

Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici



Il presente Fascicolo Informativo contiene:

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

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



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

Nota Informativa

Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente le condizioni di assicurazione prima di sottoscrivere la Polizza.

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

AmTrust Europe Limited, con sede in Market Square House, St James's Street, Nottingham NG16FG United Kingdom, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dalla Prudential Regulation Authority (PRA – Autorità di Vigilanza Prudenziale) e regolamentata dalla Financial Conduct Authority (FCA – Autorità Regolatrice della Condotta Finanziaria) e dalla Prudential Regulation Authority.

Numero di iscrizione al Registro dei Servizi Finanziari 202189. Questi dettagli possono essere controllati sul Registro dei Servizi Finanziari, visitando il sito: www.fca.org.uk o contattando la Financial Conduct Authority (FCA – Autorità Regolatrice della Condotta Finanziaria) al numero gratuito 0800 111 6768.

La Rappresentanza Italiana

AmTrust Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici 14, 20121 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174

Email: milan@amtrustgroup.com - www.amtrusteurope.it - www.amtrustinternational.com

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

2. Informazioni sullo stato patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari a £ 239 milioni di sterline, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a £ 71 milioni di sterline e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a £ 168 milioni di sterline. L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni è pari a 115%, 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 31/12/2015.

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

B. Informazioni sul contratto

Il presente contratto è stipulato per una durata annuale con tacito rinnovo, salvo quanto previsto dagli Articoli 11 e 20.

AVVERTENZA: in assenza di disdetta da inviarsi con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale il contratto si rinnova per un altro anno. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 20 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture Assicurative - Limitazioni ed esclusioni

L'Impresa assicura i rischi della Responsabilità Civile per danni causati a terzi, commessi nell'esercizio dell'attività professionale, salvo quanto previsto dagli Articoli 3 e 4 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: sono previsti casi di **limitazioni** ed **esclusioni** che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Articoli 1, 3, 4, 5, 8, 10, 14 delle Condizioni di Assicurazione.

E' prevista la **sospensione** della garanzia in caso di mancato pagamento del premio o della rata di premio successivo alla stipulazione del contratto. In tale seconda ipotesi l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza, così come previsto dall'Articolo 18 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: per i rischi della Responsabilità Civile l'Impresa corrisponde le somme dovute a titolo di risarcimento entro il **massimale** convenuto. Per massimale si intende la somma massima sino a concorrenza della quale l'Impresa presta l'assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio

Qualora sia convenuto in Polizza un massimale pari a € 2.000.000,00 per Sinistro e Periodo di Assicurazione, l'Impresa risponde nel limite di € 2.000.000,00, indipendentemente dal fatto che siano pervenute nel medesimo Periodo di Assicurazione due richieste di risarcimento rispettivamente di € 1.700.000,00 e di € 500.000,00 il cui ammontare complessivo sarebbe di € 2.200.000,00.

AVVERTENZA:

Per i rischi della Responsabilità Civile l'Impresa può prevedere l'applicazione di una **Franchigia** secondo quanto stabilito nella Scheda di Polizza. Per Franchigia si intende l'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'Indennizzo che sarebbe spettato se tale Franchigia non fosse esistita.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 14 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempi

Qualora sia riportata in Scheda di Polizza una Franchigia pari a € 1.000,00 l'Impresa risponde, nel limite del Massimale convenuto, con la detrazione di un importo pari a € 1.000,00, ovvero nel caso di Richiesta di Risarcimento pari a € 10.000,00 l'Indennizzo ammonta ad € 9.000,00 (10.000,00 – 1.000,00).

4. Dichiarazioni in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: ai sensi delle disposizioni di cui agli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, nel caso di dichiarazioni **inesatte** o le **reticenze** del Contraente rese al momento della stipulazione del contratto relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 16 delle Condizioni di Assicurazione.

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

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 1898 del Codice Civile, nel caso di mancata comunicazione di ogni variazione delle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio che comporti **aggravamento** di rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 15 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio

Qualora il medico abbia una copertura di Responsabilità Civile per attività di medico specialista in ortopedia senza interventi chirurgici e non comunichi l'inizio dell'attività chirurgica, incorre nella possibilità che eventuali risarcimenti relativi a comportamenti posti in essere successivamente all'inizio di tale attività possano essere proporzionalmente ridotti o addirittura non dovuti.

6. Premi

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

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

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

AVVERTENZA: L'impresa o l'intermediario hanno la facoltà di prevedere specifici sconti, in tal caso informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita dell'impresa medesima.

7. Rivalsa

AVVERTENZA: la rivalsa è un diritto dell'Impresa in base al quale la medesima è surrogata, fino alla concorrenza dell'ammontare dell'indennità che ha pagato, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 12 delle Condizioni di Assicurazione.

8. Diritto di Recesso e Ripensamento

L'Assicurato può recedere dal contratto esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dal ricevimento della Polizza stipulata in caso di vendita a distanza.

AVVERTENZA: in caso di Sinistro sia l'Impresa sia il Contraente possono recedere dal Contratto in un periodo compreso tra la data di denuncia del Sinistro e il sessantesimo giorno della sua liquidazione o reiezione, con preavviso di 30 giorni. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Artt. 11 e 24 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

Essendo la prestazione assicurativa in regime di "Claims made" ovvero attivata dalla Richiesta di Risarcimento del terzo danneggiato, le garanzie operano per le richieste pervenute all'Assicurato nel corso di durata del contratto, anche se conseguenti a fatti antecedenti al periodo di decorrenza delle condizioni contrattuali, purchè avvenuti non prima della Data di Retroattività stabilita in Polizza.

Pertanto terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo dell'Impresa, salvo quanto disposto all'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

11. Regime fiscale

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

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

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

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

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Articoli 7 e 10 delle Condizioni di Assicurazione.

Per la denuncia di Sinistro scrivere a AmTrust Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Clerici 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: rcprofessionale@amtrustgroup.com, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 13 delle Condizioni di Assicurazione.

13. Reclami

AVVERTENZA: eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Clerici 14 - 20121 Milano – tel. 0283438150 fax: 0283438174 Email reclami@amtrustgroup.com.

Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, ovvero a suo giudizio, il reclamante potrà presentare il proprio reclamo all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono: 06 42 1331, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Impresa di Assicurazione ed il relativo riscontro. In seconda istanza, rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; Tel. +44 (0) 207 964 1000; complaint.info@financial-ombudsman.org.uk.

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

Resta salva comunque per il reclamante la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

14. Arbitrato

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

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

**AmTrust Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentate Legale
Emmanuele Netzer**

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.
Assicurato	La persona fisica indicata nella Scheda di Polizza, che svolge l'attività professionale indicata nel Modulo di Proposta e riportata nella Scheda di Polizza ed 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	<p>E' considerata intramoenia l'attività svolta dai soggetti che rispondono a determinati requisiti soggettivi:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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. <p>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.</p>
Claims made	E' 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 antecedenti.
Chirurgia Minore	Quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.
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 conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale della vittima.

Danni Patrimoniali	Il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose (ivi compresi gli animali) ed alla sfera patrimoniale del danneggiato.
Diritto di Ripensamento	E' la facoltà dell'Assicurato di recedere dal contratto annullandone gli effetti.
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.
Fascicolo Informativo	E' il documento che l'Assicuratore è tenuto a consegnare all'Assicurato prima che il contratto sia stipulato, contenente la nota informativa, il glossario, le condizioni di assicurazione ed il relativo certificato.
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.
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 effetto e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di Rinnovo di questa Polizza.
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.
Polizza	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente/Assicurato alla Società.
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 Extracontrattuali	I danni conseguenti a fatto illecito ai sensi dell'art. 2043 del codice civile.
Richiesta di Risarcimento	<p>Quella che tra le seguenti circostanze viene a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.
Rinnovo	E' la proroga del contratto per un nuovo Periodo di Assicurazione.
Rischio	E' la probabilità del verificarsi di una evento.
Scheda di Polizza	E' il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/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.

Sinistro

La Richiesta di Risarcimento come sopra definita.

Società

L'Impresa di Assicurazioni AmTrust Europe Limited.

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

Condizioni di Assicurazione

A. Avviso importante

La presente Polizza è prestata nella forma "Claims made", come precisato al successivo Articolo 1 - Forma della assicurazione e Retroattività.

Articolo 1 - Forma dell'assicurazione – Retroattività

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione e purché accaduti entro il Periodo di Retroattività stabilito nella Scheda di Polizza.

In caso di Rinnovo sono altresì garantite tutte le Richieste di Risarcimento presentate durante il Periodo di Assicurazione in corso, purché siano conseguenza di fatti, errori od omissioni accaduti o commessi:

- a) Nei Periodi di Assicurazione precedenti;
- b) Nel Periodo di Retroattività calcolato in base alla data di effetto della presente Polizza.

In ogni caso il regime contrattuale che regola il fatto è quello contenuto nelle clausole della Polizza in corso al momento della denuncia del Sinistro.

L'assicurazione è prestata sulla base delle informazioni fornite dall'Assicurato e contenute nel Modulo di Proposta che forma parte integrante della presente Polizza.

Articolo 2 - Oggetto dell'assicurazione

2.1 Responsabilità Civile

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

La Società risponde:

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

L'assicurazione comprende altresì:

- d. i Danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici anche se tali interventi non sono connessi alla attività professionale dichiarata.
- e. i Danni derivanti dall'attività di sostituzione del medico di base e/o guardia medica, eventualmente svolte dall'Assicurato

2.2 Responsabilità Civile per colpa grave

Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, ossia qualora la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'attività professionale svolta dall'Assicurato in qualità di dipendente o convenzionato di struttura, clinica o istituto facente capo al Sistema Sanitario Nazionale (inclusa l'attività intramoenia) la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto 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 alla sopra indicata richiesta.

Articolo 3 - Limite di indennizzo

L'assicurazione è prestata, per ciascun Periodo di Assicurazione, fino alla concorrenza del Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

Articolo 4 - Esclusioni

Essendo l'assicurazione prestata nella forma "Claims made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono esclusi:

1. i Sinistri derivanti da Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato nel corso del Periodo di Assicurazione, e da lui denunciati alla Società in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso. Resta fermo quanto previsto a riguardo dal successivo Art.10 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro. Di conseguenza, sono ritenute valide le denunce di Sinistro pervenute alla Compagnia entro i quindici giorni successivi alla scadenza della Polizza per Richieste di Risarcimento comunque pervenute all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione;
2. i Sinistri relativi a fatti dannosi accaduti prima dell'inizio del Periodo di Retroattività stabilito nella Scheda di Polizza.

Sono escluse dall'assicurazione le Richieste di Risarcimento:

3. conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato prima della data di effetto della Polizza, anche se mai denunciati a precedenti assicuratori;
4. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa.

Sono altresì escluse dall'assicurazione le Richieste di Risarcimento:

5. per Danni che siano conseguenze dell'inottemperanza a quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
6. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
7. 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);
8. per Danni conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
9. 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;
10. per Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
11. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
12. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;
13. per Perdite Patrimoniali così come definite in Polizza, ad eccezione di coloro che hanno dichiarato nel Modulo di Proposta di svolgere l'attività di Medico 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;
14. 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. La copertura assicurativa è valida per responsabilità in capo all'assicurato in caso di danni derivanti da fatti commessi dal medico sostituto;
15. riconducibili alla violazione in materia di protezione dei dati personali così come definite dalla normativa tempo per tempo vigente;
16. derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali in genere;
17. alle Cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
18. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere.

Articolo 5 - Limiti territoriali

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.

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

Articolo 6 - Persone non considerate terzi

Non sono considerate terzi 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.

Articolo 7 - Gestione delle vertenze e spese legali

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

Sono a carico della Società le spese legali sopportate per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro, in aggiunta al Massimale stabilito in Polizza, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo.

La Società non riconosce le spese incontrate 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.

Articolo 8 - 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 ex artt. 1298 e/o 2055 c.c.

Articolo 9 - Estensione nel caso di cessazione dell'attività - Protezione eredi

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso, l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per altre ragioni imposte, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta, alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale Periodo.

