

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

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".



AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrustInternationalUnderwritersDAC – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: "AmTrust Doctors Silver"



AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia ha sede in Via Clerici, 14 – 20121 Milano.

La Rappresentanza Italiana è iscritta dal 23.02.2016 al n° I.00132 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 Società n° D933R.

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

Che tipo di assicurazione è?

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

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



Che cosa è assicurato?

✓ **Garanzia "Responsabilità civile professionale"**: la copertura tiene indenne l'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per i danni conseguenti a lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale.

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

Ultrattività - in caso di prosecuzione dell'Attività

Le coperture assicurative operano entro il **Massimale** di Polizza (da 1.000.000 a 3.000.000 euro).

- ✗ Danni causati da esplosioni o emanazioni di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, non conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale assicurata
- ✗ Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione
- ✗ Violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione
- ✗ Derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk)
- ✗ Responsabilità diretta del medico sostituto
- ✗ 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'Assicurato, 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
- ✗ Per fatti accaduti prima dell'inizio del Periodo di Retroattività
- ✗ Connessi e/o conseguenti a sentenze penali di condanna o di patteggiamento o ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Assicurato prima della sottoscrizione di Polizza
- ✗ Fatti Noti all'Assicurato prima della data di effetto della Polizza

Sono escluse le Richieste di Risarcimento per:

- ✗ Danni da violazione del consenso informato
- ✗ Mancata rispondenza del risultato degli interventi di medicina estetica



Ci sono limiti di copertura?

- ! È prevista l'applicazione di eventuali franchigie, riportate nella Scheda di polizza (ad esempio in caso di sinistri pregressi)
- ! In caso di responsabilità solidale con altri responsabili, la Società risponde solo per la quota di pertinenza dell'Assicurato
- ! Le attività professionali assicurate sono unicamente quelle riportate nel Modulo di Proposta



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

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

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

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

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

Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

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

AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia



Prodotto "AmTrust Doctors Silver" 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 International Underwriters DAC appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services Inc. (AFSI).

AmTrust International Underwriters DAC ha sede legale in 6-8 College Green, Dublino 2, Irlanda, D02 VP48, Tel. +353 1775 2900, Email: dublin@amtrustgroup.com ed è regolamentata e autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dalla Central Bank of Ireland (CBI). Numero di registrazione fornito dalla CBI: C33525. Questi dettagli possono essere controllati visitando il sito <http://www.centralbank.ie> o contattando la Central Bank of Ireland, Tel: +353 1 2246000.

AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia ha sede in Via Clerici, 14 – 20121 Milano.

La Rappresentanza Italiana è iscritta dal 23.02.2016 al n° I.00132 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 Società n° D933R. L'Autorità di Vigilanza competente è la Central Bank Of Ireland.

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari a 238 milioni di Euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 41 milioni di Euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 197 milioni di Euro.

Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link <https://amtrustfinancial.com/>

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 168 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 42 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura (OF) è pari a 223 milioni di Euro.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 133%; 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'Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza della Polizza, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione, purché accaduti entro il Periodo di Retroattività stabilito nella Scheda di Polizza.

GARANZIA - Responsabilità Civile professionale

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

- a) Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento delle attività professionali dichiarate ed indicate nel Modulo di Proposta;
- 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.

La Garanzia inoltre:

- d) 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 sanitaria, tiene indenne l'Assicurato unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto a cui 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.**

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 base e/o guardia medica, eventualmente svolte dall'Assicurato;
- l'esecuzione e la partecipazione dell'Assicurato ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo delle appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;
- le prestazioni sanitarie erogate dall'Assicurato in regime di libera professione Intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina;
- le prestazioni sanitarie erogate dall'Assicurato, in regime libero professionale, presso Strutture Pubbliche e Private e di cui l'Assicurato stesso si avvalga nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente nonché attraverso la telemedicina;
- la responsabilità in capo all'Assicurato in caso di danni derivanti da fatti commessi dal medico sostituto.

