

Contratto di Assicurazione per gli Infortuni del Personale Sanitario



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 2015



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

Nota Informativa

Contratto di assicurazione per gli Infortuni del Personale Sanitario

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 Paolo Da Cannobio 9, 20122 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
Email: milan@amtrustgroup.com - www.amtrusteurope.it

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

2. Informazioni sullo stato patrimoniale dell'Impresa

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

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

B. Informazioni sul contratto

Il presente contratto è stipulato per una durata triennale senza tacito rinnovo, salvo quanto previsto dagli Articoli 12 e 13
AVVERTENZA: *in assenza di disdetta da inviarsi con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale il contratto si rinnova per un altro anno. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 12 delle Condizioni di Assicurazione.*

3. Coperture Assicurative Offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il presente contratto prevede le seguenti coperture assicurative, con le modalità ed esclusioni regolate nelle Condizioni di Assicurazione. La Società si obbliga a corrispondere un indennizzo a seguito di infortunio occorso all'assicurato che determini la morte, l'invalidità permanente ed il contagio da HIV, Epatite B o C (3 virus). Per la regolamentazione si rinvia agli Articoli 1 e seguenti - Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: *sono previsti casi di limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo oppure alla mancata attivazione della garanzia. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Articoli 2 e seguenti delle Condizioni di Assicurazione.*

AVVERTENZA: le condizioni di assicurazione prevedono franchigie e massimali per il cui dettaglio si rinvia alle Condizioni di assicurazione nonché a quanto riportato nella Scheda di Polizza/Certificato di Assicurazione

Per franchigia si intende l'importo prestabilito che in caso di sinistro rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'indennizzo che sarebbe spettato se tale franchigia non fosse esistita.

Per massimale si intende la somma massima sino a concorrenza della quale l'Impresa presta l'assicurazione. L'Impresa corrisponde le somme dovute a titolo di indennizzo entro il massimale convenuto.

Al fine di facilitare la comprensione al Contraente di seguito si riportano degli esempi di funzionamento della franchigia e del massimale.

Massimale

Esempio

Qualora sia convenuto in polizza un massimale pari a € 100.000 per Sinistro e Periodo di Assicurazione, l'Impresa risponderà nel limite di € 100.000.

Qualora la percentuale di invalidità permanente fosse dichiarata del 15%, il cliente riceverà il 15% del suo massimale previa applicazione di franchigie eventualmente previste dalle Condizioni di Assicurazione.

Franchigia

Esempio 1

Somma assicurata per invalidità permanente totale (100%): € 100.000,00

Franchigia: 3%

Invalidità permanente accertata: 7%

Indennizzo da liquidare: 7% (I.P. accertata) – 3% (Franchigia) = 4% x € 100.000,00 = € 4.000,00

Esempio 2

Somma assicurata per invalidità permanente totale (100%): € 100.000,00

Franchigia: 3%

Invalidità permanente accertata: 2%

Indennizzo da liquidare: nessuno, in quanto la franchigia del 3% risulta superiore alla percentuale di I.P. accertata

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 **false, inesatte o di 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 18 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. Diminuzione ed Aggravamento del rischio e variazioni nella professione

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 19 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio

Variazione dell'attività professionale dichiarata

Un cambiamento dell'attività professionale svolta che comporti il passaggio da una categoria di rischio più elevato ad una categoria di rischio inferiore costituisce diminuzione del rischio alcun lavoro manuale ad una attività che comporti lo svolgimento di attività manuali con un significativo livello di rischio

6. Premi

Il Premio convenuto è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione e non è prevista possibilità di frazionamento.

Il pagamento del Premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi resi disponibili dall'Intermediario:

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

Non sono previsti adeguamenti automatici del premio e delle somme assicurate.

8. Diritto di Recesso

AVVERTENZA: in caso di sinistro sia la Società 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'Articolo 13 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: è facoltà delle parti di rescindere annualmente la Polizza stessa previa comunicazione di recesso da inviarsi a mezzo raccomandata o fax entro 30 giorni dalla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 12 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 ai sensi dell'art.2952c.c.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

11. Regime fiscale

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: La denuncia dell'Infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla direzione della Società, o all'intermediario cui è assegnata la polizza, entro 15 giorni dall'infortunio e dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano ragionevolmente avuto la possibilità.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato
Si rinvia per maggiore dettaglio all' articolo 14 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 Paolo Da Cannobio 9, 20122 Milano – tel. 0283438150 fa: 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