Entro 30 (trenta) giorni dalla scadenza di detta data l'Assicurato può chiedere l'estensione annuale, alle medesime condizioni, della copertura per i Sinistri relativi a Richieste di Risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato e denunciate alla Società nel corso dell'annualità successiva alla scadenza dell'ultimo Periodo di Assicurazione per il quale l'Assicurato ha pagato il relativo premio, purché riferiti a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere entro il Periodo di Retroattività previsto nella Scheda di Polizza.

Tale estensione, potrà essere rinnovata di anno in anno previo pagamento di un Premio pari a:

- 75% per il primo anno
- 50% per il secondo anno
- 30% a partire dal terzo anno

del Premio corrisposto per l'ultima annualità nel corso della quale è cessata l'attività per cui è prestata l'Assicurazione, fermo quanto stabilito all'Articolo 4, Paragrafo 4.

In caso di cessazione dell'attività professionale dell'Assicurato a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere sopraggiunte durante il Periodo di Assicurazione in corso, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta, alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale Periodo, a protezione dei suoi eredi o successori o tutori purché essi rispettino le condizioni applicabili, e anche l'estensione contemplata in questo articolo si trasferisce a loro favore sempre che tale opzione sia esercitata entro i 30 (trenta) giorni successivi alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'Articolo 11 - Facoltà di Recesso.

Articolo 10 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

L'Assicurato deve far denuncia scritta alla Società di ciascun Sinistro entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

La denuncia di Sinistro va inoltrata a AmTrust Europe Limited – 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.

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.

Articolo 11 - Facoltà di Recesso

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dalla definizione degli accordi tra le parti, tanto il Contraente che la Società possono recedere da questa Polizza con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni.

Nel caso di Recesso da parte della Società, questa, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del Recesso, rimborsa al Contraente la frazione del Premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 12 - Surrogazione

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

Articolo 13 - Gestione della Polizza

Con la sottoscrizione della Scheda di Polizza, facente parte integrante della presente Polizza, il Contraente conferisce all'Intermediario indicato nella Scheda di Polizza stessa il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione. E' convenuto pertanto che ogni comunicazione fatta:

a) dalla Società all'Intermediario sarà considerata come fatta al Contraente/Assicurato;

b) dall'Intermediario alla Società sarà considerata come fatta dal Contraente/Assicurato.

La Società accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite l'Intermediario, pertanto il pagamento del Premio eseguito all'Intermediario stesso si considera effettuato direttamente alla Società, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Articolo 14 - Franchigia

Qualora nella Scheda di Polizza fosse 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.

Articolo 15 - Diminuzione e Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 Cod. Civ.).

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui il Contraente non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni.

Articolo 16 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Assicurato per iscritto nel Modulo di Proposta formano la base della presente Polizza e ne fanno parte integrante a tutti gli effetti.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/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 (articoli 1892 e 1893 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 17 - 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 (art. 1910 del Codice Civile).

Articolo 18 - Pagamento del premio

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il Premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

Se l'Assicurato non paga il Premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Resta inteso che qualora l'aderente svolga più attività, dovrà indicarle tutte nel modulo di proposta. In questo caso il Premio da corrispondersi sarà pari all'importo riferito all'attività di più alto rischio.

Articolo 19 - Comunicazioni - Modifiche dell'assicurazione

Ogni comunicazione inerente la Polizza deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle Parti.

Articolo 20 - Durata della Polizza

La Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalla data indicata nella Scheda di Polizza, fermo quanto previsto all'Articolo 18 - Pagamento del Premio.

La disdetta dovrà essere inviata all'altra Parte almeno 60 (sessanta) giorni prima della data di scadenza del Periodo di Assicurazione tramite (in alternativa):

- Lettera raccomandata A/R all'indirizzo di Direzione
- FAX al numero + 39 02 8343 8174
- Email : gestionedisdette@amtrustgroup.com

In assenza di disdetta alla Polizza, la stessa si intenderà rinnovata per un nuovo Periodo di Assicurazione e così successivamente.

Ai sensi dell'art. 1901 c.c in caso di mancato pagamento del Premio o della rata di Premio successivo alla stipulazione del contratto l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza.

Articolo 21 - Oneri fiscali

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

Articolo 22 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria di appartenenza dell'Assicurato.

Articolo 23 - Rinvio alle norme di legge

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

Articolo 24 - Recesso per Ripensamento in caso di vendita a distanza

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

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

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

AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, è tenuta a fornire agli interessati ossia ai soggetti ai quali si riferiscono informazioni sull'attività di raccolta e utilizzo dei dati personali.

1. Finalità del trattamento dei dati:

Il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato:

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

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

2. Modalità del trattamento:

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

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

I dati raccolti, inclusi quelli sensibili,

- a) per le finalità di cui al punto 1., verranno comunicati alle Società del Gruppo AmTrust, in particolare a:

AmTrust International Underwriters Dac, 40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74;
AmTrust Europe Ltd, Market Square House, St. James's Street Nottingham NG1 6FG (UK) - P.I. GB764402928;
AmTrust Financial Services, Inc. - 59 Maiden Lane, 43rd Floor New York, NY 10038 e sedi secondary;
AmTrust Insurance Agency Italy S.r.l, Via Clerici, 12 - 20121 Milano - P.I./C.F. 09578340961;
AmTrust Italia S.r.l., Via Clerici, 12 - 20121 Milano - P.I./C.F. 08980070968;

- b) per le finalità di cui al punto 1. a) e b) i dati verranno comunicati a soggetti quali a titolo esemplificativo e non esaustivo:

Soggetti facenti parte della catena assicurativa quali: Coassicuratori, Riassicuratori, agenti e brokers, Organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, consulenti, traduttori; società di servizi informatici, di archiviazione, di stampa ed invio della corrispondenza, di gestione della posta in arrivo e in partenza, di certificazione di qualità, di revisione contabile e certificazione di bilancio, istituti di credito per l'esecuzione di eventuali pagamenti e società terze incaricate per la gestione dei sinistri.

