

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità civile dei Professionisti del Benessere

Il Set Informativo contiene:

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

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Edizione Settembre 2026

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



AmTrust
Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A. appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI). La sede legale è in Via Clerici, 14 – 20121 Milano (MI).

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa Polizza assicura l'operatore professionale, iscritto al relativo Albo professionale, qualora previsto dalla normativa vigente, per la propria Attività Assicurata e/o in possesso di valido diploma, certificato o documento abilitante all'esercizio dell'Attività Assicurata. L'Assicurazione opera esclusivamente per attività di benessere, crescita personale e discipline olistiche non aventi natura sanitaria, purché l'Attività Assicurata non si sostituisca in alcun modo a prestazioni mediche, sanitarie, riabilitative o psicologiche riservate ai professionisti abilitati ai sensi delle disposizioni vigenti.

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

Che cosa è assicurato?

✓ **Garanzia Responsabilità Civile Professionale:** il patrimonio dell'Aderente di quanto questi sia tenuto a pagare in conseguenza di Danni involontariamente causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Assicurata e indicata in Certificato di Assicurazione, unicamente nei casi di:

- Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'Attività Assicurata dichiarata ed indicata nel Certificato di Assicurazione
- Azione di rivalsa esperita dalla struttura nonché di surrogazione dell'impresa di assicurazione della struttura, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge

✓ In caso di responsabilità solidale dell'Aderente con altri soggetti, la Società risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Aderente stesso

✓ Circostanze pregresse

✓ Conduzione Studio - RCT/O

Le coperture assicurative operano entro i Massimali per Sinistro e per Periodo di Assicurazione indicati nel Certificato di Assicurazione, nonché entro i Sottolimiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono considerati terzi: il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'Aderente/Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive, anche se non presente nello stato di famiglia.

L'Assicurazione non è efficace in relazione a Richieste di Risarcimento:

- ✗ già pervenute all'Aderente, prima dell'inizio della decorrenza della presente Polizza
- ✗ che pervengano all'Aderente, (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività (in seguito all'attivazione dell'estensione di ultrattività);
- ✗ notificate all'Aderente, nel corso del Periodo di Assicurazione, e da lui denunciate alla Società oltre i 30 giorni successivi alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione
- ✗ relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della Data inizio Retroattività indicata nel Certificato di Assicurazione
- ✗ connesse e/o conseguenti a Fatti Noti all'Aderente, antecedentemente alla sottoscrizione della presente Polizza e non dichiarati alla Società
- ✗ che siano connesse e/o conseguenti a:
 - sentenze penali di condanna o di patteggiamento già emesse contro l'Aderente;
 - azioni giudiziarie civili già promosse contro l'Aderente;
 - Circostanze note all'Aderente antecedentemente alla decorrenza della presente Polizza, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori.
- ✗ conseguenti a prestazioni non riferibili all'Attività Assicurata oggetto della presente copertura assicurativa;
- ✗ conseguenti ad attività mediche, sanitarie, infermieristiche, psicologiche, psicoterapeutiche, fisioterapiche, osteopatiche, chiropratiche o comunque riservate per legge a professionisti abilitati
- ✗ conseguenti a suggerimenti, indicazioni o comportamenti che abbiano determinato la sospensione, la modifica, la mancata assunzione o la mancata prosecuzione di terapie, trattamenti o prescrizioni mediche

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

Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Assicurazione è prestata con l'applicazione di una Franchigia per Sinistro se indicata nel Certificato di Assicurazione
- ! Limitatamente all'estensione di garanzia Conduzione studio (RCT/O), l'Assicurazione è prestata con l'applicazione di una Franchigia per Sinistro pari ad € 2.000

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



Dove vale la copertura?



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.
L'Aderente deve avere la residenza o il domicilio professionale in Italia e comunque l'Assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento che siano fatte valere in Italia.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Polizza. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'oblio oncologico.
- Devi dare immediato avviso alla Società dei cambiamenti che comportano una Variazione del rischio assicurato tramite l'Intermediario incaricato entro i 10 giorni successivi alla data di variazione.
- Devi comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del tuo diritto all'Indennizzo.
- In caso di Sinistro, devi denunciarlo per iscritto alla Società entro 30 giorni da quando ne hai avuto conoscenza e comunque, a pena di decadenza, non oltre 30 giorni dalla cessazione di tale Periodo di Assicurazione, secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione, e agli altri assicuratori se hai assicurato lo stesso rischio con altri; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo. Inoltre, si precisa che la Garanzia RCT/O è prestata in regime Loss Occurrence, ossia è intesa a tutelare l'Aderente in seguito a Eventi Dannosi che abbiano causato un Sinistro, purché avvenuti successivamente alla data di decorrenza indicata nel Certificato di Assicurazione e denunciati entro il termine di decadenza di 2 anni dalla cessazione del Periodo di Assicurazione, fermo il termine di prescrizione del diritto stabilito dalla legge.
- Senza il previo consenso scritto della Società, non devi ammettere responsabilità, definire o liquidare Danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese a riguardo; diversamente potresti perdere il diritto all'Indennizzo.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).



Quando e come devo pagare?

Il Premio è riportato nel Certificato di Assicurazione ed è interamente dovuto. Il Premio deve essere corrisposto in un'unica soluzione.

Dato che la singola adesione prevede il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annua dovrai pagare il Premio di rinnovo (secondo le modalità di frazionamento che hai scelto all'origine).

Il Premio aggiuntivo dell'ultrattività per la cessazione definitiva dell'attività professionale deve essere corrisposto in un'unica soluzione.

Puoi pagare il Premio con: assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione; sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La singola adesione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione, se pagato il Premio, oppure dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio se successivo, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nel Certificato di Assicurazione. **Per l'Aderente l'Assicurazione prevede il tacito rinnovo.**

In caso di mancato pagamento del Premio di rinnovo o di una rata dello stesso la singola adesione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.



Come posso disdire la polizza?

La singola adesione ha la durata riportata nel Certificato di Assicurazione e, in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 anno, termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nel Certificato di Assicurazione e non si rinnova tacitamente alla scadenza.

Puoi recedere dalla Polizza, anche in corso d'anno, dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto di Indennizzo, dando un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla data di effetto del recesso mediante lettera raccomanda A/R (o mezzi legalmente equivalenti).