AVVERTENZA Per quanto riguarda la Copertura Infortuni dei Medici la Polizza prevede il ricorso all'arbitrato. In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio, le Parti possono, in alternativa agli ordinari mezzi di giurisdizione, conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Il Collegio medico risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione

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

Amtrust Europe Limited
AmTrust Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Serena Bocchi

Glossario

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

Aggravamento del rischio	Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti un incremento della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure un incremento del danno conseguente al suo verificarsi.
Arbitrato	E' una procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le parti possono adire per definire una controversia o evitarne l'insorgenza.
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.
Assicurazione	L'assicurazione con la quale l'assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo o il rimborso delle spese sostenute, conseguenti a un infortunio.
Beneficiario	la persona fisica designata dall'assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di Morte dell'assicurato stesso o i soggetti ai quali spettano le prestazioni assicurate.
Certificato di Assicurazione	il documento emesso dalla Società che va a formare parte integrante della Polizza, emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo Assicurato, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato, le date di effetto e di scadenza dell'assicurazione e il premio con le relative imposte governative.
Condizioni di Assicurazione	Le clausole di cui è composto il contratto di assicurazione.
Contagio	Evento dovuto a causa esterna improvvisa che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva, un'infezione da virus HIV o Epatite B o C clinicamente accertabili in base alle condizioni di polizza in base alle condizioni di polizza.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto.
Decorrenza della garanzia	Momento in cui le garanzie divengono operanti ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Denuncia di Sinistro	Comunicazione secondo le modalità previste dal contratto, che l'Assicurato deve dare all'assicuratore a seguito di un sinistro.
Diminuzione del Rischio	Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.
Diritto di recesso	E' il diritto di ripensamento dell'Assicurato, esercitabile nei termini previsti dalla legge dopo la stipula del contratto di assicurazione, esercitando il quale ne annulla 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.
Epatite	L'infiammazione del fegato dovuta un contagio a seguito di infezione cronica per Epatite B o Epatite C
Epatite B	Malattia infettiva e cronica, causata dal virus HBV, appartenente alla famiglia

	Hepadna Viridae, con evidenza riferita a marcatori sierologici
Epatite C	Malattia infettiva, causata dal virus Hepatitis C Virus (HCV).
Esclusioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dall'Assicuratore, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Evento	L'evento che ha generato direttamente od indirettamente uno o più sinistri.
Foro Competente	Sede dell'Ufficio Giudiziario competente per la controversia
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.
Franchigia	L'importo indicato nella Scheda di Polizza che viene dedotto dal Danno ed è a carico dell'Assicurato.
Franchigia Assoluta	La franchigia si dice assoluta quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito.
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana (acronimo dall'inglese Human Immunodeficiency Virus) è il virus responsabile della sindrome da Immunodeficienza acquisita (AIDS).
Imposta	Percentuale che si applica ai premi versati dai contraenti già ricompresa nel premio versato dall'Assicurato
Impresa di assicurazione	Si veda "Società".
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro
Infortunio	Un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
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.
Invalidità Permanente	E' la perdita definitiva e irrimediabile, di capacità funzionale totale o parziale, dell'Assicurato. E' la perdita anatomica o funzionale dell'uso di un organo o di un arto del corpo. E' valutabile sulla base di una tabella di riduzione parziale della capacità fisica E' quindi considerata invalidità permanente totale la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione esercitata dall'assicurato.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Loss Occurrence	E' una formula assicurativa per la quale vengono accolte le Richieste di indennizzo a seguito di un fatto dannoso verificatosi durante il periodo di validità del contratto di Assicurazione a prescindere dalla data di denuncia del sinistro, fermi i limiti di legge in tema di prescrizione del diritto.
Massimale	E' la somma massima liquidabile dall'Assicuratore a titolo di risarcimento del danno. In genere è prevista tutte le volte in cui si desidera porre un limite al valore assicurabile oppure nel caso in cui non sia possibile identificare a priori il bene assicurato e quindi il suo valore.
Modulo di Proposta	Documento, annesso a questa Polizza per farne 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 a fatti che hanno generato Sinistri o che potrebbero far supporre il sorgere di eventuali Richieste di Risarcimento.