4. Diffusione dei dati:

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

5. Trasferimenti dei dati all'estero:

Per le finalità di cui al punto 1. con riferimento ai soggetti indicati al punto 3., i dati personali possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea. E' richiesto il suo consenso per tale trasferimento al fine di permettere la gestione del rapporto assicurativo

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

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

7. Titolare del trattamento dei dati:

Titolare del trattamento dei dati è AmTrust Europe Limited, - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede secondaria in Via Clerici, 14 - 20121 Milano, Tel. 02-83438150, Fax 02-83438174, in persona del suo legale rappresentante, cui l'interessato potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui al precedente punto 6).

8. Diritti dell'interessato:

L'elenco degli Incaricati del trattamento designati da AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia è disponibile presso la sede del Titolare.

L'interessato, per l'esercizio dei propri diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, potrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: amtrustsuccursaleitalia@legalmail.it o info-privacy@amtrustgroup.com.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose - possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

1) Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

- Indicare con una X se:
- Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
- È stata disdetta la polizza per sinistro
- Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza
- È stato rifiutato il rinnovo della polizza

2) Massimale Richiesto/ Retroattività richiesta

Indicare il Massimale richiesto tra:

1 Milioni 2 Milioni 3 Milioni

Indicare il periodo di retroattività richiesto tra:

No retroattività* 1 anno* 2 anni* 3 anni* 4 anni* 5 anni* Illimitata

***Scegliendo questa soluzione rinunciò alla retroattività illimitata.**

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

3) Qualifica del Proponente/Assicurato

ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE TABELLA 1

fascia	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	Mettere X
1	Medicina di base (con Attività Invasiva)*	
	Ortodontista	
2	Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)*	
	Medicina Generale con attività invasiva	
	Odontoiatria/Stomatologia con implantologia	
	Pediatria senza neonatologia (Chirurgia Minore)*	
3	Gastroenterologia (Chirurgia Minore)* con Endoscopia Digestiva	
	Endocrinochirurgia	
	Medicina d'Urgenza e 118	
	Pneumologia con attività invasiva	
	Medicina interna con attività invasiva	
	Malattie infettive con attività invasiva	
	Oculistica / Oftalmologia con chirurgia non estetica	
	Radiologia Interventista e neuroradiologia	
Neurologia con atti invasivi		
Terapia del dolore con atti invasivi		
4	Andrologia con attività chirurgica	
	Cardiologia interventistica	
	Ortopedia con Chirurgia Minore e atti invasivi	
	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)	
5	Urologia	
	Oncologia e Senologia	
	Gastroenterologia	
	Chirurgia pediatrica	
6	Anestesia, rianimazione e terapia intensiva con attività invasiva	
	Ematologia con attività invasiva	
	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)	
7	Medicina estetica con attività invasiva	
	Chirurgia Maxillo Facciale (no chirurgia estetica)	
	Chirurgia Generale	
	Chirurgia addominale	
	Nefrologia	
8	Oculistica / Oftalmologia (con chirurgia estetica)	
	Chirurgia Maxillo facciale (con chirurgia estetica)	
	Ginecologia con interventi chirurgici (no Ostetricia)	
	Cardiochirurgia	
9	Angiologia	
	Chirurgia Ricostruttiva	
	Pediatria con neonatologia e TIN	

ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE TABELLA 2

fascia	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	mettere X
1	Audiologia	
	Psicologia Clinica	
	Scienze dell'alimentazione	
	Medicina legale	
	Epatologia	
	Malattie infettive	
	Radioterapia	
	Neuropsichiatria	
	Medicina Termale	
	Malattie Tropicali	
	Neuropsichiatria infantile	
	Medicine non convenzionali e osteopatiche	
	Igiene degli alimenti	
2	Medicina di Base	
	Medicina del lavoro	
	Allergologia e Immunologia clinica	
	Igiene e medicina preventiva	
	Medicina Aeronautica e spaziale	
	Terapia del dolore e cure palliative	
3	Ematologia e Medicina Trasfusionale	
	Dermatologia- Venereologia	
	Odontoiatria senza implantologia	
	Stomatologia senza implantologia	
	Tossicologia medica	
	Angiologia e Flebologia	
	Geriatrics	
	Medicina generale	
	Microbiologia/Virologia	
	Psichiatria	
	Anatomia patologica	
	Patologia Clinica	
	Reumatologia	
Pediatria senza neonatologia		
Medicina di comunità		
Biochimica Clinica		
Medicina Nucleare		
Genetica Medica		
Farmacia Ospedaliera		
Fisica Medica		
4	Pneumologia	
	Diabetologia e malattie del metabolismo	
	Endocrinologia e malattia del ricambio	
	Neurofisiopatologia	
	Farmacologia	
	Neurologia	
	Medicina fisica riabilitativa	
	Medicina interna	
Medicina dello sport		

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE TABELLA 1

fascia	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	Mettere X
10	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	
	Chirurgia toracica	
	Chirurgia della mano	
	Chirurgia d'urgenza e 118	
	Chirurgia vascolare	
11	Neurochirurgia	
	Chirurgia Estetica Plastica	
	Ginecologia con fecondazione assistita (esclusa ostetricia)	
12	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)	
13	Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita)	

NOTA: *

- 1) Chirurgia minore:** quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.
- 2) 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 che terapeutici.

ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE TABELLA 2

fascia	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	mettere X
5	Urologia	
	Cardiologia	
	Medicina d'urgenza	
	Andrologia	
	Gastroenterologia	
	Otorinolaringoiatria	
	Oncologia	
	Nefrologia	
	Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici	
	Medicina estetica	
6	Radiodiagnostica (no mammografia)	
	Ortopedia senza atti invasivi ma comprese le infiltrazioni	
7	Radiodiagnostica con mammografia	
	Ginecologia senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita	
8	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva senza attività invasiva	
	Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi, senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita	

4) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

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

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

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

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

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

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 4.1 e 4.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.

4.3 Precisazione relativamente all'attività svolta

Da quanto tempo svolge l'attività indicata nel Modulo di Proposta? _____ (scrivere il numero di anni).