In caso di Vendita a distanza puoi, inoltre, recedere dalla Polizza esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto a distanza, coincidente con il giorno di pagamento del Premio, o dal giorno di ricevimento delle condizioni contrattuali, se successivo, inviando comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) all'Intermediario incaricato o alla Società, oppure attraverso le stesse modalità con cui si è conclusa la Vendita a distanza. In tal caso l'Assicurazione sarà annullata dall'origine ed al Contraente verrà rimborsato il Premio pagato, senza trattenuta alcuna.

Il diritto di ripensamento **non** può essere esercitato nel caso in cui, entro il termine di recesso dei 14 giorni:

- hai richiesto alla Società o all'Intermediario incaricato la liquidazione dell'Indennizzo per le prestazioni oggetto dell'Assicurazione;
- si sia verificato un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, in caso di polizza obbligatoria.

Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Professionisti del Benessere

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



Prodotto "AmTrust PROFESSIONISTI DEL BENESSERE"

30/09/2026 Data di realizzazione, il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

L'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

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

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è iscritta al n° 1.00165 dell'Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in Italia.

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari 247.685 migliaia di Euro e il risultato economico netto di periodo è pari a 12.885 migliaia di Euro e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2025.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), riferito alla gestione danni, è pari a 164,30%.

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali acquistati dall'Aderente e riportati nel Certificato di Assicurazione.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che sono escluse le Richieste di Risarcimento:
	- conseguenti alla garanzia, promessa o assicurazione del conseguimento di specifici risultati, benefici o miglioramenti di natura personale, professionale, economica, relazionale, estetica o di benessere; - per danni per i quali l'obbligo di manleva ricade su una struttura con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi a tale scopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi; - per Perdite Patrimoniali; - originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti a un'attività professionale assicurabile con la presente Polizza; - per danni da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza a quanto previsto in materia di Informazione e Consenso del Codice di Deontologia professionale; - derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici; - derivanti da fatti dolosi commessi dall'Aderente o da pazienti in cura o in valutazione all'Aderente; - relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Aderente non fosse iscritto al relativo Albo professionale, se richiesto dalla normativa vigente, e/o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento abilitante all'esercizio dell'Attività Assicurata; - ricongruevoli ad attività e pratiche abusive non consentite o svolte senza la necessaria supervisione di un medico o riservate ad altre figure sanitarie professionali, non riconosciute o non autorizzate dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso; - relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Aderente abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Aderente venga sospeso o radiato dall'Albo professionale, qualora richiesto dalla normativa vigente, o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione; - aventi ad oggetto inadempimenti contrattuali (es. la restituzione del compenso corrisposto all'Aderente per la relativa prestazione professionale); - derivanti da prescrizione, vendita, produzione, preparazione, miscelazione, trasformazione, confezionamento o commercializzazione di farmaci, dispositivi medici, preparazioni galeniche, integratori alimentari, rimedi naturali, prodotti cosmetici, erboristici, oli essenziali o altri prodotti aventi finalità terapeutiche o comunque destinati all'applicazione, somministrazione o consumo da parte di terzi; - impiego di oli essenziali, preparati o prodotti non conformi alla normativa vigente o alle indicazioni del produttore; - derivanti da pratiche considerate doping; - derivanti dallo svolgimento di attività di ricerca e di sperimentazione sia clinica che farmaceutica; - derivanti da consulenza on line in violazione delle linee guida professionali e/o dei rispettivi codici etici; - per pregiudizi alle Cose (inclusi gli immobili) che l'Aderente abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo; - relativi a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Aderente, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages); - relative alle spese sostenute dall'Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi dell'Art. 5.2 Patto di gestione della lite delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?", pag. 14); - relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente negli Stati Uniti d'America, in Canada, ed in territori sotto la loro giurisdizione; - fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia; - conseguenti a furto, incendio, esplosione o scoppio;

23. per pregiudizi 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;
24. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
25. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione o utilizzo di veicoli, natanti a motore o aeromobili anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'Attività Assicurata;
26. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali;
27. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
28. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
29. per danni connessi ad atti di guerra e/o terrorismo.

Ulteriori esclusioni applicabili a specifiche Attività Assicurate

Maestro Yoga

L'Attività Assicurata si intende limitata all'insegnamento e alla conduzione di discipline yoga finalizzate al benessere psicofisico, svolta anche mediante corsi on line. Sono esclusi i Danni derivanti da:

- svolgimento di attività sportive agonistiche o di preparazione atletica professionistica;
- attività praticate da soggetti in gravidanza a rischio in assenza della certificazione medica richiesta dalla normativa vigente o dalle buone pratiche di settore;
- utilizzo di attrezzature o strutture non conformi alle vigenti norme di sicurezza;
- svolgimento dell'attività in ambienti montani, impervi, estremi o comunque caratterizzati da rischi particolari diversi da quelli normalmente connessi alla pratica dello yoga;
- organizzazione diretta di ritiri, viaggi, vacanze o eventi con pernottamento, limitatamente ai rischi connessi all'organizzazione, al trasporto, all'alloggio e alla somministrazione di servizi diversi dall'insegnamento dello yoga;
- attività di yoga aereo (Aerial Yoga), yoga acrobatico (Acro Yoga), discipline circensi, pratiche acrobatiche o attività assimilabili;
- attività svolte con l'impiego di animali.

Riflessologo

Sono esclusi i Danni derivanti da:

- attività riconducibili per competenza alla podologia;
- trattamenti praticati in presenza di ferite aperte, ulcere, infezioni cutanee, flebiti, trombosi, piede diabetico o altre condizioni patologiche per le quali sia controindicato il trattamento riflessologico.