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.
Polizza	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
Prescrizione	E' un istituto giuridico che concerne gli effetti giuridici del trascorrere del tempo. Essa ha valenza civile e penale. Nel diritto civile indica quel fenomeno che porta all'estinzione di un diritto soggettivo non esercitato dal titolare per un periodo di tempo indicato dalla legge. In diritto penale determina l'estinzione di un reato a seguito del trascorrere di un determinato periodo di tempo.
Condizioni Preesistenti	Qualsiasi malattia o sintomo, segno o infortunio occorso prima della sottoscrizione di questa polizza assicurativa incluse le anomalie congenite.
Premio	La somma dovuta dal Contraente/Assicurato alla Società.
Prestazioni Assicurate	L'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.
Recesso	Dichiarazione unilaterale avente l'effetto di sciogliere il contratto.
Rinnovo	E' la proroga del contratto per un nuovo Periodo di Assicurazione.
Rischio	E' la probabilità del verificarsi di una evento.
Scheda di Polizza	È 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 ed il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.
Rivalsa	E' il diritto che spetta all'Assicuratore che ha corrisposto un indennizzo di rivalersi su colui che ha recato il danno.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione infortuni
Società	AmTrust Europe Limited.

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

Scheda di Polizza - Assicurazione per gli Infortuni del Personale Sanitario

Polizza N° ITDMM15I200111400000	Polizza Sostituita N°	Ramo INF	Prodotto Infortuni	Intermediario Steffano Group	COD 114
Contraente					
Contraente CSMM Centro Studi Medical MalPractice		Codice Fiscale 97598560155		Partita Iva	
Via San Vincenzo, 3		Località/Comune Milano		Provincia Milano	CAP 20123
Data di effetto e scadenza della Polizza				Modelli Allegati	
Effetto ore 24 del 31/12/2015		Scadenza ore 24 del 31/12/2016		Prossima Quietanza	
Premio alla Firma					
Premio Netto	Accessori	Premio Imponibile	Imposte	Totale Premio	
Premio rate Future					
Premio Netto	Accessori	Premio Imponibile	Imposte	Totale Premio	
Massimale					
Come da certificato di Assicurazione		Franchigia 5%	Premio		

Dichiarazioni del Contraente

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

Il presente contratto si conclude in nome e per conto della Società CSMM Centro Studi Medical MalPractice

il Contraente

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

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

il Contraente

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni di assicurazione, ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, dichiara:

- di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:
 Articolo 1 - Oggetto della copertura assicurativa; Articolo 2 - Prestazioni assicurate; Articolo 3 - Esclusioni; Articolo 4 - Persone non assicurabili - Limiti di età; Articolo 5 - Limiti territoriali; Articolo 7 - Rischio volo; Articolo 10 - Limiti di indennizzo; Articolo 11 - Modalità di Pagamento e regolazione del premio Articolo 12 - Durata della polizza - Sospensione - Recesso; Articolo 13 - Facoltà di recesso in caso di sinistro; Articolo 14 - Obblighi dell'Assicurato - Denuncia del sinistro; Articolo 17 - Controversie ed arbitrato; Articolo 18 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Articolo 21 - Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione; Articolo 23 - Foro competente;

il Contraente

Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex. Art. 13 D. Lgs. 196/2003 e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento - anche all'estero inclusi paesi extra UE - a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

Emesso in quadruplica copia in _____ il _____

L'importo di € _____ è stato pagato oggi _____

il Contraente

L'incaricato _____
20123 - Milano - Via San Vincenzo, 3
Tel. 02.23.36.91.26 - Fax 02.93.66.03.26
info@malpractice.it - Codice Fiscale: 97598560155

Condizioni di Contratto

I. Oggetto del Contratto

Con il presente contratto il Contraente stipula una Polizza collettiva con l'assicuratore AmTrust Europe Limited, di seguito Società, avente per oggetto le seguenti garanzie:

- morte da infortunio;
- invalidità permanente da infortunio;
- contagio HIV, Epatite B e C (3 Virus),

disciplinate dalle condizioni tutte che seguono. La presente Polizza collettiva è stipulata per i singoli membri del CSMM – Centro studi Medical Malpractice (di seguito Assicurato), che aderiranno alla relativa copertura mediante sottoscrizione di idoneo Modulo di Proposta.

Nel caso di adesione il rapporto tra gli Assicurati e la Società sarà regolato dal presente Contratto di seguito Polizza.