4.4 Indicazioni relativamente alla decorrenza della polizza

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

4.5 Indicazioni sul premio e le modalità di pagamento

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

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

4.6 Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

1. Il proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante.
3. **Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi entro il Periodo di Retroattività prescelto.**
4. **Il Proponente / Assicurato dichiara di avere espressamente richiesto che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato al punto 2) di cui sopra e riportato nella Scheda di Polizza.**
5. Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che:
 - i dati raccolti saranno trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati e il consenso al trattamento sono essenziali;
 - i dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite un'organizzazione e una logica strettamente correlate alle finalità indicate;
 - i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione;
 - allo stesso competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 per l'esercizio di tali diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, ci si può rivolgere a AmTrust Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Clerici 14, 20121 Milano;
 - il titolare del sopra descritto trattamento è AmTrust Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia.
6. Con la sottoscrizione del presente Modulo Proposta, preso atto di tale informazione, il Proponente/Assicurato acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.
7. Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto/stampato e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

Luogo: _____ Data: _____ Firma del Proponente/Assicurato _____



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici 14 • 20121 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO¹

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

A) Dati Identificativi Medico Proponente:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 4.1 e 4.2 della proposta

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 4.1. e 4.2 del questionario:

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

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per _____
- Altro _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

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

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

D) Stato del sinistro

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

SI NO

Se si:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

¹ La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 4.1. e 4.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

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

- Condanna a (specificare) _____
- Patteggiamento (specificare) _____
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

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

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

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

Numero pagine allegate: _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con AmTrust Europe Limited.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: _____ Cognome: _____

Data: _____ Firma: _____

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

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via 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.00103
Codice IVASS Impresa n° D904R
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963
R.E.A. 1969043



Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici
Edizione Dicembre 2016 Linea Persona

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose - possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

1) Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

- Indicare con una X se:
- Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
- È stata disdetta la polizza per sinistro
- Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza
- È stato rifiutato il rinnovo della polizza

2) Massimale Richiesto/ Retroattività richiesta

Indicare il Massimale richiesto tra:

1 Milioni 2 Milioni 3 Milioni

Indicare il periodo di retroattività richiesto tra:

No retroattività* 1 anno* 2 anni* 3 anni* 4 anni* 5 anni* Illimitata

***Scegliendo questa soluzione rinunciò alla retroattività illimitata.**

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

3) Qualifica del Proponente/Assicurato

ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE TABELLA 1

fascia	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	Mettere X
1	Medicina di base (con Attività Invasiva)*	
	Ortodontista	
2	Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)*	
	Medicina Generale con attività invasiva	
	Odontoiatria/Stomatologia con implantologia	
	Pediatria senza neonatologia (Chirurgia Minore)*	
3	Gastroenterologia (Chirurgia Minore)* con Endoscopia Digestiva	
	Endocrinochirurgia	
	Medicina d'Urgenza e 118	
	Pneumologia con attività invasiva	
	Medicina interna con attività invasiva	
	Malattie infettive con attività invasiva	
	Oculistica / Oftalmologia con chirurgia non estetica	
	Radiologia Interventista e neuroradiologia	
Neurologia con atti invasivi		
4	Terapia del dolore con atti invasivi	
	Andrologia con attività chirurgica	
	Cardiologia interventistica	
	Ortopedia con Chirurgia Minore e atti invasivi	
5	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)	
	Urologia	
	Oncologia e Senologia	
	Gastroenterologia	
	Chirurgia pediatrica	
6	Anestesia, rianimazione e terapia intensiva con attività invasiva	
	Ematologia con attività invasiva	
	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)	
7	Medicina estetica con attività invasiva	
	Chirurgia Maxillo Facciale (no chirurgia estetica)	
	Chirurgia Generale	
	Chirurgia addominale	
	Nefrologia	
8	Oculistica / Oftalmologia (con chirurgia estetica)	
	Chirurgia Maxillo facciale (con chirurgia estetica)	
	Ginecologia con interventi chirurgici (no Ostetricia)	
	Cardiochirurgia	
9	Angiologia	
	Chirurgia Ricostruttiva	
	Pediatria con neonatologia e TIN	

ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE TABELLA 2

fascia	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	mettere X
1	Audiologia	
	Psicologia Clinica	
	Scienze dell'alimentazione	
	Medicina legale	
	Epatologia	
	Malattie infettive	
	Radioterapia	
	Neuropsichiatria	
	Medicina Termale	
	Malattie Tropicali	
	Neuropsichiatria infantile	
	Medicine non convenzionali e osteopatiche	
	Igiene degli alimenti	
2	Medicina di Base	
	Medicina del lavoro	
	Allergologia e Immunologia clinica	
	Igiene e medicina preventiva	
	Medicina Aeronautica e spaziale	
	Terapia del dolore e cure palliative	
3	Ematologia e Medicina Trasfusionale	
	Dermatologia- Venereologia	
	Odontoiatria senza implantologia	
	Stomatologia senza implantologia	
	Tossicologia medica	
	Angiologia e Flebologia	
	Geriatra	
	Medicina generale	
	Microbiologia/Virologia	
	Psichiatria	
	Anatomia patologica	
	Patologia Clinica	
	Reumatologia	
Pediatria senza neonatologia		
Medicina di comunità		
4	Biochimica Clinica	
	Medicina Nucleare	
	Genetica Medica	
	Farmacia Ospedaliera	
	Fisica Medica	
	Pneumologia	
	Diabetologia e malattie del metabolismo	
	Endocrinologia e malattia del ricambio	
	Neurofisiopatologia	
	Farmacologia	
Neurologia		
Medicina fisica riabilitativa		
Medicina interna		
Medicina dello sport		

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE TABELLA 1

fascia	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	Mettere X
10	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	
	Chirurgia toracica	
	Chirurgia della mano	
	Chirurgia d'urgenza e 118	
	Chirurgia vascolare	
11	Neurochirurgia	
	Chirurgia Estetica Plastica	
	Ginecologia con fecondazione assistita (esclusa ostetricia)	
12	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)	
13	Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita)	

NOTA: *

- 1) **Chirurgia minore:** quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.
- 2) **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 che terapeutici.

ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE TABELLA 2

fascia	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	mettere X
5	Urologia	
	Cardiologia	
	Medicina d'urgenza	
	Andrologia	
	Gastroenterologia	
	Otorinolaringoiatria	
	Oncologia	
	Nefrologia	
	Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici	
	Medicina estetica	
6	Radiodiagnostica (no mammografia)	
	Ortopedia senza atti invasivi ma comprese le infiltrazioni	
7	Radiodiagnostica con mammografia	
	Ginecologia senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita	
8	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva senza attività invasiva	
	Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi, senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita	

4) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

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

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

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

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

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

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 4.1 e 4.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.

4.3 Precisazione relativamente all'attività svolta

Da quanto tempo svolge l'attività indicata nel Modulo di Proposta? _____ (scrivere il numero di anni).

4.4 Indicazioni relativamente alla decorrenza della polizza

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

4.5 Indicazioni sul premio e le modalità di pagamento

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

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

4.6 Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

1. Il proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante.
3. **Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi entro il Periodo di Retroattività prescelto.**
4. **Il Proponente / Assicurato dichiara di avere espressamente richiesto che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato al punto 2) di cui sopra e riportato nella Scheda di Polizza.**
5. Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che:
 - i dati raccolti saranno trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati e il consenso al trattamento sono essenziali;
 - i dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite un'organizzazione e una logica strettamente correlate alle finalità indicate;
 - i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione;
 - allo stesso competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 per l'esercizio di tali diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, ci si può rivolgere a AmTrust Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Clerici 14, 20121 Milano;
 - il titolare del sopra descritto trattamento è AmTrust Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia.
6. Con la sottoscrizione del presente Modulo Proposta, preso atto di tale informazione, il Proponente/Assicurato acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.
7. Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto/stampato e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

Luogo: _____ Data: _____ Firma del Proponente/Assicurato _____



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici 14 • 20121 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO¹

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

A) Dati Identificativi Medico Proponente:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 4.1 e 4.2 della proposta

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 4.1. e 4.2 del questionario:

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

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per _____
- Altro _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

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

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

D) Stato del sinistro

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

SI NO

Se si:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

¹ La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 4.1. e 4.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

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

- Condanna a (specificare) _____
- Patteggiamento (specificare) _____
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

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

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

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

Numero pagine allegate: _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con AmTrust Europe Limited.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: _____ Cognome: _____

Data: _____ Firma: _____

Nel caso di richiesta di emissione polizza con **retroattività zero**, si prega di compilare quanto segue:

Io Sottoscritto/a _____

Dichiaro di voler procedere con l'emissione della polizza in questione con la Compagnia di Assicurazioni AM Trust Europe senza alcuna retroattività pienamente consapevole della mia scelta.

.....

In Fede

Addendum II - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici



DALLA MEDICINA ESTETICA ALLA CHIRURGIA PLASTICA

Il Modulo di Proposta permette di scegliere per questo ambito di Attività tra quattro categorie specifiche: di seguito l'elenco delle prestazioni rientranti in ciascuna delle quattro categorie.**

Tabella 2	Fascia 5	Medicina Estetica
-----------	----------	-------------------

Questa categoria include:

- Filler o riempitivi
- Tossina botulinica - Botox – Botulino
- Peeling chimico
- Mesoterapia
- Microdermoabrasione
- Trattamenti laser non invasivi
- Radiofrequenza
- Carbossiterapia
- Linfo drenaggio.
- Pressoterapia
- Cavitazione medica
- Scleroterapia

Tabella 1	Fascia 6	Medicina Estetica con attività invasiva
-----------	----------	---

Questa categoria include:

- Trattamenti con laser endovenoso
- Rimozione laser dei tatuaggi
- Lifting non chirurgico con fili riassorbibili
- Trapianto di Capelli
- Fleboterapia rigenerativa tridimensionale (TRAP)
- Biostimolazione autologa della pelle e lipofilling con gel piastrinico

Tabella 1	Fascia 8	Chirurgia Ricostruttiva
-----------	----------	-------------------------

- Chirurgia del melanoma maligno
- Chirurgia delle ustioni
- Chirurgia plastica ricostruttiva della mammella
- Innesti, impianti, lembi
- Chirurgia cranio-facciale
- Chirurgia nella traumatologia maxillofacciale

Addendum II - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici



Tabella 1

Fascia 11

Chirurgia Estetica Plastica

Questa categoria include:

- **Lifting e Mini-lifting a viso e collo**
- **Blefaroplastica**
- **Mentoplastica**
- **Aumento degli Zigomi**
- **Ortoplastica**
- **Lipostruttura o Lipofilling**
- **Liposuzione o Lifting corpo**
- **Rinoplastica**
- **Trattamento ginecomastia**
- **Addominoplastica**
- **Gluteoplastica**
- **Aumento dei polpacci**
- **Falloplastica**

INFORMATIVA CLINTELA

- Regolamento IVASS n. 5/2006 art.49 I comma “ COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARTI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI (ALLEGATO 7 A)
- Regolamento IVASS n.5/2006 art. 49 II comma “ INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO O DI RINNOVO CHE COMPORTI TALI MODIFICHE (ALLEGATO 7 B)
- Regolamento IVASS n. 5/2006 art.52
- INFORMATIVA DA RENDERE ALL’ASSICURATO SULL’ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO
- Privacy “INFORMATIVA RESA ALL’INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI”

Gentile Cliente

Le chiediamo di leggere con attenzione le informazioni seguenti a tutela degli interessi del Cliente e le chiediamo di confermarci la presa visione della documentazione

Gma srl

GMA SRL

VIA G.MARCONI 71 40122 BOLOGNA TEL. (+39) 051.24.95.58 – FAX. (+39) 051.422.81.25

WWW.gmasrlbo.it Email gma@gmasrlbo.it PEC gmasrlpec@cert.giuseppemessina.it

RUI A000066139 del 26/02/2007 p.iva 02498301205

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento IVASS n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche, consegnano al contraente copia del documento (Allegato n. 7B del regolamento IVASS) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informazione completa e corretta;
- c) sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d) informano il contraente della circostanza che il suo divieto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e) consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 - assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 - ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;

denaro contante, con un limite di € 999,99 (per singola rata), per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di € 750,00 (settecentocinquanta euro) annui per ciascun contratto.

