

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri



Il presente Fascicolo Informativo contiene:

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

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



AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

Scheda di Polizza - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri

Polizza N° IITDMM16A0019761200000	Polizza Sostituita N° ***	Ramo RC	Prodotto AmTrust Dentist	Intermediario UA Underwriting Agency Srl	COD 7612
Contraente					
Contraente C.S.M.M. Centro Studi Medical Malpractice		Codice Fiscale 97598560155		Partita Iva ***	
Via Via San Vincenzo, 3		Località/Comune Milano		Provincia MI	CAP 20123
Data di effetto e scadenza della Polizza				Modelli Allegati	
Effetto ore 24 del 30/09/2016	Scadenza ore 24 del 31/12/2019	Prossima Quietanza 31/12/2017		AmTrust Dentist - Ed 09/2016	
Premio alla Firma					
Premio Netto € 0,00	Accessori € 0,00	Premio Imponibile € 0,00	Imposte € 0,00	Totale Premio € 0,00	
Premio rate Future					
Premio Netto € 0,00	Accessori € 0,00	Premio Imponibile € 0,00	Imposte € 0,00	Totale Premio € 0,00	
Massimale		Retroattività		Franchigia	
Si veda Appendice di Regolazione		Si veda Appendice di Regolazione		Si veda Appendice di Regolazione	

Dichiarazioni del Contraente

L'assicurazione è regolata dalle condizioni e dichiarazioni contenute negli allegati modelli sopra richiamati, che formano parte integrante del presente contratto e che il Contraente dichiara di conoscere, di aver ricevuto e sottoscritto.
 Il presente contratto si compone di n° 23 pagine.

La Società
AmTrust International Underwriters Limited
 Rappresentanza Generale per l'Italia
 Il Procuratore Speciale
Serena Bocchi

C.S. 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 Contraente

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.

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 e, agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara:

1. 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.
2. di accettare specificamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Articolo 1 - Forma dell'assicurazione - Retroattività; Articolo 2 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 3 - Limite di indennizzo; Articolo 4 - Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione «claims made»); Articolo 7 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 10 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Articolo 14 - Facoltà di recesso; Articolo 13 - Gestione della Polizza; Articolo 14 - Franchigia; Articolo 15 - Diminuzione e Aggravamento del rischio; Articolo 16 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Articolo 17 - Coesistenza di altre assicurazioni; Articolo 18 - Pagamento del premio.

C.S. 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 Contraente

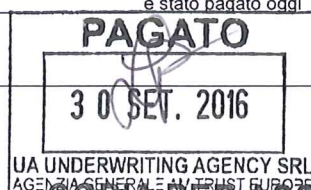
Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex Art. 13 D. Lgs. 196/2003 e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento - anche all'estero inclusi paesi extra UE - a terzi dei dati per le finalità, secondo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

C.S. 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 Contraente

Emesso in quadruplica copia in **Milano** il **30/09/2016**.

L'importo di € _____ è stato pagato oggi

L'incaricato _____



AmTrust International Underwriters Limited
 40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 (Registered Office)
 € 37.072.355,00 di Capitale sociale versato, inclusivo di altre riserve di capitale e versamenti in conto capitale
 Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Paolo da Cannobio, 9 • 20122 Milano
 Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174
 Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047



Nota Informativa

Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri

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 International Underwriters Limited, con sede in 40 Westland Row, Dublino 2, Irlanda, è regolamentata e autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dalla Central Bank of Ireland. Numero di registrazione: 169384 Questi dettagli possono essere controllati visitando il sito <http://www.centralbank.ie> o contattando la Central Bank of Ireland, Tel: +353 1 2244000.

La Rappresentanza Italiana

AmTrust International Underwriters Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Paolo Da Cannobio 9, 20122 Milano
Tel. 0283438174 Fax 0283438150 • •

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

è iscritta dal 23.02.2016 al n° I.00132 dell'Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro ed ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento", con codice IVASS Impresa n° D933R.

2. Informazioni sullo stato patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari a 190 milioni di euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 37 milioni di euro e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a 153 milioni di euro. L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni è pari a 513%, 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

AVVERTENZA: Il presente contratto è stipulato per una durata di 39 mesi con effetto dalla data indicata nella Scheda di Polizza, ed è soggetto ad adesione individuale da parte degli Assicurati.