Tatuatore:

Sono esclusi i Danni derivanti da:

- utilizzo di attrezzature, pigmenti, aghi, dispositivi o prodotti non conformi alla normativa vigente o ai requisiti igienico-sanitari applicabili;
- mancata osservanza delle procedure di sterilizzazione, disinfezione, sicurezza e igiene previste dalla normativa vigente o dai protocolli professionali applicabili, nonché da infezioni, contaminazioni, contagi o trasmissione di malattie che ne costituiscano conseguenza;
- esecuzione di tatuaggi in locali o sedi non autorizzati o non conformi ai requisiti igienico-sanitari prescritti dalla normativa vigente;
- responsabilità derivante da prodotti fabbricati, preparati, trasformati o confezionati dall'Aderente, nonché da difetti originari dei prodotti forniti da terzi;
- costi di rifacimento, correzione, copertura o rimozione del tatuaggio che non siano conseguenza di un Danno risarcibile ai sensi di Polizza e/o fondate esclusivamente sul mancato gradimento del risultato estetico o sulla non corrispondenza del tatuaggio alle aspettative del cliente;
- alterazioni o variazioni del tatuaggio dovute a processi fisiologici, invecchiamento della pelle, esposizione solare, caratteristiche individuali del cliente o mancata osservanza delle istruzioni successive al trattamento;
- mancata acquisizione, incompletezza, irregolarità o assenza del consenso informato del cliente, nonché dalla mancata acquisizione delle autorizzazioni e dei consensi prescritti dalla normativa vigente nel caso di soggetti minori di età o legalmente incapaci di intendere e di volere;
- attività di body suspension, scarificazione, branding, impianti sottocutanei o transdermici, tongue splitting o qualsiasi altra pratica di body modification invasiva diversa dal tatuaggio, dal trucco permanente e semipermanente e dal piercing.

Tecnico Ai Chi

L'Attività Assicurata si intende limitata all'insegnamento e alla conduzione di attività di Ai Chi finalizzate al benessere psicofisico.

Sono esclusi i Danni derivanti da:

- attività svolte in acque libere, marine, lacustri, fluviali o comunque al di fuori di piscine, centri natatori o impianti autorizzati e idonei allo svolgimento dell'attività;
- partecipazione a gare, competizioni, manifestazioni sportive o attività agonistiche di qualsiasi natura;
- annegamento, malore in acqua, arresto cardiaco o altri eventi acuti verificatisi in soggetti affetti da patologie cardiovascolari, respiratorie, neurologiche o da altre condizioni cliniche incompatibili con la pratica dell'attività, qualora tali condizioni fossero note o dichiarate all'Aderente prima dell'inizio dell'attività.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che:

- Non sono considerate Richiesta di Risarcimento, e dunque non costituiscono Sinistro:
 - la comunicazione inviata all'Aderente, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della Struttura stessa;
 - la comunicazione inviata all'Aderente, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.
- L'Assicurazione opera fino alla concorrenza dei Massimali per Sinistro e per Periodo di Assicurazione indicati nel Certificato di Assicurazione e dei Sottolimiti di Indennizzo riepilogati nella seguente tabella:

L'Assicurazione comprende:	Sottolimito di Indennizzo per Sinistro	Sottolimito di Indennizzo per Periodo di Assicurazione/ Serie di Sinistri
Art. 1.6.2 - Conduzione studio (RCT/O)	€ 50.000	€ 50.000

- In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Aderente, beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento

o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai professionisti esercenti attività di benessere, crescita personale e discipline olistiche non aventi natura sanitaria, iscritti al relativo Albo professionale qualora previsto dalla normativa vigente e/o in possesso di valido diploma, certificato o documento abilitante all'esercizio dell'Attività Assicurata, residenti in Italia o con domicilio professionale in Italia.



Quali costi devo sostenere?

Il Premio pagato dall'Aderente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'Intermediario che sono pari al 30,00% del Premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali Reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati, esclusivamente per iscritto, ad AmTrust Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Via Clerici 14, 20121 Milano - Email: reclami@amtrustgroup.com - Pec: reclami.amtrust.assicurazioni@pec.it.

L'Ufficio Reclami di AmTrust Assicurazioni S.p.A., quale funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del Reclamo (con una possibile sospensione fino a 15 giorni per le integrazioni istruttorie in caso di Reclamo riferito ai comportamenti degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori di cui la Compagnia si avvale per lo svolgimento dell'attività di distribuzione assicurativa).

Ulteriori informazioni sui reclami relativi al comportamento degli Agenti, degli intermediari bancari, dei broker e dei loro dipendenti e collaboratori sono consultabili sul sito www.amtrust.it nella sezione Reclami.

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo

Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile

Mediazione

Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).

La Mediazione è **obbligatoria e condizione di procedibilità** per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi.

Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

- **L'arbitrato non è previsto.**

- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura **FIN-NET** (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Il Premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 22,25% del Premio imponibile annuo.

Il Premio pagato non è detraibile in sede di dichiarazione dei redditi.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico

Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.

Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link www.amtrust.it.

Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico

Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.

Effetti dell'oblio oncologico per le imprese

Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.

Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE, DOPO LA SOTTOSCRIZIONE E PREVIA REGISTRAZIONE AL SEGUENTE LINK WWW.AMTRUST.IT, POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO, SECONDO LE FUNZIONALITÀ DI VOLTA IN VOLTA DISPONIBILI.

Gentile Cliente,

AmTrust PROFESSIONISTI DEL BENESSERE è l'Assicurazione che protegge il professionista esercente attività di benessere, crescita personale e discipline olistiche non aventi natura sanitaria per i *Danni* causati a terzi nello svolgimento dell'*Attività Assicurata*.

Le Condizioni di Assicurazione sono suddivise in:

Glossario	4
 Che cosa è assicurato?	7
 Che cosa non è assicurato?	9
 Ci sono limiti di copertura?	12
 Dove vale la copertura?	13
 Che obblighi ho? Quali obblighi ha la Società?	14
 Quando e come devo pagare?	18
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	19
 Come posso disdire la Polizza?	20
Norme di Legge utili per la comprensione della Polizza	22
Numeri e riferimenti utili	25

Per facilitare la consultazione e la lettura delle Condizioni di Assicurazione abbiamo arricchito il documento con:

- testi in **grassetto**: sono così indicate - ai sensi dell'art. 166, comma 2, D. Lgs. 209/2005 – gli oneri a carico del *Contraente* o *dell'Aderente/Assicurato* e le condizioni contrattuali che indicano decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie;
- termini in *corsivo*: sono così identificati i termini che prevedono una definizione dedicata nel Glossario.

Il set informativo **AmTrust PROFESSIONISTI DEL BENESSERE** ti sarà comunque consegnato contestualmente all'acquisto della *Polizza*.

Ti ringraziamo per l'interesse dimostrato. Ti ricordiamo in ogni caso che la *Società* e i suoi *Intermediari* sono a tua completa disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento.