Regolamento IVASS n.5/2006 allegato 7/B**INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO, NONCHE' IN CASO DI MODIFICHE DI RILIEVO DEL CONTRATTO O DI RINNOVO CHE COMPORTI TALI MODIFICHE AI SENSI DELL'ART.49, COMMA 2, LETT. A, DEL REGOLAMENTO IVASS N. 5 DEL 16.10.2006**

Ai sensi della vigente normativa l'Intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare al Contraente il presente documento che contiene notizie sull'Intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del Contraente. L' inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

PARTE I- Informazioni generali sull'Intermediario che entra in contatto con il Contraente

Dati dell'intermediario per cui viene svolta l'attività	
Ragione sociale	GMA srl
Iscrizione nel registro	Numero di iscrizione A000066139 Data di iscrizione 26 02 2007 Sezione A - Agenti
Indirizzo sede legale Indirizzo sede operativa	Via G.Marconi 71- 40122 Bologna Via G.Marconi 71- 40122 Bologna
Telefono Fax	051.249558 r.a. 051.4228125
Sito web	www.gmasrlbo.it
Indirizzo e- mail	gma@giuseppemessina.it gma@gmasrlbo.it PEC: gmasrlpec@cert.giuseppemessina.it
a) Denominazione sociale dell'impresa di cui sono offerti i prodotti	<ul style="list-style-type: none"> • Europ Assistance • D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri -S.p.A. di Assicurazione • Lloyd's • Accordo collaborazione All Risks • Accordo collaborazione Bridge Broker • Facile.it
Dati dell'intermediario che entra in contatto con il cliente*	
Qualifica*	
Cognome e Nome*	
Iscrizione nel registro*	
*se campi lasciati in bianco, si deve intendere quale intermediario: Messina Giuseppe iscritto in data 01/02/2007 nella sezione A del RUI n.ro A000066143 -Vilma Uccelli, iscritto in data 01/02/2007 nella sezione A del RUI nr.A000005223	

L'organo predisposto alla funzione di vigilanza del settore assicurativo è l'IVASS - Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo - un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che è stato istituito con legge 12 agosto 1982, n. 576.

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'Intermediario possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

- a) L'Intermediario è detentore o meno di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di un'impresa di assicurazione, specificandone la denominazione sociale? NO
- b) Un'impresa di assicurazione o l'impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica o meno di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto della società di intermediazione per la quale l'Intermediario opera? NO
- c) Con riguardo al contratto proposto, l'Intermediario fornisce consulenze basate su un'analisi imparziale? SI
- d) Con riguardo al contratto proposto, l'Intermediario, in virtù di un obbligo contrattuale, è tenuto a proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione? NO
- e) Con riguardo al contratto proposto, nel caso di contratti di assicurazione della responsabilità civile auto, indicare la misura in valore assoluto ed in percentuale delle provvigioni o dei compensi riconosciuti dall'impresa, o distintamente, dalle imprese in relazione alle polizze offerte. Il presente punto trova applicazione con l'adozione del Regolamento IVASS numero 23 del 9 maggio 2008 in attuazione dell'art. 131 del Codice delle assicurazioni private (D.Lgs.209/2005).

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente

L'Intermediario dichiara:

- a) che i premi pagati dal Contraente all'Intermediario e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle Imprese, se regolati per il tramite dell'Intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separate dal patrimonio dell'Intermediario stesso;
- b) che l'attività di intermediazione è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai Contraenti da negligenze ed errori professionali dell'Intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'Intermediario deve rispondere a norma di legge;
- c) la facoltà per il Contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'Impresa.

Scrivendo a:

D.A.S. S.p.A. - Servizio Clienti

Via Enrico Fermi,9/B-37135 Verona

Inviando un e-mail all'indirizzo di posta:

servizio.clienti@pec.das.it

Inviando un fax al numero:

045.8351025

Scrivendo a:

Europ Assistance Italia spa – Ufficio Reclami

P.zza Trento 8 – 20135 Milano (MO)

Inviando un e-mail all'indirizzo di posta:

ufficioreclami@europassistance.it Inviando

un fax al numero:

02.58477128

Scrivendo a:

Ufficio Italiano di Lloyd's

c.a. del responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance" – C.so Garibaldi 86 – 20121 Milano

Inviando un e-mail all'indirizzo di posta:

servizioclienti@lloyds.com

Inviando un fax al numero:

02.63788850

Inoltre il Contraente, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'Impresa entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'**I.V.A.S.S., Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, Fax numero: 06.42133745/353** allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa

Regolamento IVASS n.5/2006 art.52

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

La informiamo che in occasione della presentazione del contratto di assicurazione e alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario è importante: Che Lei abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta
Che il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze individuate e condivise con l'intermediario
La preghiamo di rispondere alle domande del questionario con riferimento al contratto proposto.

Prima di sottoscrivere il contratto assicurativo La informiamo che è importante che siano chiare le caratteristiche della polizza offerta

Prima di sottoscrivere il contratto assicurativo La informiamo che è importante che Lei sia chiaro che le risposte da Lei fornite nel questionario da Lei compilato

hanno anche rilevanza ai sensi dell'art.52 del Regolamento IVASS per la valutazione dell'adeguatezza dei contratti offerti.

Prima della sottoscrizione del contratto assicurativo La informiamo che è importante che Le siano state spiegate in modo chiaro le esclusioni, limitazioni e le scadenze previste nei contratti.

Prima della sottoscrizione del contratto assicurativo La informiamo che è importante che le siano chiari I contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni generali di assicurazione relative al contratto offerto.

Dichiarazione di adeguatezza

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente all'intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto, la informiamo che lo stesso dovrebbe risultare adeguato rispetto alle esigenze individuali e condivise, tale giudizio di adeguatezza si basa sulla consapevolezza condivisa con il Contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo il contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenza ivi previste.

Qualora Lei dichiarasse di non voler fornire una o più delle informazioni richieste è consapevole che ciò potrebbe pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle Sue esigenze assicurative.

