la cura e l'assistenza del neonato, intendendosi per tale il nato delle prime 4 settimane, svolta all'interno di strutture sanitarie pubbliche e/o private con esclusione delle strutture esclusivamente ambulatoriali.

7.3 Premio di Regolazione - Ultrattività

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

Il Premio di regolazione può essere corrisposto in unica soluzione o in due rate semestrali, senza oneri aggiuntivi. L'estensione è concessa a titolo gratuito in caso di morte accidentale dell'Aderente.

Sarà necessario corrispondere il Premio di regolazione secondo la medesima percentuale sopra indicata anche qualora l'Aderente decida di attivare l'Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività prevista all'Art. 2.1.

Qualora l'Aderente, in caso di diminuzione del rischio, decida di attivare l'Ultrattività - Estensione volontaria in caso di diminuzione del rischio prevista all'Art. 2.2, sarà necessario corrispondere un Premio pari al 100% di quello riferito all'attività cessata, che dovrà essere versato in un'unica soluzione.

7.4 Rimborso del Premio

In caso di Recesso esercitato ai sensi dell'Art. 9.1, all'Aderente è dovuto il rimborso integrale del Premio versato, senza trattenuta alcuna.

In caso di Recesso per Sinistro esercitato ai sensi dell'Art. 9.3, all'Aderente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 8 Effetto e durata dell'Assicurazione

8.1 Effetto e durata della Polizza Collettiva

La Polizza ha durata dalle ore 24.00 del 31/12/2019 alle ore 24.00 del 31/12/2020 e in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC, Raccomandata a mano, fax o e-mail) spedita almeno 90 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 (uno) anno.

8.2 Effetto e durata della singola adesione

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione, coincidente con il primo giorno del mese nel quale è stato sottoscritto il Modulo di Adesione, se il Premio è stato pagato entro lo stesso giorno, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Indipendentemente dalla data di adesione, il singolo Certificato di assicurazione cessa alla scadenza annuale della Polizza ed è senza tacito rinnovo.

Nel caso in cui la data di decorrenza dell'adesione sia successiva al 31/10 e precedente al 30/12, il singolo Certificato di assicurazione cessa alla scadenza annuale della Polizza riferita all'anno successivo ed è senza tacito rinnovo.

Il singolo Aderente ha facoltà di prorogare la copertura assicurativa versando il Premio annuo entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di Febbraio successivo alla scadenza. Per la proroga della copertura assicurativa avvenuta entro i termini sopra indicati non è necessaria la compilazione di un nuovo Modulo di Adesione.

Se l'Aderente non proroga la copertura assicurativa nei termini temporali previsti dal comma che precede, la copertura si intenderà automaticamente cessata alla scadenza annuale della Polizza ed il Medico potrà in seguito aderire nuovamente alla Polizza previa compilazione di un nuovo Modulo di Adesione; in tal caso il nuovo Certificato di Assicurazione e così anche la copertura assicurativa avranno effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

8.3 Clausola di continuità

La copertura assicurativa della presente Polizza segue senza soluzione di continuità il contratto di assicurazione AmTrust International Underwriters DAC n° IITDMM17A3121200000. Pertanto esclusivamente per gli Aderenti già assicurati con tale contratto e copertura in scadenza alle ore 24.00 del 30/12/2019, la copertura della presente Polizza avrà effetto dalle ore 24.00 del 30/12/2019, a condizione che il Premio sia versato entro le ore 24.00 del 29/02/2020.

Recesso e risoluzione

Articolo 9 Casi di interruzione del Contratto

9.1 Diritto di recesso per il singolo Aderente

Nel caso di collocamento del contratto fuori dai locali di commercio (c.d. vendita a distanza), l'Aderente ha diritto di esercitare diritto di recesso/ripensamento entro 14 (quattordici) giorni dal giorno di pagamento del Premio.

La comunicazione della volontà di recesso dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta tramite email, fax, posta ordinaria o lettera raccomandata AR al Contraente e/o all'Intermediario incaricato e/o alla Società.

In tal caso il Certificato di Assicurazione sarà annullato dalla data di decorrenza della copertura, e il Contraente e/o l'Intermediario e/o la Società rimborserà all'Aderente il Premio pagato, senza trattenuta alcuna.

Resta inteso che in caso di esercizio del diritto di recesso, eventuali sinistri occorsi entro i 14 (quattordici) giorni successivi alla data di effetto della copertura non saranno indennizzati.

9.2 Recesso per Sinistro

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

In caso di recesso il Contraente e l'Intermediario si impegnano a non fare sottoscrivere ulteriori Moduli di Adesione con decorrenza successiva alla data di effetto del recesso.

E' peraltro convenuto che, relativamente alle adesioni con decorrenza prima della data di recesso e per le quale è stato pagato il relativo Premio, è garantita la durata della copertura nei confronti di ciascun Aderente sino alla data di scadenza anniversaria indicata nel Certificato di Assicurazione, senza possibilità di rinnovo.