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario	4
Che cosa è assicurato?	7
Informazioni sull'Assicurazione	7
Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'Assicurazione	7
1.1 Oggetto	7
1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione	7
1.3 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale	7
1.4 Surrogazione	7
1.5 Garanzia - Responsabilità Civile Professionale	8
1.6 Estensioni di Garanzia	8
1.6.1 Circostanze pregresse	8
1.6.2 Conduzione studio (RCT/O)	8
Che cosa non è assicurato?	9
Articolo 2 Esclusioni	9
2.1. Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione	9
2.2. Rischi esclusi dall'Assicurazione	9
2.3 Ulteriori esclusioni applicabili a specifiche Attività Assicurate	10
2.4 Esclusioni dal novero dei terzi	11
Ci sono limiti di copertura?	12
Articolo 3 Limiti di copertura	12
3.1 Limitazioni relative alle Richieste di Risarcimento	12
3.2 Franchigia	12
3.3 Massimale e Sottolimiti di Indennizzo	12
Dove vale la copertura?	13
Articolo 4 Estensione territoriale	13
Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?	14
Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?	14
Articolo 5 Sinistri	14
5.1 Obblighi dell'Aderente in caso di Richiesta di Risarcimento	14
5.2 Patto di gestione della lite	14
5.3 Coesistenza di altre assicurazioni	15
5.4 Liquidazione del Sinistro	15
Altri obblighi derivanti dal contratto	16
Articolo 6 Obblighi in capo alla Società, al Contraente o all'Aderente	16
6.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	16
6.2 Altre assicurazioni	16
6.3 Variazioni contrattuali - Aggravamento e diminuzione del rischio	16
6.4 Variazioni contrattuali a scadenza	16
6.5 Sanzioni Internazionali	16
6.6 Assicurazione per conto altrui	16
6.7 Foro competente per l'esecuzione del contratto	17
6.8 Comunicazioni	17
Quando e come devo pagare?	18
Articolo 7 Pagamento e rimborso del Premio	18
7.1 Pagamento del Premio della Polizza Collettiva	18
7.2 Pagamento del Premio e sospensione della singola adesione	18
7.3 Oneri fiscali	18
7.4 Periodo di Ultrattività – Premio aggiuntivo	18
7.5 Rimborso del Premio	18

Quando comincia la copertura e quando finisce?	19
Articolo 8 Effetto e durata	19
8.1 Effetto e durata della Polizza Collettiva	19
8.2 Effetto e durata della singola adesione	19
Come posso disdire la Polizza?	20
Articolo 9 Casi di interruzione del contratto	20
9.1 Disdetta della Polizza Collettiva	20
9.2 Disdetta della singola adesione.....	20
9.3 Recesso per Sinistro	20
9.4 Recesso per Sinistro del singolo Aderente.....	20
9.5 Risoluzione per mancato pagamento del Premio	20
9.6 Diritto di ripensamento	20

Glossario

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

Albo professionale	L'apposito albo, ordine, registro, elenco speciale a cui sia necessario essere iscritti per esercitare l'Attività Assicurata, come previsto dalla normativa vigente.
Aderente/Assicurato	La persona fisica indicata nel Certificato di Assicurazione che svolge l'attività professionale indicata nello stesso e per l'esercizio della quale sia regolarmente iscritto al relativo Albo professionale, qualora previsto dalla normativa vigente, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Arbitro Assicurativo	Il sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie, previsto dagli articoli 141, comma 7, del codice del consumo e 187.1 del codice delle assicurazioni, istituito presso l'IVASS e disciplinato dal Decreto n. 215/2024.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Attività Assicurata	L'attività indicata nel Certificato di Assicurazione ed oggetto della copertura assicurativa prestata dalla presente Polizza.
Certificato di Assicurazione	È il documento, emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo Aderente/Assicurato e nel quale sono indicati i dati relativi all'Aderente/Assicurato, l'Attività Assicurata svolta dall'Aderente/Assicurato oggetto di copertura, le date di decorrenza e di scadenza della copertura, il Massimale per Sinistro, il Massimale per Periodo di Assicurazione, il Periodo di Retroattività e il Premio imponibile con le relative imposte governative.
Claims Made	Regime di operatività temporale dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute dall'Aderente (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e/o durante il Periodo di Ultrattività, anche se riferite a Eventi Dannosi pregressi, purché accaduti successivamente alla Data inizio Retroattività indicata nel Certificato di Assicurazione.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Contraente	Symposium dei Professionisti – Via San Vincenzo 3, 20123 – Milano – CF 97625970153.
Danni	Le conseguenze pregiudizievoli del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'Assicurazione, ivi compreso il pregiudizio causato all'erario. Vi rientrano esclusivamente: - i Danni patrimoniali, conseguenti a lesioni personali e morte, nonché il pregiudizio economico derivante dal danneggiamento a Cose; - Danni non patrimoniali, conseguenti a lesioni personali o morte.
Data inizio Retroattività	Per ciascun Aderente, le ore 24.00 della data indicata nel Certificato di Assicurazione.
Fatti noti	I seguenti atti in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Aderente che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento nei confronti dell'Aderente ed in ragione dei quali la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il suo consenso alla sottoscrizione della presente Polizza. Costituiscono Fatto Noto:

- **la querela, l'avviso di conclusione delle indagini preliminari, l'avviso di garanzia** e comunque il primo atto di inchiesta penale di cui venga a conoscenza Aderente, ivi compreso, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il sequestro probatorio disposto dall'autorità inquirente anche per il tramite della Polizia Giudiziaria;
- **notizie di pubblico dominio risultanti da un qualunque mezzo di informazione** e dalle quali emergano presunte o possibili responsabilità dell'Aderente atte a generare una Richiesta di Risarcimento.

Non sono considerati Fatti Noti:

- **le comunicazioni notificate all'Aderente dalla struttura ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24;**
- **la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della struttura**, salvo i casi in cui con la stessa Aderente venga portato a conoscenza dell'esistenza di una Richiesta di Risarcimento o di un Fatto Noto così come sopra definito.