Estensione di Garanzia per Medico legale o Medico del lavoro

Relativamente all'attività di Medicina legale o Medicina del lavoro, qualora una di tali attività sia indicata nel Modulo di Proposta, l'assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile per Perdite Patrimoniali.

L'ampiezza dell'impegno della Società 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 minore di 10 anni	L'Assicurato può chiedere l'attivazione di un periodo di Retroattività inferiore a 10 anni, in deroga a quello decennale ordinario.
--	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Ultrattività	Qualora l'Assicurato 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, alle medesime condizioni in vigore alla data di cessazione dell'attività, relativa a fatti verificatisi durante il Periodo di Assicurazione e comunque non precedenti al periodo di Retroattività convenuto. In caso di morte dell'Assicurato, 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'Assicurato.
---------------------	--



Che cosa NON è assicurato?

	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'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages); • per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio; • riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;
--	--

Rischi esclusi	• per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza, ad eccezione di coloro che hanno dichiarato nel Modulo di Proposta di svolgere l'attività di Medicina Legale e Medicina del Lavoro. Resta inteso che sono comunque escluse dalla copertura le Richieste di Risarcimento derivanti da danni cagionati in seguito ad errori od omissioni derivanti dall'esercizio dell'attività amministrativa; • per Danni dovuti al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente; • derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici; • alle Cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo; • in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere; • la Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati; • relativi a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale; • in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza; • per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo; • per fatti dolosi commessi dall'Assicurato; • per Danni derivanti da inadempienze contrattuali (es. restituzione compensi); • 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; • per Danni per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi.
-----------------------	---

	Ci sono limiti di copertura? In caso di Sinistri in serie, sono esclusi quelli facenti parte della medesima Serie di Sinistri, che siano denunciati alla Società in data successiva a quella di scadenza della Polizza. Non sono considerate Richiesta di Risarcimento, e dunque non costituiscono Sinistro: • la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura Sanitaria Pubblica e Privata dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della Struttura Sanitaria stessa; • la comunicazione inviata all'Assicurato, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura Sanitaria Pubblica e Privata dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.
---	--

	Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa? 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'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione (da farsi entro 30 giorni da quando si è avuta conoscenza del sinistro stesso e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla cessazione della Polizza) deve contenere: - 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 AmTrust International Underwriters DAC Rappresentanza Generale per l'Italia – 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'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la Società si riserva il diritto di negare l'indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno. 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'Assicuratore se non sussiste dolo o colpa grave; • la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	L'Impresa si impegna a pagare all'Assicurato gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 45 giorni dalla data di definizione dell'importo 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: denaro contante (entro il limite di € 750,00), assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione oppure sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione. - Il premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 22,25% del premio imponibile annuo. - Il premio è annuale ma è prevista la possibilità di frazionamento semestrale con applicazione dell'aumento del 3%. - Non sono previste tecniche di vendita multilevel marketing.
Rimborso	In caso di Recesso per sinistro al Contraente 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	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di richiedere la sospensione totale o parziale del contratto.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto di ripensamento.
Risoluzione	Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che il Contraente può recedere dal contratto anche in corso d'anno, dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 30 giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il presente prodotto assicurativo è destinato ai Medici, iscritti al relativo Albo professionale, per lo svolgimento della propria attività professionale.	