9.3 Recesso per Sinistro del singolo Aderente

E' altresì convenuto che in caso di denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, l'Aderente può recedere dalla propria copertura assicurativa colpita dal Sinistro, con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.

In caso di denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, anche la Società può recedere dalla copertura assicurativa relativa alla singola adesione colpita dal Sinistro, con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni ma previo nulla-osta del Contraente. In tal caso, la Società rimborserà la parte di Premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto delle imposte governative.

Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie

Articolo 10 Arbitrato

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

Altre Disposizioni Contrattuali

Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Aderente nel Modulo di Adesione formano la base dell'Assicurazione e rilevano ai fini della decisione della Società di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del Premio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Aderente ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 12 Variazioni contrattuali

12.1 Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Aderente deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una variazione del rischio, l'Aderente potrà:

- In caso di variazione dell'attività svolta verso un'altra attività elencata nella tabella di cui all'articolo 7.2 che comporti un maggior Premio annuo (aggravamento del rischio), l'assicurazione proseguirà coprendo sia l'attività precedente che la nuova attività dal momento in cui l'aderente:
 - a) abbia provveduto alla compilazione di un nuovo Modulo di Adesione ed
 - b) abbia versato la differenza di Premio tra quello dovuto e quello pagato, entrambi determinati secondo quanto previsto dall'Art. 7.2.
- In caso di variazione dell'attività svolta verso una non presente nella tabella di cui all'Art. 7.2 l'assicurazione proseguirà fino alla scadenza anniversaria riferita unicamente all'attività coperta dalla presente Polizza per le Richieste di Risarcimento avanzate nel Periodo di Assicurazione.
L'Aderente, entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza di tale Periodo di Assicurazione, potrà attivare l'estensione di Ultrattività facoltativa prevista all'Art. 2.1.
- In caso di variazione dell'attività svolta verso un'altra attività elencata nella tabella di cui all'Art. 7.2 che comporti minor Premio annuo (riduzione del rischio), l'assicurazione proseguirà fino alla scadenza anniversaria senza variazione coprendo sia l'attività precedente che la nuova attività. A scadenza l'Aderente potrà:
 - a) Assicurare la nuova attività pagando il relativo Premio annuo;
 - b) Acquistare l'estensione di Ultrattività facoltativa prevista all'Art. 2.2.

12.2 Ulteriori Variazioni contrattuali per il medico specializzando

Il Medico Specializzando non sarà più ritenuto tale ai sensi di Polizza al verificarsi di almeno uno dei seguenti eventi:

- a. al compimento del trentottesimo anno di età: in questo caso l'Assicurazione resta efficace alle condizioni in corso sino al termine del Periodo di Assicurazione, al termine del quale potrà rinnovare la Polizza alle nuove condizioni proposte dalla Società;

- b. al conseguimento della specializzazione, che deve essere comunicata alla Società: in questo caso è facoltà dell'Aderente chiedere la copertura assicurativa per la nuova attività di medico specialista in Medico Pediatra, mediante compilazione del relativo Modulo di Adesione e versamento di un Premio pari alla differenza tra il nuovo Premio dovuto ed il Premio già versato.
- c. nel caso in cui nel corso del penultimo o dell'ultimo anno della scuola di specializzazione in Pediatria svolga la propria attività, compresa l'eventuale attività svolta nell'ambito dell'Emergenza Sanitaria 118 e del pronto soccorso, presso Ente pubblico o privato, ai sensi del D.L. 35/2019 convertito con L. 60/2019: in questo caso potrà aderire alla Polizza in una delle categorie previste dall'Art. 7.2, mediante compilazione del relativo Modulo di Adesione e versamento di un Premio pari alla differenza tra il nuovo Premio dovuto ed il Premio già versato.

Nel caso in cui l'Aderente non accetti le nuove condizioni, l'Assicurazione resta efficace sino al termine del Periodo di Assicurazione in corso limitatamente alle Richieste di Risarcimento derivanti dall'Attività già svolta in qualità di Medico Specializzando. Restano pertanto escluse le richieste di Risarcimento derivanti da prestazioni sanitarie erogate dal Medico Aderente successivamente al conseguimento della specializzazione.

Articolo 13 Assicurazione per conto altrui

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

Articolo 14 Oneri fiscali

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

Articolo 15 Foro competente per l'esecuzione del Contratto

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

Articolo 16 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

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

- a) ha il diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
- b) ha il diritto di richiedere la variazione della tecnica di comunicazione a distanza;
- c) ha il diritto di essere messo in contatto col Front Office dell'Intermediario, deputato al coordinamento e controllo dell'attività del Servizio Clienti dedicato all'assistenza dei clienti.

Ogni comunicazione inerente l'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 17 Rinvio alle norme di legge

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

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

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

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

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

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

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

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

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

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



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company