Franchigia	L'importo, espresso in valore assoluto, che costituisce elemento integrante della Polizza ed indica la parte del danno che per ciascun Sinistro rimane a carico dell'Aderente.
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	L'intermediario assicurativo cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Loss Occurrence	Regime di operatività temporale dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto gli Eventi Dannosi accaduti durante il Periodo di Assicurazione.
Massimale per Periodo di Assicurazione	La somma massima assicurata indicata nella Certificato di Assicurazione che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di lesioni personali, morte o danneggiamento a Cose.
Periodo di Assicurazione	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nel Certificato di Assicurazione, nonché, in caso di rinnovo, ciascun periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
Periodo di Ultrattività	Il periodo di tempo, pari a 10 (dieci) anni, successivo alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in cui si verifica la cessazione definitiva dell'Attività Assicurata.
Polizza/Polizza Collettiva	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione e che disciplina i rapporti tra Società, Contraente e Aderente
Premio	La somma dovuta dall'Aderente Contraente alla Società per la copertura assicurativa prestata dalla Società.
Richiesta di Risarcimento	Qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività - qualora attivato - da parte di terzi nei confronti dell'Assicurato - anche tramite ricorso ex artt. 696 e 696 bis cpc o convocazione avanti un organismo di mediazione - (o, nel caso di azione diretta, nei

confronti della Società), per il risarcimento di danni causati dall'Aderente nello svolgimento dell'Attività Assicurata, ivi inclusa la costituzione di parte civile in un procedimento penale.

Costituisce altresì Richiesta di Risarcimento l'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa e di rivalsa anche civilistica, o in via di surroga, nei confronti dell'Aderente esercente, a qualunque titolo, l'attività professionale assicurata presso una struttura laddove questi sia ritenuto responsabile per colpa grave, nonché il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei conti.

Scheda di Polizza

Il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza Collettiva.

Serie di Sinistri

La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Aderente (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, che rappresentano nella formula Claims Made altrettanti Sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso). La data e il Periodo di Assicurazione del primo Sinistro sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.

Sinistro

Una o più Richieste di Risarcimento (come definito in ciascuna garanzia o garanzia aggiuntiva opzionale) conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Aderente (o, nel caso di azione diretta, alla Società), per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività, qualora attivato.

Società

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

Sottolimito

La somma massima indicata nella presente Polizza, inclusa nel Massimale, e non in aggiunta ad esso, 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, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.

Variazione del rischio

Qualunque mutamento del rischio (es: variazione dell'attività svolta) avvenuto successivamente alla stipula dell'Assicurazione.

Vendita a distanza

Qualunque modalità di vendita che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario e dell'Aderente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.



Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente *Assicurazione*, prestata nella forma **Claims Made**, è rivolta all'operatore professionale iscritto al relativo *Albo professionale*, qualora previsto dalla normativa vigente, per la propria *Attività Assicurata* e/o in possesso di valido diploma, certificato o documento abilitante all'esercizio dell'*Attività Assicurata*.

L'*Assicurazione* opera esclusivamente per attività di benessere, crescita personale e discipline olistiche non aventi natura sanitaria, purché l'*Attività Assicurata* non si sostituisca in alcun modo a prestazioni mediche, sanitarie, riabilitative o psicologiche riservate ai professionisti abilitati ai sensi delle disposizioni vigenti.

L'*Assicurazione* tiene indenne l'*Aderente*, nei limiti delle **garanzie prestate**, dei *Danni* causati a terzi nello svolgimento della *Attività Assicurata* riportata nel *Certificato di Assicurazione* e per le quali ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle *Richieste di Risarcimento*.

Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'Assicurazione

1.1 Oggetto

La *Società* tiene indenne l'*Aderente*, fino alla concorrenza del **Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione** indicati nel **Certificato di Assicurazione** e dei **Sottolimiti** indicati nella presente **Polizza**, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di danni causati a terzi nello svolgimento della *Attività Assicurata* e indicata nel *Certificato di Assicurazione*.

Le spese legali sostenute per resistere alla *Richiesta di Risarcimento* da parte del danneggiato contro l'*Aderente/Assicurato* sono a carico della *Società* nei limiti del quarto del **Massimale per Sinistro** o dei **Sottolimiti**. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al **Massimale** o ai **Sottolimiti**, le spese giudiziali si ripartiscono tra *Società* e *Aderente* in proporzione del rispettivo interesse.

In caso di responsabilità solidale dell'*Aderente* con altri soggetti, la *Società* risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'*Aderente* stesso.

1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione

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

1.3 Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale

In deroga a quanto previsto dal precedente Art. 1.2, se durante il *Periodo di Assicurazione* l'attività professionale dell'*Aderente* viene a cessare definitivamente, per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la cancellazione dall'*Albo professionale* per motivi disciplinari), le *Richieste di Risarcimento* conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla *Data inizio Retroattività* e fino al momento della cessazione definitiva dell'attività comunicata alla *Società*, restano coperte alle Condizioni di Assicurazione in vigore fino alla data di scadenza di tale *Periodo di Assicurazione*, nonché per il *Periodo di Ultrattività*.

L'*Aderente* (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla *Società* della sopravvenuta cessazione dell'attività professionale ed è tenuto a corrispondere il *Premio* aggiuntivo dovuto a fronte di tale evenienza, come specificato all'Art. 7.4 per l'attivazione del *Periodo di Ultrattività*.

La massima esposizione della *Società* per l'intero *Periodo di Ultrattività*, indipendentemente dal numero di *Richieste di Risarcimento* pervenute all'*Aderente*, è pari rispettivamente al **Massimale per Sinistro** e al **Massimale per Periodo di Assicurazione** assicurati al momento della cessazione definitiva dell'attività.

L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a copertura della medesima responsabilità e dei medesimi *Danni*, la presente estensione di ultrattività opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti e per l'importo di danno eccedente il massimale delle stesse, fermi in ogni caso il **Massimale** assicurato (e i **Sottolimiti** di garanzia ove previsti) e l'eventuale *Franchigia* ove applicabile.