Resta inteso che in ordine ad ogni eventuale pretesa e/o richiesta che l'Assicurato dovesse avanzare in relazione alla garanzia prestata con la presente Polizza, risponderà unicamente la Società la quale potrà opporre agli Assicurati tutte le eccezioni che potrebbe opporre al Contraente in forza della Polizza.

II. Documentazione per gli Assicurati

In sede di illustrazione della Proposta di assicurazione, il Contraente si obbliga a consegnare a ciascun potenziale aderente il Fascicolo Informativo ed in particolare le Condizioni di Assicurazione, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta.

Nella stessa sede, il Contraente si obbliga a consegnare Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Testo Unico sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003).

Il mancato adempimento di tali obblighi comporterà responsabilità diretta del Contraente, che sosterrà oneri ed eventuali spese accessorie in caso di reclami, contenziosi ed indennizzi che dovessero essere corrisposti.

III. Modulo di Proposta

Ciascun Assicurato dovrà compilare, datare e sottoscrivere il Modulo di Proposta, che formerà parte integrante della Polizza, trasmetterlo al Contraente e provvedere al versamento dell'importo dovuto.

Limitatamente a coloro che erano già assicurati con polizza infortuni AmTrust Europe ed unicamente alle condizioni riportate al successivo Articolo 17 della Polizza, non è richiesta compilazione del Modulo di Proposta a condizione che il rinnovo avvenga entro 30 (trenta) giorni così come previsto dal sopra citato Articolo 17.

In sede di sottoscrizione del Modulo di Proposta, il Contraente si obbliga a raccogliere apposita sottoscrizione dell'Aderente di avvenuta consegna dell'Informativa Privacy e relativo consenso al trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Testo Unico sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003). Il mancato adempimento di tali obblighi comporterà responsabilità diretta del Contraente, che sosterrà oneri ed eventuali spese accessorie in caso di reclami, contenziosi ed indennizzi che dovessero essere corrisposti.

IV. Premio e modalità di pagamento

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

Il Contraente si impegna a trasmettere alla Società entro il 15° (quindicesimo) giorno di ciascun mese:

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

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

Il pagamento del Premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi resi disponibili dall'Intermediario:

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

V. Certificato di Assicurazione e documenti di rinnovo

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

- 1) Per ciascun nuovo anno Assicurato un Certificato di Assicurazione, a prova della copertura assicurativa, attestante l'avvenuta applicazione alla Polizza riportante i dati dello stesso forniti all'atto dell'adesione ovvero:
 - I dati identificativi dell'Assicurato (Cognome e Nome, Codice Fiscale e domicilio);
 - La decorrenza della garanzia;
 - La qualifica dell'Assicurato;
 - Il Massimale assicurato;
 - Il premio alla decorrenza della garanzia e delle eventuali successive annualità.
- 2) Per ciascun Assicurato che ha prorogato la copertura assicurativa un documento attestante l'avvenuta proroga della stessa.

VI. Durata del Contratto

La Polizza ha durata 3 anni. Sia la Società, sia il Contraente hanno facoltà di rescindere il contratto annualmente previa comunicazione di recesso da inviarsi a mezzo raccomandata A/R entro 30 (trenta) giorni dalla scadenza annuale.

Le singole adesioni non sono soggette a tacito rinnovo e cessano alla scadenza di ogni periodo di Assicurazione senza obbligo di disdetta.

Condizioni di Assicurazione

INDICE

Capitolo 1 – Definizioni

Capitolo 2 – Oggetto dell'assicurazione

- ▶ Articolo 1 - Oggetto della copertura assicurativa

Capitolo 3 – Prestazioni assicurate e relative limitazioni

- ▶ Articolo 2 - Prestazioni assicurate
- ▶ Articolo 3 – Esclusioni

Capitolo 4 – Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale

- ▶ Articolo 4 - Persone non assicurabili – Limiti di età
- ▶ Articolo 5 – Limiti territoriali
- ▶ Articolo 6 – Rischio guerra
- ▶ Articolo 7 – Rischio volo
- ▶ Articolo 8 – Criteri di indennizzabilità
- ▶ Articolo 9 – Cumulo di indennità
- ▶ Articolo 10 – Limiti di indennizzo

Capitolo 5 – Premio di assicurazione

- ▶ Articolo 11 – Modalità e disciplina di adesione alla polizza e Pagamento del premio

Capitolo 6 – Effetto e durata della copertura

- ▶ Articolo 12 – Durata della polizza – Recesso
- ▶ Articolo 13 – Facoltà di recesso in caso di sinistro