La singola adesione avrà effetto dalla data indicata nell'Appendice di Regolazione ed in ciascun Certificato di Adesione ed avrà durata annuale (12 mesi), con tacito rinnovo, salvo quanto previsto dagli articoli VI - Durata del Contratto - delle Condizioni del Contratto, dall'articolo 11 – Facoltà di Recesso e dall'articolo 20 – Disciplina delle Adesioni delle Condizioni di Assicurazione.

Relativamente alle nuove adesioni e ai rinnovi pervenuti nel corso dell'ultimo anno di validità del presente Contratto, si precisa che, la copertura avrà una durata di 12 mesi, scaduti i quali si intenderà cessata senza più possibilità di tacito rinnovo.

Il presente contratto scadrà alle ore 24:00 del 31/12/2019 e da tale data non è soggetto al tacito rinnovo.

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 e all'Articolo IV delle Condizioni del Contratto.

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 odontoiatria senza implantologia e non comunichi l'inizio dell'attività di implantologia, 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 e 18 delle Condizioni di Assicurazione e all'Articolo IV delle Condizioni del Contratto.

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 60 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, purché 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 International Underwriters Ltd. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Paolo da Cannobio, 9 - 20122 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: rcprofessionale@amtrustgroup.com , che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 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 International Underwriters Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Paolo Da Cannobio 9, 20122 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 In Irlanda: Financial Services Ombudsman's Bureau, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2 –

Tel: +353 1 6620899 Fax: +353 1 6620890 email: enquiries@financialombudsman.ie – www.financialombudsman.ie

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

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


AmTrust International Underwriters Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
AmTrust International Underwriters LTD
Il Procuratore Speciale
Serena Bocchi

Glossario

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

Assicurato	La persona fisica indicata in ciascuna Appendice di Regolazione e nel Certificato di Adesione, che svolge l'attività professionale ivi indicata, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Attività Diagnostica/Chirurgica 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 Chirurgia Minore	Quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.
Attività intra o extramoenia	E' considerata intramoenia l'attività svolta dai soggetti che rispondono a determinati requisiti soggettivi: - Personale dipendente dirigente del servizio sanitario nazionale - Docenti universitari e ricercatori che effettuano attività assistenziale presso cliniche e istituti universitari di ricovero e cura anche se gestiti direttamente dalle università; - Personale laureato e medico di ruolo in servizio nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria; - Dipendenti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto privato; - Personale autorizzato ad operare presso studi privati o strutture non accreditate, purché l'attività rispetti i criteri fissati dal D.M. Sanità 31/7/1997 e successivamente negli atti adottati dai direttori generali delle strutture sanitarie. L'attività intramuraria consta nell'adempimento dell'attività professionale libera all'interno della struttura ospedaliera e comunque al di là dell'impegno di servizio; si chiama al contrario extramuraria quella svolta al di fuori al di fuori della struttura ospedaliera.
Certificato di Adesione	Il documento emesso dal Contraente per ogni singolo Assicurato, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato, le date di effetto e di scadenza dell'assicurazione, il periodo di retroattività, le eventuali franchigie ed il Premio con le relative imposte governative.
Claims made	Il regime nel quale la garanzia di responsabilità civile è individuata dalle Richieste di Risarcimento ricevute dal Contraente/Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del periodo di retroattività stabilito in polizza.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto.
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.
Fascicolo Informativo	E' il documento che il Contraente è tenuto a consegnare all'Assicurato prima che il contratto sia stipulato, contenente la nota informativa, il glossario e le condizioni di assicurazione.
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 il Contraente/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 per ciascun Assicurato nell'Appendice di Regolazione e nel Certificato di Adesione, che viene dedotto dal Danno e rimane a carico dell'Assicurato stesso.
Implantologia Osteointegrata	Attività odontoiatrica con interventi di implantologia finalizzati alla osteointegrazione.
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 per ciascun Assicurato nell'Appendice di Regolazione e nel Certificato di Adesione, che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Modulo di Adesione	Il modulo, valido 30 giorni dalla data di sottoscrizione e facente integrante del contratto, quale prova dell'adesione allo stesso da parte dell'Assicurato, sottoscritto dall'Assicurato stesso, nel quale sono indicati i dati a quest'ultimo relativi, 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 per ciascun Assicurato nell'Appendice di Regolazione e nel Certificato di Adesione, 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 per ciascun Assicurato nell'Appendice di Regolazione e nel Modulo di Adesione, 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	Quella che tra le seguenti circostanze viene a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione: I) la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni; II) la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione; III) l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste nell'oggetto di questa assicurazione; IV) la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile"; V) la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.
Rinnovo	E' la proroga del contratto per un nuovo Periodo di Assicurazione.
Rischio	E' la probabilità del verificarsi di un evento.
Scheda di Polizza	E' il documento che prova il contratto di assicurazione stipulato tra il Contraente ed AmTrust International Underwriters Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia.
Sinistro	La Richiesta di Risarcimento come sopra definita.
Società	L'Impresa di Assicurazione AmTrust International Underwriters Limited.