 Quali costi devo sostenere?	
--	--

Il premio pagato dal Contraente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 35,00% 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 International Underwriters DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia - 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 Società, 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 Il reclamante potrà altresì rivolgersi direttamente al sistema competente in Irlanda: Financial Services and Pensions Ombudsman (FSPO), Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, D02 VH29 – Tel. +353 1 567 7000 - Email: info@fspoi.ie – Sito: www.fspoi.ie
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 International Underwriters DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- L'Arbitrato è facoltativo e applicabile in caso di disaccordo in merito alla gestione del sinistro tra l'Assicurato e la Società; le parti possono demandare ad un arbitro che decida secondo equità, designato di comune accordo, o in mancanza di accordo, designato dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. - 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 NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario	3
Che cosa è assicurato?	7
Informazioni sull'Assicurazione	7
Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie	7
1.1 Disposizioni Comuni	7
a. Oggetto	7
b. Validità temporale dell'Assicurazione	7
b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione	7
b.2 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività	7
c. Surrogazione	7
1.2 GARANZIA - Responsabilità Civile professionale	8
1.3 Estensione di Garanzia incluse nel Premio	8
a. Estensione di Garanzia sempre operanti	8
b. Estensione di Garanzia per Medico legale o Medico del lavoro	8
Articolo 2 Garanzia aggiuntiva opzionale	8
2.1 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività	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	10
Ci sono limiti di copertura?	10
Articolo 4 Limiti di copertura	10
4.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento	10
4.2 Franchigia	10
4.3 Responsabilità solidale	10
4.4 Sinistri in serie	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'Assicurato in caso di Sinistro	10
6.2 Gestione delle vertenze e spese legali	11
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 e sospensione della copertura assicurativa	11

7.2 Premio di Regolazione - Ultrattività	12
7.3 Rimborso del Premio.....	12
Quando comincia la copertura e quando finisce?	12
Articolo 8 Effetto e durata della Polizza	12
Recesso e risoluzione	12
Articolo 9 Casi di interruzione del Contratto	12
9.1 Recesso per Sinistro	12
9.2 Risoluzione per mancato pagamento del Premio.....	12
Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	12
Articolo 10 Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro.....	12
Altre Disposizioni Contrattuali	13
Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	13
Articolo 12 Variazioni contrattuali - Aggravamento e diminuzione del rischio	13
Articolo 13 Altre Assicurazioni	13
Articolo 14 Assicurazione per conto altrui.....	13
Articolo 15 Oneri fiscali.....	13
Articolo 16 Variazioni contrattuali a scadenza	13
Articolo 17 Foro competente per l'esecuzione del Contratto	13
Articolo 18 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione	13
Articolo 19 Rinvio alle norme di legge	14
Articolo 20 Clausola di continuità.....	14

Glossario

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

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.
Arbitrato	È una procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le parti possono adire per definire una controversia o evitarne l'insorgenza.
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione
Attività Invasiva	Quell'attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo sia ai fini diagnostici sia terapeutici.
Attività intra o extramoenia	È considerata <i>Intramoenia</i> 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 intramuraria consta nell'adempimento dell'attività professionale libera all'interno della struttura ospedaliera e comunque al di là dell'impegno di servizio; si chiama al contrario extramuraria quella svolta al di fuori al di fuori della struttura ospedaliera.
Chirurgia Minore	Quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto senza l'utilizzo di anestesia se non di tipo locale.
Claims made	È una formula assicurativa per cui le garanzie assicurative operano con riferimento alle Richieste di Risarcimento che risultino presentate durante il Periodo di Assicurazione, anche se conseguenti a fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione, purché accaduti nel Periodo di Retroattività.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Danno/Danni	La/le conseguenza/e pregiudizievole/i del fatto illecito o dell'evento assicurato. I Danni possono essere Patrimoniali o non Patrimoniali.
Danni non Patrimoniali	Tutti i danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose che non riguardano la sfera patrimoniale della vittima.