Capitolo 7 – Denuncia di sinistro

- ▶ Articolo 14 – Obblighi dell'assicurato – Denuncia di sinistro
- ▶ Articolo 15 – Prova

Capitolo 8 – Norme comuni

- ▶ Articolo 16 – Rinuncia alla rivalsa
- ▶ Articolo 17 – Controversie ed arbitrato
- ▶ Articolo 18 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- ▶ Articolo 19 – Diminuzione e aggravamento del rischio
- ▶ Articolo 20 – Coesistenza di altre assicurazioni
- ▶ Articolo 21 – Comunicazioni – Modifiche dell'assicurazione
- ▶ Articolo 22 – Oneri
- ▶ Articolo 23 – Foro competente
- ▶ Articolo 24 – Rinvio alle norme di legge
- ▶ Articolo 25 – Persone no considerate terzi
- ▶ Articolo 26 – Gestione della polizza

CAPITOLO 1 – Definizioni

AVVERTENZA: Il Glossario è contenuto nella Nota Informativa e costituisce parte integrante delle presenti Condizioni di assicurazione.

CAPITOLO 2 – Oggetto dell'assicurazione

Articolo 1 – Oggetto della copertura assicurativa

L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni, per gli infortuni che l'Assicurato/Aderente subisce nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata in polizza e/o extra-professionali.

L'Assicurazione si intende operante, nei limiti previsti dalle stesse condizioni di assicurazione, per gli eventi di:

- Morte da infortunio;
Invalidità permanente da infortunio
- Contagio da HIV, Epatite B o C (3 virus) in caso di trasfusione sanguinea o nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata in polizza ed a seguito di aggressione fisica

Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non espressamente esclusi dal successivo Articolo 3 anche:

- Asfissia meccanica ivi compreso annegamento
- Assideramento o congelamento
- Avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere
- Infezioni comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza
- Lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive

I postumi invalidanti al rachide cervicale verranno presi in considerazione successivamente al loro riscontro su esami strumentali con esito positivo.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana

CAPITOLO 3 – Prestazioni assicurate e relative limitazioni

Articolo 2 – Prestazioni assicurate

A) Morte da infortunio

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata dall'Assicuratore ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

B) Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza e si presume ne sia avvenuto il decesso, ma il corpo dell'Assicurato non venga rinvenuto entro 180 giorni dalla scomparsa, o dall'arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e privato non escluso dalle Condizioni di Polizza, la Società corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Se dopo il pagamento dell'Indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

C) Invalidità Permanente da infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno nel quale è avvenuto, l'Assicuratore liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del

30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte dell'Assicuratore all'applicazione della franchigia relativa prevista. Per gli assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale. La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno dell'infortunio.

A parziale deroga a quanto previsto dal presente articolo, la garanzia è prestata con l'applicazione della seguente franchigia:

- non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore al 5% (cinque per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 5% (cinque per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Tutti i tipi di ernie a seguito di infortunio non sono coperti da questa polizza

D) Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus)

Limitatamente al solo ambito professionale l'Assicuratore garantisce il pagamento dell'Indennizzo stabilito in polizza per il caso di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o Epatite B o C occorsi all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

1. entro 5 giorni dal presunto contagio;
2. a distanza di 2 mesi dal presunto contagio;
3. a distanza di 6 mesi dal presunto contagio (in caso di negatività del test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 1:

- Positivo: non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento.
- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 2:

- Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 2 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite C; verificare la nota qui sotto per l'Epatite B
- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3.

Nota: In caso di Epatite B i test che devono essere fatti dall'Assicurato dovranno essere sempre e solo 3 e quindi dopo 5 giorni, dopo 2 mesi e dopo 6 mesi. Solamente in caso di esito positivo, l'Assicurato dovrà consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio

Esiti test di cui al punto 3:

- Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;
- Negativo: l'Assicuratore non procederà ad alcun indennizzo.