1.4 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'*Aderente* può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili, inclusa la struttura di appartenenza. A tal fine l'*Aderente* è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

1.5 Garanzia - Responsabilità Civile Professionale

La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'*Aderente* di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di *Danni* causati a terzi nello svolgimento della *Attività Assicurata* e indicata in *Certificato di Assicurazione*, unicamente nei casi di:

- a. Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'*Attività Assicurata* dichiarata; ed indicata nel *Certificato di Assicurazione*
- b. Azione di rivalsa esperita dalla struttura nonché di Surrogazione dell'impresa di assicurazioni della struttura, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;

1.6 Estensioni di Garanzia

(sempre valide ed operanti)

1.6.1 Circostanze pregresse

A parziale deroga dell'esclusione di cui all'Art. 2.1 all'ultimo punto, la copertura della presente *Polizza* è operante in relazione alle *Richieste di Risarcimento* pervenute per la prima volta nel corso del *Periodo di Assicurazione* o del *Periodo di Ultrattività* (in seguito all'attivazione dell'estensione di ultrattività) connesse e/o conseguenti a una *Circostanza* nota all'*Aderente* antecedentemente alla decorrenza della presente *Polizza*, a condizione che tale *Circostanza* e/o la conseguente pretesa risarcitoria non potesse essere denunciata e garantita da un precedente contratto assicurativo ed inoltre a condizione che l'inoperatività della copertura non derivi da violazione colposa o dolosa delle prescrizioni contrattuali da parte dell'*Aderente*.

Restano in ogni caso escluse *Richieste di Risarcimento* che siano connesse e/o conseguenti a *Fatti Noti* (ivi incluse sentenze penali di condanna o di patteggiamento emesse contro l'*Aderente*) o ad azioni giudiziarie civili già promosse contro l'*Aderente*.

1.6.2 Conduzione studio (RCT/O)

La presente estensione di garanzia è prestata fino alla concorrenza del **Sottolimito** pari ad € 50.000 (cinquantamila) per *Sinistro* e per *Periodo di Assicurazione* e con una *Franchigia* pari ad € 2.000 (duemila).

La presente estensione di garanzia si compone delle seguenti sezioni:

RCT

La *Società* si obbliga a tenere indenne l'*Aderente* di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di *Danni* involontariamente cagionati a terzi in relazione alla proprietà ed alla conduzione dei locali adibiti a idoneo studio professionale - di cui sia titolare o contitolare - ed in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'esercizio dell'*Attività Assicurata*. L'*Assicurazione* vale per la responsabilità civile dell'*Aderente* per fatto proprio e per fatto delle persone delle quali lo stesso, per legge o per contratto, sia obbligato a rispondere, **fermo quanto previsto dall'Art. 3.3 e fermo il diritto di rivalsa per dolo.**

RCO

La *Società* si obbliga a tenere indenne l'*Aderente* di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'*Assicurazione* e che prestano la loro opera nello studio dell'*Aderente*:

- a) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, del D. Lgs. 10 settembre 2003 n. 276 e loro successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni;
- b) ai sensi del Codice civile, a titolo di risarcimento di *Danni* non rientranti nei casi di cui alla precedente lettera a), per infortuni da cui sia derivata morte o invalidità permanente.

L'*Assicurazione* per la responsabilità civile verso il personale dipendente è efficace a condizione che, al momento del *Sinistro*, lo studio sia in regola con gli obblighi dell'*Assicurazione* di legge.

L'*Assicurazione* conserva tuttavia la propria validità anche se lo studio non sia in regola con gli obblighi di cui sopra, ove ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni I.N.A.I.L.

L'*Assicurazione* comprende altresì le malattie professionali, riconosciute dall'I.N.A.I.L. e/o ritenute tali dalla magistratura. **La presente estensione è valida a condizione che le malattie professionali si siano manifestate entro e non oltre 12 (dodici) mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro e comunque durante il *Periodo di Assicurazione*.**

Tanto la sezione RCT quanto la sezione RCO si intendono operanti anche per le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S., ai sensi dell'art. 14 della Legge n. 222 del 12 giugno 1984, o da enti similari.

La Garanzia RCT/O è prestata in regime *Loss Occurrence*, ossia è intesa a tutelare l'*Aderente* in seguito a *Eventi Dannosi* che abbiano causato un *Sinistro*, purché avvenuti successivamente alla data di decorrenza indicata nel *Certificato di Assicurazione* e denunciati entro il termine di decadenza di cui all'Art. 5.1.



Che cosa non è assicurato?

Articolo 2 Esclusioni

2.1. Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione

Premesso che l'Assicurazione è prestata nella forma **Claims Made**, la stessa non è efficace in relazione a:

- *Richieste di Risarcimento* già pervenute all'*Aderente*, prima dell'inizio della decorrenza della presente *Polizza*;
- *Richieste di Risarcimento* che pervengano all'*Aderente*, (o, nel caso di azione diretta, alla *Società*) in data successiva a quella di scadenza del *Periodo di Assicurazione* o del *Periodo di Ultrattività* (in seguito all'attivazione dell'estensione di ultrattività);
- *Richieste di Risarcimento* notificate all'*Aderente*, nel corso del *Periodo di Assicurazione*, e da lui denunciate alla *Società* oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza di tale *Periodo di Assicurazione*;
- *Richieste di Risarcimento* relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della *Data inizio Retroattività* indicata nel *Certificato di Assicurazione*;
- *Richieste di Risarcimento* connesse e/o conseguenti a Fatti Noti all'*Aderente*, antecedentemente alla sottoscrizione della presente *Polizza* e non dichiarati alla *Società*;
- *Richieste di Risarcimento* che siano connesse e/o conseguenti a:
 - sentenze penali di condanna o di patteggiamento già emesse contro l'*Aderente*;
 - azioni giudiziarie civili già promosse contro l'*Aderente*;
 - Circostanze note all'*Aderente* antecedentemente alla decorrenza della presente *Polizza*, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori.

2.2. Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le **Richieste di Risarcimento**:

1. conseguenti a prestazioni non riferibili all'*Attività Assicurata* oggetto della presente copertura assicurativa;
2. conseguenti ad attività mediche, sanitarie, infermieristiche, psicologiche, psicoterapeutiche, fisioterapiche, osteopatiche, chiropratiche o comunque riservate per legge a professionisti abilitati;
3. conseguenti a suggerimenti, indicazioni o comportamenti che abbiano determinato la sospensione, la modifica, la mancata assunzione o la mancata prosecuzione di terapie, trattamenti o prescrizioni mediche;
4. conseguenti alla garanzia, promessa o assicurazione del conseguimento di specifici risultati, benefici o miglioramenti di natura personale, professionale, economica, relazionale, estetica o di benessere;
5. per danni per i quali l'obbligo di manleva ricade su una struttura con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi a tale scopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
6. per *Perdite Patrimoniali*;
7. originate o connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale e non propriamente attinenti a un'attività professionale assicurabile con la presente *Polizza*;
8. per danni da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza a quanto previsto in materia di Informazione e Consenso del Codice di Deontologia professionale;
9. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
10. derivanti da fatti dolosi commessi dall'*Aderente* o da pazienti in cura o in valutazione all'*Aderente*;
11. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'*Aderente* non fosse iscritto al relativo *Albo professionale*, se richiesto dalla normativa vigente, e/o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento abilitante all'esercizio dell'*Attività Assicurata*;
12. riconducibili ad attività e pratiche abusive non consentite o svolte senza la necessaria supervisione di un medico o riservate ad altre figure sanitarie professionali, non riconosciute o non autorizzate dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
13. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'*Aderente* abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'*Albo professionale*, oppure dopo che per qualunque motivo l'*Aderente* venga sospeso o radiato dall'*Albo professionale*, qualora richiesto dalla normativa vigente, o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;
14. aventi ad oggetto inadempienze contrattuali (es. la restituzione del compenso corrisposto all'*Aderente* per la relativa prestazione professionale);
15. derivanti da prescrizione, vendita, produzione, preparazione, miscelazione, trasformazione, confezionamento o commercializzazione di farmaci, dispositivi medici, preparazioni galeniche, integratori alimentari, rimedi naturali, prodotti cosmetici, erboristici, oli essenziali o altri prodotti aventi finalità terapeutiche o comunque destinati all'applicazione, somministrazione o consumo da parte di terzi;
16. impiego di oli essenziali, preparati o prodotti non conformi alla normativa vigente o alle indicazioni del produttore;
17. derivanti da pratiche considerate doping;
18. derivanti dallo svolgimento di attività di ricerca e di sperimentazione sia clinica che farmaceutica;
19. derivanti da consulenza on line in violazione delle linee guida professionali e/o dei rispettivi codici etici;
20. per pregiudizi alle Cose (inclusi gli immobili) che l'*Aderente* abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;

21. relativi a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Aderente, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
22. relative alle spese sostenute dall'Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla *Società* ai sensi dell'Art. 5.2;
23. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Aderente negli Stati Uniti d'America, in Canada, ed in territori sotto la loro giurisdizione;
24. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
25. conseguenti a furto, incendio, esplosione o scoppio;
26. per pregiudizi 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;
27. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
28. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione o utilizzo di veicoli, natanti a motore o aeromobili anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'*Attività Assicurata*;
29. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali;
30. derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
31. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
32. per danni connessi ad atti di guerra e/o terrorismo.

2.3 Ulteriori esclusioni applicabili a specifiche Attività Assicurate

Maestro Yoga

L'*Attività Assicurata* si intende limitata all'insegnamento e alla conduzione di discipline yoga finalizzate al benessere psicofisico, svolta anche mediante corsi on line. Sono esclusi i *Danni* derivanti da:

- svolgimento di attività sportive agonistiche o di preparazione atletica professionistica;
- attività praticate da soggetti in gravidanza a rischio in assenza della certificazione medica richiesta dalla normativa vigente o dalle buone pratiche di settore;
- utilizzo di attrezzature o strutture non conformi alle vigenti norme di sicurezza;
- svolgimento dell'attività in ambienti montani, impervi, estremi o comunque caratterizzati da rischi particolari diversi da quelli normalmente connessi alla pratica dello yoga;
- organizzazione diretta di ritiri, viaggi, vacanze o eventi con pernottamento, limitatamente ai rischi connessi all'organizzazione, al trasporto, all'alloggio e alla somministrazione di servizi diversi dall'insegnamento dello yoga;
- attività di yoga aereo (Aerial Yoga), yoga acrobatico (Acro Yoga), discipline circensi, pratiche acrobatiche o attività assimilabili;
- attività svolte con l'impiego di animali.

Riflessologo

Sono esclusi i *Danni* derivanti da:

- attività riconducibili per competenza alla podologia;
- trattamenti praticati in presenza di ferite aperte, ulcere, infezioni cutanee, flebiti, trombosi, piede diabetico o altre condizioni patologiche per le quali sia controindicato il trattamento riflessologico.

Tatuatore:

Sono esclusi i *Danni* derivanti da:

- utilizzo di attrezzature, pigmenti, aghi, dispositivi o prodotti non conformi alla normativa vigente o ai requisiti igienico-sanitari applicabili;
- mancata osservanza delle procedure di sterilizzazione, disinfezione, sicurezza e igiene previste dalla normativa vigente o dai protocolli professionali applicabili, nonché da infezioni, contaminazioni, contagi o trasmissione di malattie che ne costituiscano conseguenza;
- esecuzione di tatuaggi in locali o sedi non autorizzati o non conformi ai requisiti igienico-sanitari prescritti dalla normativa vigente;
- responsabilità derivante da prodotti fabbricati, preparati, trasformati o confezionati dall'*Aderente*, nonché da difetti originari dei prodotti forniti da terzi;
- costi di rifacimento, correzione, copertura o rimozione del tatuaggio che non siano conseguenza di un *Danno* risarcibile ai sensi di *Polizza* e/o fondate esclusivamente sul mancato gradimento del risultato estetico o sulla non corrispondenza del tatuaggio alle aspettative del cliente;
- alterazioni o variazioni del tatuaggio dovute a processi fisiologici, invecchiamento della pelle, esposizione solare, caratteristiche individuali del cliente o mancata osservanza delle istruzioni successive al trattamento;
- mancata acquisizione, incompletezza, irregolarità o assenza del consenso informato del cliente, nonché dalla mancata acquisizione delle autorizzazioni e dei consensi prescritti dalla normativa vigente nel caso di soggetti minori di età o legalmente incapaci di intendere e di volere;
- attività di body suspension, scarificazione, branding, impianti sottocutanei o transdermici, tongue splitting o qualsiasi altra pratica di body modification invasiva diversa dal tatuaggio, dal trucco permanente e semipermanente e dal piercing.

Tecnico Ai Chi

L'*Attività Assicurata* si intende limitata all'insegnamento e alla conduzione di attività di Ai Chi finalizzate al benessere psicofisico.