Danni Patrimoniali	Il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose (ivi compresi gli animali) nonché quelli consequenziali ai danni da lesioni personali o morte che riguardano alla sfera patrimoniale del danneggiato.
Disdetta	La comunicazione che l'Assicurato o l'Assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di recedere da esso.
Fatti Noti	Fatti, circostanze e situazioni (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, atti giudiziari, indagini, anche interne della Direzione Sanitaria) che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, e che siano stati in ogni modo portati a conoscenza dell'Assicurato. Non è considerata Fatto Noto la relazione tecnica richiesta dalla Direzione Sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa richiesta della Direzione l'Assicurato venga portato a conoscenza della esistenza di una richiesta danni relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto. Non saranno considerate Fatto Noto le comunicazioni notificate all'Assicurato da strutture, cliniche o istituti facenti parte del SSN ai sensi dell'Art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.
Franchigia	L'importo indicato nella Scheda di Polizza che viene dedotto dal Danno ed è a carico dell'Assicurato.
Impresa di Assicurazione	Si veda "Società".
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	L'intermediario di assicurazioni che ha collocato il contratto di assicurazioni agendo o su incarico del Contraente ovvero su incarico della Impresa di Assicurazione.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Massimale	La somma massima indicata nella Scheda di Polizza 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.
Mediazione	Istituto giuridico introdotto con il Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010, per la composizione dei conflitti tra soggetti privati relativi a diritti disponibili.
Modulo di Proposta	Documento, annesso a questa Polizza e che ne costituisce parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato, le attività professionali svolte nonché le dichiarazioni relative a Richieste di Risarcimento e/o Fatti Noti come sopra definiti.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di danni materiali e corporali.
Periodo di Assicurazione	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza e nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.

Periodo di Retroattività	Il periodo temporale, indicato nella Scheda di Polizza, antecedente la data di effetto del Primo Periodo di Assicurazione entro il quale devono essere accaduti i fatti denunciati nella Richiesta di Risarcimento pervenuta in pendenza di Polizza.
Premio	La somma dovuta dal Contraente/Assicurato alla Società a titolo di corrispettivo della copertura assicurativa prestata dalla Società, ivi inclusa la regolazione Premio dovuta nei casi previsti in Polizza.
Recesso	Dichiarazione unilaterale avente l'effetto di sciogliere il contratto.
Responsabilità Contrattuale	Il danno derivante da inadempimento o violazione di una obbligazione assunta con la stipulazione di un contratto.
Responsabilità Extracontrattuale	Il danno conseguente a fatto illecito ai sensi dell'art. 2043 del Codice Civile.
Richiesta di Risarcimento	Quella che tra le seguenti circostanze viene a conoscenza dell'Assicurato 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'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni 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; II) la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione; III) l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste nell'oggetto di questa assicurazione; IV) la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile"; V) la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.
Rischio	È la probabilità del verificarsi di un evento.
Scheda di Polizza	È il documento che prova il contratto di Assicurazione, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente, l'attività professionale svolta dall'Assicurato, le date di effetto e di scadenza della Polizza, l'eventuale Franchigia, il Massimale, il Periodo di Retroattività e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.
Sentenza passata in giudicato	È il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché 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.
Set Informativo	È il documento che il Distributore è tenuto a consegnare all'Assicurato prima che il contratto sia stipulato, contenente il DIP, il DIP Aggiuntivo, le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario ed il Modulo di Proposta. Al Set informativo viene allegata l'Informativa Privacy.
Sinistro	Una o più Richieste di Risarcimento (come definite in ciascuna Garanzia di cui all'art. 1) conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato, per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione.

Serie di Sinistri

Una pluralità di Sinistri conseguenti a differenti eventi riconducibili ad uno stesso atto, o a più atti o fatti tutti riconducibili ad una stessa causa o aventi il medesimo nesso eziologico. La data del primo Sinistro sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi sempreché siano denunciati alla Società durante la validità della Polizza. Pertanto sono esclusi i sinistri, facenti parte della medesima Serie di Sinistri, che siano denunciati alla Società in data successiva a quella di scadenza della Polizza.

Società

L'Impresa AmTrust International Underwriters DAC – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione, prestata nella forma **Claims Made**, è rivolta al Medico, iscritto al relativo Albo professionale, per la propria attività professionale.

L'Assicurazione tiene indenne il Medico Assicurato dei danni causati a terzi nello svolgimento delle attività professionali dichiarate nel Modulo di Proposta e per le quali ha inteso garantirsi, nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di risarcimento.

L'Assicurazione è prestata sulla base delle informazioni fornite dal Contraente e contenute nel Modulo di Proposta che forma parte integrante della presente Polizza.