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

Condizioni del Contratto

I. Oggetto del Contratto

Con il presente contratto il Contraente stipula una Polizza Collettiva con l'assicuratore AmTrust International Underwriters Limited, di seguito Società, avente per oggetto la garanzia di Responsabilità Civile Professionale, disciplinata dalle condizioni tutte che seguono.

La presente Polizza Collettiva è stipulata per conto del personale medico Dentista e Odontoiatra che aderirà alla relativa copertura mediante sottoscrizione di idoneo Modulo di Adesione, e di seguito definito Assicurato.

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

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

II. Documentazione per gli Assicurati

In sede di illustrazione della Proposta di assicurazione, il Contraente, anche per il tramite dell'Intermediario indicato, si obbliga a consegnare a ciascun potenziale aderente il Fascicolo Informativo ed in particolare le Condizioni di Assicurazione, prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Nella stessa sede, il Contraente, anche per il tramite dell'Intermediario indicato, 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 Adesione

Ciascun Assicurato dovrà compilare in ogni sua parte, datare e sottoscrivere il Modulo di Adesione, che formerà parte integrante della Polizza, trasmetterlo al Contraente e/o all'Intermediario indicato e provvedere al versamento dell'importo dovuto.

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

IV. Premio e modalità di pagamento

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

Il Contraente si impegna a trasmettere alla Società anche a mezzo dell'Intermediario incaricato entro il 15° (quindicesimo) giorno di ciascun mese:

- 1) L'elenco delle nuove adesioni corredato da copia dei Moduli di Adesione 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, il massimale, il periodo di retroattività ed eventuali franchigie previste.

L'invio di tali elenchi sarà da intendersi come conferma dell'avvenuto pagamento del Premio da parte dell'Assicurato. Il Premio così incassato dovrà essere versato alla Società entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.

V. Certificato di Adesione e documenti di Rinnovo

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

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

VI. Durata del Contratto

La **Polizza** ha durata dal 30/09/2016 al 31/12/2019.

Sia la Società, sia il Contraente hanno facoltà di rescindere il contratto annualmente previa comunicazione di Recesso da inviarsi entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza annuale, secondo le modalità previste all'Art. 20 della Polizza.

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 nell' Appendice di Regolazione e in ciascun Certificato di Adesione.

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 indicata nell' Appendice di Regolazione e in ciascun Certificato di Adesione.

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 Adesione 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 Adesione e riportata nell' Appendice di Regolazione e in ciascun Certificato di Adesione, 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.
- d.

L'assicurazione comprende altresì:

- e. i Danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici anche se tali interventi non sono connessi alla attività professionale dichiarata.

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 nell' Appendice di Regolazione e in ciascun Certificato di Adesione.

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 del Periodo di Assicurazione 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 nell' Appendice di Regolazione e in ciascun Certificato di Adesione.

Sono escluse dall'assicurazione le Richieste di Risarcimento:

3. conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato prima della data di effetto del primo Periodo di Assicurazione, 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 Adesione di svolgere l'attività di Medico Legale e medico non specialistica, nonché per coloro che svolgono funzioni relative alle cariche di Direttore Sanitario e di Dirigente Medico, unicamente per l'attività di carattere medico e/o odontoiatrico. Restano comunque escluse dalla copertura le Richieste di Risarcimento derivanti da danni cagionati in seguito ad errori od omissioni derivanti dall'esercizio dell'attività amministrativa, organizzativa, dirigenziale, aziendale e non propriamente afferenti l'attività professionale sanitaria;
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.