Articolo 3 – Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti da:

- **Condizioni preesistenti**
- **Attacchi di cuore e gli incidenti cerebrovascolari**
- **Ernie traumatiche e da sforzo**
- **Eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Articolo 6 - Rischio guerra**
- **Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)**

- **Delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato**
- **Pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere**
- **Partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo**
- **Partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura, abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni; uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei; stato di intossicazione acuta alcolica**
- **Arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;**
- **Malore: l'assicurazione non comprende gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.**

Relativamente alla garanzia Contagio da HIV, Epatite B o C restano esclusi:

- **HIV, HBV e/o HCV avvenuto prima della nascita della polizza o che non soddisfano i criteri di cui all'Art. 2 Comma D**
- **Contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, etc)**
- **Qualsiasi tipo di epatite, che non è causata da infezione cronica da HBV e/o HCV, come ad esempio: Epatiti Alcoliche, epatite tossica, epatite autoimmune etc.**

CAPITOLO 4 – Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale

Articolo 4 - Persone non assicurabili – limiti di età

La garanzia assicurativa si intende prestata fino al compimento del 70° (settantesimo) anno di età. La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Tuttavia, ciò premesso, si da atto che l'Assicurato/Aderente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 5 – Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo, ad eccezione dei seguenti Paesi: Cuba, Afghanistan, Iran, Iraq, Siria, Corea del Nord, Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Centraf. Rep., Ciad, Comore, Congo, Congo Rep. Dem., Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenia, Lesotho, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Mali, Marocco, Mauritania, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sao Tomé, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Swaziland, Tanzania, Thailandia, Togo, Tunisia, Uganda, Vietnam, Zambia e Zimbabwe

Articolo 6 – Rischio guerra

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.

Articolo 7 – Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Articolo 8 – Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio (contagio) che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio (contagio) può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Articolo 9 – Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro 365 (trecentosessantacinque) giorni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Articolo 10 – Limiti di indennizzo

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito del medesimo Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a €5.000.000,00 qualunque sia il numero degli Assicurati sinistrati.

In detta limitazione rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre somme assicurate per lo stesso rischio con altre polizze stipulate dalla stessa Azienda/Associata. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.

CAPITOLO 5 – Premio di assicurazione

Articolo 11 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio

Per l'adesione alla presente Polizza il Contraente, o suo incaricato, mette a disposizione degli Assicurati una idonea procedura attraverso la quale il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati le Condizioni di Assicurazione, l'Informativa per la protezione dei dati personali (privacy), il Modulo di Proposta e il Fascicolo Informativo.

L'Assicurazione si intende valida sempre che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Proposta e che risulti in regola con il versamento del premio nei termini dovuti.

Il Certificato di Assicurazione e così anche la copertura assicurativa:

- avranno decorrenza alle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese nel quale è stato sottoscritto il Modulo di Proposta a condizione che il relativo premio sia stato versato entro l'ultimo giorno del mese stesso;
- cesseranno alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione senza tacito rinnovo.

Il Certificato di Assicurazione, su esplicita richiesta dell'Assicurato, potrà decorrere dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese precedente a quello di compilazione del Modulo di Proposta ma la copertura assicurativa avrà in ogni caso effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Limitatamente alle adesioni avvenute nel mese successivo a quello di decorrenza della presente Polizza, il Certificato di Assicurazione e così anche al copertura assicurativa avranno decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di effetto della Polizza stessa a condizione che il Modulo di Proposta ed il relativo premio siano stati rispettivamente sottoscritto e versato entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello di decorrenza della Polizza, altrimenti avranno decorrenza dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Alla scadenza del Periodo di Assicurazione l'Assicurato potrà prorogare la copertura assicurativa per ulteriori 12 (dodici) mesi versando il premio annuo entro le ore 24:00 del 30° (trentesimo) giorno successivo alla scadenza di tale Periodo di

Assicurazione. Per la proroga della copertura assicurativa avvenuta entro i termini sopra indicati non è richiesta compilazione del Modulo di Proposta.

Se l'Assicurato non proroga la copertura assicurativa nei termini temporali previsti dal comma che precede potrà in seguito aderire nuovamente alla Polizza previa compilazione di un nuovo Modulo di Proposta; in tal caso il nuovo Certificato di Assicurazione e così anche la copertura assicurativa avranno decorrenza come previsto dal presente articolo relativamente alle nuove adesioni.

Il premio annuo dovuto relativo alla copertura assicurativa è quello risultante dalla tabella riportata di seguito:

<i>Opzione</i>	<i>Morte da Infortunio Massimale</i>	<i>Invalità Permanente Massimale</i>	<i>3 Virus Epatite B o C & HIV Massimale</i>	<i>Premio Lordo</i>
Gold	€ 75.000	€ 75.000	€ 75.000	€ 120,00
Platinum	€ 100.000	€ 100.000	€ 100.000	€ 160,00

CAPITOLO 6 – Effetto e durata della copertura

Articolo 12 - Durata della Polizza - Recesso

La Polizza ha durata 36 (trentasei) mesi con effetto dalla data indicata nella Scheda di Polizza senza possibilità di tacito rinnovo alla scadenza finale, fermo quanto previsto all'Articolo 11 delle Condizioni di Assicurazione.