Articolo 1 Oggetto della Polizza e descrizione delle Garanzie

1.1 Disposizioni Comuni

a. Oggetto

La Società tiene indenne il Medico Assicurato, **fino alla concorrenza del Massimale indicato nella Scheda di Polizza**, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento delle attività professionali dichiarate nel Modulo di Proposta.

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

Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse con le modalità riportate al successivo Art. 6.2.

b. Validità temporale dell'Assicurazione

b.1 Forma ed efficacia dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata nella forma **Claims made**, ossia opera per Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato 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 entro il Periodo di Retroattività stabilito nella Scheda di Polizza.

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

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. 1.1 lettera b.1, se durante il Periodo di Assicurazione l'attività Professionale dell'Assicurato viene a cessare definitivamente, per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari), le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo di Retroattività convenuto, restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione nonché per ulteriori 10 (dieci) anni.

Il Massimale assicurato in tale Periodo di Assicurazione rappresenta la massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato.

L'Assicurato (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione 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. 7.2.

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

c. Surrogazione

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

1.2 GARANZIA - Responsabilità Civile professionale

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

- a. Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento delle attività professionali dichiarate ed indicate nel Modulo di Proposta;
- 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.

La Garanzia inoltre:

- d. 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 sanitaria, tiene indenne l'Assicurato unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto a cui 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.**

1.3 Estensione di Garanzia incluse nel Premio

(sempre valide ed operanti)

a. Estensione di Garanzia sempre operanti

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

- a. 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;
- b. i Danni derivanti dall'attività di sostituzione del medico di base e/o guardia medica, eventualmente svolte dall'Assicurato;
- c. l'esecuzione e la partecipazione dell'Assicurato ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo delle appropriate risorse tecnologiche ed organizzative;
- d. le prestazioni sanitarie erogate dall'Assicurato in regime di libera professione Intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina;
- e. le prestazioni sanitarie erogate dall'Assicurato, in regime libero professionale, presso strutture pubbliche e private e di cui l'Assicurato stesso si avvalga nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente nonché attraverso la telemedicina;
- f. la responsabilità in capo all'Assicurato in caso di danni derivanti da fatti commessi dal medico sostituto.

b. Estensione di Garanzia per Medico legale o Medico del lavoro

Relativamente all'attività di Medicina legale o Medicina del lavoro, qualora una di tali attività sia indicata nel Modulo di Proposta, l'Assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile per Perdite Patrimoniali.

Articolo 2 Garanzia aggiuntiva opzionale

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

(attivabile al termine di ciascun Periodo di Assicurazione)

È facoltà dell'Assicurato richiedere l'attivazione dell'estensione di Ultrattività della Garanzia anche in caso di prosecuzione dell'attività Professionale in caso di Disdetta, Recesso o sostituzione della presente Polizza.

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

Il Massimale assicurato in tale Periodo di Assicurazione rappresenta la massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato.

L'Assicurato è tenuto a corrispondere la regolazione del Premio dovuto per l'attivazione dell'Ultrattività, come specificato all'Art. 7.2. La presente estensione di Ultrattività non può essere fatta oggetto di alcun recesso da parte della Società e in caso di morte dell'Assicurato si intende estesa agli eredi stessi.

Che cosa NON è assicurato?

Articolo 3 Esclusioni

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

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

- derivanti da Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato nel corso del Periodo di Assicurazione, e da lui denunciati alla Società oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- relativi a fatti dannosi accaduti prima dell'inizio del Periodo di Retroattività stabilito nella Scheda di Polizza;
- connessi e/o conseguenti a sentenze penali di condanna o di patteggiamento o ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Assicurato antecedentemente la data di prima stipulazione della presente Assicurazione;
- derivanti da Richieste di Risarcimento conseguenti a **Fatti Noti** all'Assicurato prima della data di effetto della Polizza, anche se mai denunciati ai precedenti assicuratori.