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 per ciascun Assicurato nell' Appendice di Regolazione e in ciascun Certificato di Adesione, 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 nell' Appendice di Regolazione e in ciascun Certificato di Adesione.

Tale estensione, potrà essere rinnovata di anno in anno previo pagamento del Premio riferito all'annualità in corso, 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 International Underwriters Ltd. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Paolo da Cannobio, 9 - 20122 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: rcprofessionale@amtrustgroup.com, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

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 successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto il Contraente che la **Società** possono recedere da questa **Polizza** con preavviso scritto di 60 (sessanta) 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.

In ogni caso al termine del Periodo di Assicurazione e con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni sia il Contraente sia la Società hanno facoltà di disdettare la Polizza, secondo le modalità previste all'art. 20 della Polizza.

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 Collettiva, 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.

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

Articolo 14 - Franchigia

Il presente contratto opera previa applicazione di una franchigia fissa per ciascun sinistro di € 500,00 da applicarsi esclusivamente per i danni ai denti e da implantologia.

Qualora nell' Appendice di Regolazione e in ciascun Certificato di Adesione fosse indicato un diverso 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

L'Assicurato 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 l'Assicurato 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 Adesione 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 Adesione.

Le eventuali Richieste di Risarcimento derivanti da Fatti Noti, anche se dichiarati nel Modulo di Adesione, 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

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

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

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato per ciascun Assicurato nell' Appendice di Regolazione e nel Certificato di Adesione 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 Adesione. In questo caso il Premio da corrispondersi sarà pari all'importo riferito all'attività di più alto rischio.

Il Contraente, anche per il tramite dell'Intermediario incaricato, si impegna a trasmettere alla Società entro il 15° (quindicesimo) giorno di ciascun mese l'elenco delle nuove inclusioni con i relativi dati identificativi, la qualifica, la decorrenza della garanzia, la data del versamento del premio da parte dell'Assicurato, il Massimale assicurato, il periodo di retroattività, eventuali diverse franchigie previste. L'invio di tali elenchi sarà da intendersi come conferma dell'avvenuto pagamento del premio da parte dell'Assicurato. Il premio così incassato dovrà essere versato alla Società entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.

La Società procederà quindi alla regolazione mensile del premio che dovrà essere pagata entro 30 giorni da quando la Società ha presentato al Contraente la relativa Appendice di Regolazione.

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 - Disciplina delle Adesioni

La Singola Adesione ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalla data indicata nella relativa Appendice di Regolazione e in ciascun Certificato di Adesione, fermo quanto previsto all'Articolo 18 - Pagamento del Premio.

In assenza di disdetta alla singola adesione, la stessa si intenderà rinnovata per un nuovo Periodo di Assicurazione e così successivamente, fermo quanto previsto dall'ultimo comma del presente articolo.

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.

Sia l'Assicurato che la Società possono inviare comunicazione di disdetta 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.

Relativamente alle nuove adesioni e ai rinnovi pervenuti nel corso dell'ultimo anno di validità della presente Polizza Collettiva, si precisa che la copertura avrà una durata di 12 mesi, scaduti i quali si intenderà cessata senza più possibilità di tacito rinnovo.

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.

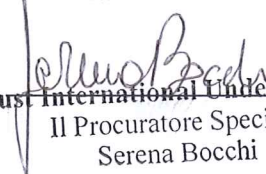
Articolo 23 - Rinvio alle norme di legge

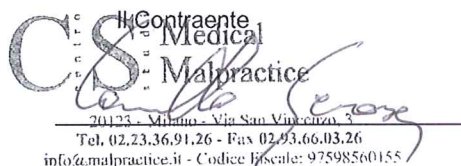
Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della presente Polizza, valgono le norme di legge.

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.

La Società


AmTrust International Underwriters LTD
Il Procuratore Speciale
Serena Bocchi


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

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

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

La vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, introdotta dal D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) entrato in vigore il 1° gennaio 2004, dispone che AmTrust International Underwriters Ltd – 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 Ltd, 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 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 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.

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 International Underwriters Ltd, 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:

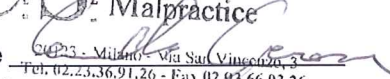
L'elenco degli Incaricati del trattamento designati da AmTrust International Underwriters Ltd – Rappresentanza Generale per l'Italia è disponibile presso la sede del Titolare.

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.