Le parti hanno comunque la facoltà di rescindere la polizza ad ogni scadenza annuale tramite lettera raccomandata da inviarsi almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza contrattuale annua.

Le singole adesioni hanno durata annuale, non sono soggette a tacito rinnovo e cessano alla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione senza obbligo di disdetta.

Articolo 13 - Facoltà di Recesso in caso di Sinistro

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.

È altresì convenuto che in caso di denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione tanto il Contraente/Assicurato che la Società possono far cessare la copertura assicurativa relativa alla singola adesione colpita dal Sinistro con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.

Nel caso in cui sia la Società a far cessare la garanzia quest'ultima rimborserà la parte di premio, al netto delle imposte governative, relativa al periodo di rischio non corso.

CAPITOLO 7 – Denuncia di sinistro

Articolo 14 – Obblighi dell'Assicurato – Denuncia del sinistro

L'Assicurato è tenuto a denunciare in forma scritta, anche per il tramite dell'Intermediario, entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia di Sinistro, Richiesta di indennizzo deve indicare il luogo, giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico, contenente ogni altra notizia utile per la Società. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattarsi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro. In caso di contagio, l'Assicurato e/o il Contraente deve denunciare all'Assicuratore il sinistro entro 15 (quindici) giorni dal presunto contagio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata di tutta la documentazione medica e clinica come indicato dal successivo Articolo 15. In caso di contagio per infezione da HIV o epatite cronica B o C a seguito di trasfusione di sangue, l'assicurato deve presentare uno specifico referto medico che ne specifichi l'indicazione della trasfusione di sangue ed i relativi parametri sanguigni come specificato nell'Articolo 2 comma D). In caso di contagio a seguito di aggressione fisica, deve essere presentata la copia della denuncia presso gli organi competenti. L'Impresa ha designato per la gestione, trattazione e definizione dei Sinistri di Infortunio, in nome e per conto della stessa AmTrust Europe Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Paolo da Cannobio, 9 – 20122 Milano –sinistri.Infortunio@amtrustgroup.com; che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

Articolo 15 – Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

CAPITOLO 8 – Norme comuni

Articolo 16 – Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Articolo 17 – Controversie ed Arbitrato

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge. La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere redatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopodiché l'Assicuratore comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, l'Assicuratore convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Articolo 18 - 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, possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto secondo quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

Articolo 19 - 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 20 - Coesistenza di altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

Articolo 21 - 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 22 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente e sono pari a 2,5% del Premio imponibile

Articolo 23 - Foro competente

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

Articolo 24 - Rinvio alle norme di legge

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

Articolo 25 - 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 26 - 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 del Premio 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.


AmTrust Europe Limited
Il Procuratore Speciale
Serena Bocchi

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

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

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

1. Finalità del trattamento dei dati:

Il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato:

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

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

2. Modalità del trattamento:

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

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

I dati raccolti, inclusi quelli sensibili,

- a) per le finalità di cui al punto 1., verranno comunicati alle Società del Gruppo AmTrust, in particolare a:
AmTrust Europe Ltd, Market Square House, St. James's Street Nottingham NG1 6FG (UK) - P.I. GB764402928;
AmTrust Claims Management S.r.L. - Via Paolo da Cannobio, 9 - 20122 Milano;
AmTrust Financial Services, Inc. - 59 Maiden Lane, 43rd Floor New York, NY 10038 e sedi secondarie.
- b) per le finalità di cui al punto 1. i dati verranno comunicati a soggetti quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: Soggetti facenti parte della catena assicurativa quali: Coassicuratori, Riassicuratori, agenti e brokers, Organismi associativi (ANIA) e consortili propri del 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.

4. Diffusione dei dati:

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

5. Trasferimenti dei dati all'estero:

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

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

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

7. Titolare del trattamento dei dati:

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

8. Diritti dell'interessato:

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

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

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

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



AmTrust Care Plus - Contratto di Assicurazione per gli Infortuni del Personale Sanitario - Collettiva - Edizione
Dicembre 2015.