3.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1. per Danni che siano conseguenze dell'inottemperanza a quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica limitatamente ai Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione;
2. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
3. relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
4. per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
5. 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'Assicurato;
6. per Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
7. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
8. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;
9. per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza, ad eccezione di coloro che hanno dichiarato nel Modulo di Proposta di svolgere l'attività di Medicina Legale e Medicina del Lavoro. Resta inteso che sono comunque escluse dalla copertura le Richieste di Risarcimento derivanti da danni cagionati in seguito ad errori od omissioni derivanti dall'esercizio dell'attività amministrativa;
10. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
11. 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 Assicurato;
12. derivante da consulenza on line e/o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
13. per Danni dovuti al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
14. derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
15. alle Cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
16. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
17. relative alle spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati;
18. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale;
19. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'attività professionale indicata in Polizza;
20. per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
21. per fatti dolosi commessi dall'Assicurato;
22. per Danni derivanti da inadempienze contrattuali (es. restituzione compensi);
23. 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;
24. per Danni per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi.

3.3 Esclusioni dal novero dei terzi

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

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 4 Limiti di copertura

4.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento

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

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

4.2 Franchigia

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

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

4.3 Responsabilità solidale

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

La Società non risponde, nemmeno in via provvisoria, della quota di pertinenza di terzi.

4.4 Sinistri in serie

In caso di Sinistri in serie, sono esclusi quelli facenti parte della medesima Serie di Sinistri, che siano denunciati alla Società in data successiva a quella di scadenza della Polizza.

Dove vale la copertura?

Articolo 5 Estensione territoriale

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

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

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

Articolo 6 Sinistri

6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

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

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

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

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

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

Le denunce di Sinistro dovranno essere inoltrate a AmTrust International Underwriters DAC Rappresentanza Generale per l'Italia – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano rcprofessionale@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

Senza il previo consenso scritto della Società, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la Società si riserva il diritto di negare l'indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.

6.2 Gestione delle vertenze e spese legali

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

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

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

6.3 Liquidazione del Sinistro

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

6.4 Coesistenza di altre assicurazioni

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

Quando e come devo pagare?

Articolo 7 Pagamento, regolazione e rimborso del Premio

7.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa

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

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

Se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste. Resta salva la facoltà della Società di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato al successivo Art. 9.2. I Premi devono essere pagati alla Società oppure all'Intermediario incaricato. Le modalità di pagamento dei Premi sono le seguenti:

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

7.2 Premio di Regolazione - Ultrattività

In caso di cessazione definitiva dell'Attività secondo quanto indicato all'Art. 1.1 lettera b.2. il Contraente (e/o i suoi eredi) è tenuto a corrispondere il Premio di Regolazione dovuto per l'attivazione dell'estensione di Ultrattività decennale entro il trentesimo giorno successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso all'atto della cessazione dell'Attività professionale, secondo quanto di seguito specificato.

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

Il Premio di regolazione può essere corrisposto in unica soluzione o in due rate semestrali, senza oneri aggiuntivi.

Per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete, l'estensione di Ultrattività decennale è prestata a titolo gratuito in caso di decesso dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato decida di attivare l'estensione di Ultrattività facoltativa prevista all'Art. 2 sarà necessario corrispondere il Premio di regolazione secondo le medesime percentuali sopra indicate.

7.3 Rimborso del Premio

In caso di Recesso per Sinistro esercitato ai sensi dell'Art. 9.1, al Contraente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 8 Effetto e durata della Polizza

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

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

Il contratto ha la durata prevista dalla Scheda di Polizza e, in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano) spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 anno.

Recesso e risoluzione

Articolo 9 Casi di interruzione del Contratto

9.1 Recesso per Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, tanto il Contraente che la Società possono recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano) dando un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del Recesso. Come previsto dall'Art. 7.3 in caso di Recesso, al Contraente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.