Dichiarazioni del Contraente

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

1. Di 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 od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività indicato nella Scheda di Polizza.
2. Di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:
Articolo 1 - Forma dell'assicurazione - Retroattività;
Articolo 2 - Oggetto dell'assicurazione;
Articolo 3 - Limite di indennizzo;
Articolo 4 - Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione "Claims Made");
Articolo 5 - Limiti territoriali;
Articolo 7 - Gestione delle vertenze e spese legali;
Articolo 8 - Responsabilità solidale;
Articolo 10 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro;
Articolo 13 - Gestione della Polizza;
Articolo 14 - Franchigia;
Articolo 15 - Diminuzione e Aggravamento del Rischio;
Articolo 16 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio;
Articolo 17 - Coesistenza di altre assicurazioni;
Articoli 11, 24 - Rescindibilità della Polizza.

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

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri Iscritti a CSMM Centro Studi Medical Malpractice

Avviso importante

- I. L'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 dall'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'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 Adesione per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale dei Medici dentisti ed odontoiatri deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'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 nell'Appendice di Regolazione e nel Certificato di Adesione. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Società e nessun Sinistro potrà esser a lei denunciato.

SEZIONE DA COMPILARE IN CASO DI CONTRAENZA STUDIO PROFESSIONALE

1) Dati dell'Assicurato

Nr. Assicurati _____ *

CONTRAENTE	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	CELLULARE		
SITO INTERNET	E-MAIL PEC	E-MAIL	

* Per ogni assicurato compilare le due pagine seguenti e la scheda sinistrosità pregressa

2) Precedenti assicurativi dell'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



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri Iscritti a CSMM Centro Studi Medical Malpractice

SEZIONE DA COMPILARE IN CASO DI CONTRAENZA SINGOLO PROFESSIONISTA

3) Dati del/degli Assicurato/i

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	

4) Precedenti assicurativi dell'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:

ANNUALITÀ IN CORSO	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
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

5) Decorrenza Polizza / Massimale richiesto

a) l'eventuale decorrenza di polizza

b) il massimale per sinistro ed anno da assicurare

☐ 1 Milione** ☐ 2 Milioni ☐ 3 Milioni

c) retroattività

☐ nessuna* ☐ 1 anno* ☐ Illimitata

* Se scelgo altra retroattività rinuncio alla retroattività illimitata.

** Disponibile solo per la categoria di odontoiatria senza implantologia



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri Iscritti a CSMM Centro Studi Medical Malpractice

6) Attività svolta dall'Assicurato

Indicare l'area medica in cui è svolta la propria attività (a prescindere dalla specializzazione)

- A ☐ MEDICO DENTISTA E O ODONTOIATRA SENZA IMPLANTOLOGIA
- B ☐ MEDICO DENTISTA E O ODONTOIATRA CON IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA
- C ☐ MEDICO DENTISTA E O ODONTOIATRA CON IMPLANTOLOGIA ALTRE METODICHE*
- D ☐ MEDICO LEGALE
- E ☐ MEDICO NON SPECIALISTA

* Occorre dettagliare le metodiche utilizzate per l'implantologia

7) Dichiarazioni dell'Assicurato

7.1 Sinistrosità pregressa dell'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 dell'Assicurato negli ultimi 5 anni.

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

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

Indicare se all'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 7.1 e 7.2 si invita l'Assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.

8) Dichiarazioni dell'Assicurato

- L'Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- L'Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- L'Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività. L'Assicurato dichiara di avere espressamente richiesto ed accettato che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato al precedente punto 5.
- L'Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
 - Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - Condizioni di Assicurazione;
 - Modulo di Adesione.

Il Contraente _____ L'Assicurato _____

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

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

Il Contraente _____ L'Assicurato _____

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ____ / ____ / ____



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri Iscritti a CSMM Centro Studi Medical Malpractice

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DELL'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 all'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 ali 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:

Se si: ☐ SI ☐ NO

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 7.1. e 7.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri Iscritti a CSMM Centro Studi Medical Malpractice

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DELL'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 attore e 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 l'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, l'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 International Underwriters Ltd.
Capitale Sociale € 37.072.355,00
Authorised and regulated by the Central Bank of Ireland

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.00132
Codice IVASS Impresa n° D933R
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967
R.I. Milano • REA C.C.I.A.A. Milano 2093047



Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri
Edizione Settembre 2016 .