L'intermediario si impegna ad informare il contraente dei principali motivi per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue esigenze assicurative e il contraente dichiarasse di voler comunque stipulare il relativo contratto.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy (DL 196 DEL 30/06/03) Con effetto 1° gennaio 2004 è entrato in vigore il Codice della Privacy che riunisce in un unico contesto la legge 675/1996 e gli altri decreti legislativi, regolamenti, e codici deontologici che si sono succeduti in questi anni. Ai sensi del suddetto articolo il L'Intermediario assicurativo, in qualità di "titolare" del trattamento dei dati personali è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo degli stessi. Alcuni di questi dati (anagrafica, codice fiscale o Partita IVA, estremi di documenti di identificazione) devono in ogni caso essere acquisiti dall'Agente per adempiere le attività economiche e/o professionali e possono essere richiesti in relazione al tipo di contratto da stipulare. I dati personali richiesti sono strettamente connessi e strumentali alla gestione dei rapporti alla clientela (ad esempio acquisizione di informazioni preliminari alla conclusione di un contratto, esecuzione di operazioni sulla base degli obblighi derivanti dal contratto concluso con la Clientela, ecc...).

1. Finalità del trattamento dati: I dati personali vengono trattati nell'ambito della normale attività dell'Intermediario assicurativo secondo le seguenti finalità:

- dirette esclusivamente all'espletamento dell'attività di mediazione con imprese di assicurazione e riassicurazione svolta nel Vostro interesse di cui alla Legge 792/84.
- connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo (normativa antiriciclaggio, disposizioni dell'IVASS) funzionali allo sviluppo dell'attività dell'Intermediario assicurativo per le quali l'interessato ha facoltà di manifestare o meno il consenso:

- Inviare alla clientela informazioni o materiale pubblicitario riguardanti prodotti o servizi dell'Intermediario assicurativo;
- Inviare alle clientela circolari tecniche informative di vario genere e quelle riguardanti la prevenzione dei rischi;
- Verificare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti ed i servizi dell'Intermediario assicurativo anche attraverso società di ricerche di mercato.

2. Dati sensibili: Precisiamo che di norma non si richiede agli interessati l'indicazione di dati definiti come sensibili dall'art. 4 del Codice della Privacy.

Può accadere tuttavia che in relazione a specifiche operazioni o prodotti richiesti dal Cliente (ad es: accensione di polizze assicurative sulle persone: vita temporanee caso morte, polizze infortuni, malattia e/o rimborso spese mediche, ...) L'Intermediario assicurativo richieda alcuni dati "sensibili", perché da essi possono desumersi informazioni sul suo stato di salute etc, e l'eventuale adesione del Cliente a contratti assicurativi con Compagnie di assicurazione.

Per il trattamento di tali dati la legge richiede una specifica approvazione che si trova nella dichiarazione di consenso allegata.

3. Modalità del trattamento I dati verranno trattati principalmente con strumenti manuali, elettronici, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e verranno memorizzati sia su supporti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime

di sicurezza ai sensi del Disciplinary Tecnico in materia di misure minime di sicurezza, Allegato B del Codice della Privacy

4. Conferimento dei dati Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, può essere:

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile)
- strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri
- facoltativo ai fini dello svolgimento di cui al punto 1 lettera c)

5. Conseguenza del rifiuto dei dati In caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori richiesti ai punti 4. a) e b) l'interessato non potrà godere del servizio richiesto. Non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione nel caso di cui al punto 4. c), ma preclude la possibilità di svolgere le attività indicate al punto 1. c)

6. Soggetti a cui potranno essere comunicati i dati personali I dati personali relativi al trattamento in questione possono essere comunicati:

- per le finalità di cui al punto 1.a) e b) ad altri soggetti del settore assicurativo quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazioni (ad esempio banche e SIM); società

che effettuano l'acquisizione, la registrazione e il trattamento di dati contenuti in documenti o supporti forniti al Broker dai clienti per svolgere test e capitolati assicurativi, convenzioni, ecc...; società che svolgono servizi assicurativi di professionisti in genere: Risks Manager, società di stime patrimoniale, etc. ...; legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamenti dei sinistri; società di servizi tra cui quelle per l'informatica per consentire l'esecuzione di operazione e/o servizi richiesti dal Cliente (ad esempio, servizi di trasferimento dati), per le procedure di archiviazione, per la stampa della corrispondenza e per la gestione della posta in arrivo e in partenza; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS e Ministero dell'Industria e del commercio e dell'artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrali Infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione); società preposte al controllo delle frodi, al recupero crediti e la rilevazione di rischi creditizi e di insolvenza; a Pubbliche Amministrazioni, ai sensi di legge; a società preposte alla certificazione di qualità; **Senza il consenso dell'interessato alla comunicazione dei dati alle suddette società ed ai correlati trattamenti, L'Intermediario assicurativo potrà dare corso solo a quelle operazioni e servizi che non richiedono la comunicazione di dati personali a terzi, vale a dire trasmissione di avvisi di scadenza, consulenza assicurativa, trasmissione quietanze sinistri**

b) per le finalità di cui al punto 1. a), b) e c) a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); **Senza il consenso dell'interessato può essere inficiata la qualità del servizio offerto al Cliente e conseguentemente del prodotto offerto.**

7. Diffusione dei dati I dati personali non sono soggetti a diffusione

8. Trasferimenti dei dati all'estero Per le medesime finalità di cui al punto 1., i dati personali possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale

9. Diritti dell'interessato In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto, ai sensi dell'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti) del Codice della Privacy:

1) L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2) L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a. dell'origine dei dati personali

b. delle finalità e modalità del trattamento

c. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici

d. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2

e. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati

3) L'interessato ha diritto di ottenere:

a. l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati

b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato

4) L'interessato ha diritto di opporsi in tutto o in parte:

a. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta

b. al trattamento di dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

10. Titolare del trattamento è GMA SRL nella persona del suo legale rappresentante Dott. Giuseppe Messina.

11. Responsabile del trattamento dati è il Dott. Giuseppe Messina; per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgersi richiesta scritta indirizzata a:

GMA SRL

Alla cortese attenzione del Responsabile del trattamento dati

40122 Bologna Via G.Marconi 71 Tel. 051.24.95.58 - Fax 051.422.81.25 - E-mail gma@gmasrlbo.it PEC gmasrlpec@cert.giuseppemessina.it