9.2 Risoluzione per mancato pagamento del Premio

In caso di mancato pagamento del premio nei termini previsti dal precedente Art. 7.1, la Società ha facoltà di dichiarare risolto il contratto per inadempimento, a mezzo lettera raccomandata A/R, con diritto di esigere il pagamento dei premi scaduti, ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile.

Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Articolo 10 Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro

In caso di disaccordo in merito alla gestione del Sinistro tra l'Assicurato e la Società, la decisione può venire demandata ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. **Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese**

arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. In via alternativa è possibile adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.

Altre Disposizioni Contrattuali

Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dal Contraente e riportate nel Modulo di Proposta formano la base della presente Polizza e rilevano ai fini della decisione della Società di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del Premio. Qualora l'Assicurato svolga più attività, dovranno essere tutte indicate nel Modulo di Proposta.

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

L'Assicurato/Contraente, ai sensi articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, dichiara di non essere a conoscenza di Fatti Noti, così come definiti in Polizza, salvo quanto eventualmente indicato nel Modulo di Proposta.

Le eventuali Richieste di Risarcimento derivanti da Fatti Noti, anche se dichiarati nel Modulo di Proposta, in qualsiasi caso, rimangono esclusi da questa Assicurazione.

Articolo 12 Variazioni contrattuali - Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione del rischio **mediante la compilazione del Modulo di Proposta - Variazione Copertura.**

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

Articolo 13 Altre Assicurazioni

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

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

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

In caso di sinistro vale quanto disposto dall'Art. 6.1.

Articolo 14 Assicurazione per conto altrui

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

Articolo 15 Oneri fiscali

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

Articolo 16 Variazioni contrattuali a scadenza

Se alla scadenza del contratto la Società voglia apportare variazioni alle condizioni tariffarie o normative, deve darne comunicazione al Contraente almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza. In caso di mancato consenso del Contraente alle suddette variazioni, il Contratto cesserà di avere efficacia alla scadenza.

Il Contraente può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie esplicitamente, oppure ritirando la nuova quietanza e pagando il relativo nuovo Premio. Per l'accettazione delle eventuali novazioni normative, invece, è richiesto un consenso esplicito da parte del Contraente, in mancanza del quale, il Contratto cesserà di avere efficacia alla scadenza.

Articolo 17 Foro competente per l'esecuzione del Contratto

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

Articolo 18 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

Ogni comunicazione inerente 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 International Underwriters DAC Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Clerici, 14 - 20121, Milano

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

Articolo 19 Rinvio alle norme di legge

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

Articolo 20 Clausola di continuità

Agli Assicurati che siano titolari di polizza *MCO* o *Doctors Silver* stipulata con una delle Società del Gruppo AmTrust, sono riservate le seguenti condizioni, purché non vi sia soluzione di continuità tra la presente Polizza ed il precedente contratto:

- non è necessaria la compilazione di un nuovo Modulo di Proposta, in quanto l'Assicurazione sarà prestata sulla base delle dichiarazioni precedentemente rilasciate. Restano in ogni caso escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento conseguenti a fatti, circostanze e situazioni già note all'Assicurato e riportate nel Modulo di Proposta compilato precedentemente.
- a parziale deroga dell'Art. 3.1 - punto 4, delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurazione opera per le Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso, anche se le stesse sono conseguenza di fatti, circostanze e situazioni portate a conoscenza dell'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione della polizza *MCO* o *Doctors Silver* stipulata con una delle Società del Gruppo AmTrust ed a condizione che non potessero essere validamente denunciate su tale contratto.

AmTrust International Underwriters DAC

Capitale Sociale € 41.000.000,00

AmTrust International Underwriters Designed Activity Company

is regulated by the Central Bank of Ireland

Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Clerici, 14 - 20121 Milano

Tel: 02 8343 8150 Fax: 02 8343 8174 Email: milan@amtrustgroup.com

Compagnia iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n° I.00132

Codice IVASS Impresa n° D933R

Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967

R.I. Milano • REA C.C.I.A.A. Milano 2093047



AmTrust International Underwriters

An AmTrust Financial Company