Sono esclusi i *Danni* derivanti da:

- attività svolte in acque libere, marine, lacustri, fluviali o comunque al di fuori di piscine, centri natatori o impianti autorizzati e idonei allo svolgimento dell'attività;
- partecipazione a gare, competizioni, manifestazioni sportive o attività agonistiche di qualsiasi natura;
- annegamento, malore in acqua, arresto cardiaco o altri eventi acuti verificatisi in soggetti affetti da patologie cardiovascolari, respiratorie, neurologiche o da altre condizioni cliniche incompatibili con la pratica dell'attività, qualora tali condizioni fossero note o dichiarate all'*Aderente* prima dell'inizio dell'attività.

2.4 Esclusioni dal novero dei terzi

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



Ci sono limiti di copertura?

Articolo 3 Limiti di copertura

3.1 Limitazioni relative alle *Richieste di Risarcimento*

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

- la comunicazione inviata all'*Aderente*, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti della Struttura stessa;
- la comunicazione inviata all'*Aderente*, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24, dalla Struttura pubblica o privata dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.

3.2 *Franchigia*

L'*Assicurazione* è prestata con l'applicazione di una *Franchigia* per *Sinistro* se indicata nel Certificato di Assicurazione.

Limitatamente all'estensione di garanzia Conduzione studio (RCT/O) di cui all'Art.1.6.2, l'*Assicurazione* è prestata con l'applicazione di una *Franchigia* per *Sinistro* pari ad € 2.000,00 (duemila).

3.3 *Massimale e Sottolimiti di Indennizzo*

L'*Assicurazione* opera fino alla concorrenza dei *Massimali per Sinistro* e per *Periodo di Assicurazione* indicati nel *Certificato di Assicurazione* e dei *Sottolimiti di Indennizzo* riepilogati nella seguente tabella:

L' <i>Assicurazione</i> comprende:	<i>Sottolimiti di Indennizzo per Sinistro</i>	<i>Sottolimiti di Indennizzo per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri</i>
Art. 1.6.2 - Conduzione studio (RCT/O)	€ 50.000	€ 50.000



Dove vale la copertura?

Articolo 4 Estensione territoriale

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

L'Aderente deve avere la residenza o il domicilio professionale in Italia e comunque l'Assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento che siano fatte valere in Italia: è sempre condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. La Società pertanto non è obbligata per *Richieste di Risarcimento* fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

L'Assicurazione per la Responsabilità civile verso terzi garantisce anche l'Aderente non appartenente all'UE?

L'Assicurazione è rivolta all'Aderente non appartenente all'UE relativamente all'esercizio della propria Attività Assicurata svolta in Italia, purché le Richieste di Risarcimento siano fatte valere in Italia.



Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?

Cosa fare in caso di *Sinistro* e come viene gestito il *Sinistro*?

Articolo 5 *Sinistri*

5.1 Obblighi dell'*Aderente* in caso di *Richiesta di Risarcimento*

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

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

La Garanzia RCT/O è prestata in regime *Loss Occurrence*, ossia è intesa a tutelare l'*Aderente* in seguito a *Eventi Dannosi* che abbiano causato un *Sinistro*, purché avvenuti successivamente alla data di decorrenza indicata nel *Certificato di Assicurazione* e denunciati entro il termine di decadenza di 2 (due) anni dalla cessazione del *Periodo di Assicurazione*, fermo il termine di prescrizione del diritto stabilito dalla legge.

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

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

Nel caso in cui l'*Aderente* riceva una *Richiesta di Risarcimento* connessa o conseguente ad una *Circostanza* pregressa di cui all'Art. 1.6.1, l'*Aderente* dovrà allegare alla denuncia il contratto di assicurazione in corso al momento in cui è venuto per la prima volta a conoscenza della *Circostanza* e la *Società* si riserva di richiedere documentazione integrativa in relazione ai precedenti assicurativi dell'*Aderente*.

In caso di avviso tardivo che comporti qualsiasi pregiudizio alla *Società* – ivi compresa l'impossibilità di coinvolgere anche in sede giudiziale co-responsabili - l'*Aderente* incorre nella possibilità che l'eventuale *Indennizzo* relativo al *Sinistro* tardivamente denunciato possa essere proporzionalmente ridotto o addirittura non dovuto in ragione del pregiudizio causato alla *Società*.

Senza il previo consenso scritto della *Società*, l'*Aderente* non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare *Danni*, 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.

Le denunce di *Sinistro* dovranno essere inoltrate all'*Intermediario* o direttamente a:

AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano,

rcprofessionale@amtrustgroup.com - sinistriamtrust@pec.it

che potrà svolgere la gestione dei *Sinistri* per il tramite delle proprie sedi territoriali.

Anche ai fini della trattazione dei *Sinistri*, la *Società* si riserva il diritto di accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo ad atti, contratti e ogni altro documento probatorio. L'*Aderente* ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

5.2 Patto di gestione della lite

La *Società* assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze in nome e per conto dell'*Aderente* tanto in sede stragiudiziale, giudiziale, amministrativa, compresi i procedimenti di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010 designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'*Aderente* stesso.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'*Aderente* sono a carico della *Società* nei limiti del quarto del *Massimale per Sinistro* riportato nel *Certificato di Assicurazione* o dei *Sottolimiti* indicati all'Art. 3.3. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al *Massimale per Sinistro*, le spese giudiziali si ripartiscono tra la *Società* e *Aderente* in proporzione del rispettivo interesse ai sensi dell'art. 1917 Codice civile.

Nel caso in cui l'*Aderente* non conferisca la gestione della lite, la *Società* non riconosce le spese sostenute dall'*Aderente* per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati.

L'Assicurazione mi garantisce la copertura delle spese legali per difendermi dalla Richiesta di Risarcimento?

Sì, la Società nomina avvocati e tecnici a proprie spese con la finalità di difenderti in sede civile, sia nella fase stragiudiziale che giudiziale. Ricordiamo che tali spese hanno il limite del 25% del Massimale per Sinistro o del Sottolimito.

5.3 Coesistenza di altre assicurazioni

L'Aderente, in caso di *Sinistro*, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio ed è tenuto a denunciare il *Sinistro* a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi degli artt. 1910 e 1913 del Codice civile.

5.4 Liquidazione del *Sinistro*

La Società si impegna a pagare all'Aderente o al terzo danneggiato le somme derivanti dagli obblighi contrattuali entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di definizione del *Sinistro*.

Altri obblighi derivanti dal contratto

Articolo 6 Obblighi in capo alla Società, al Contraente o all'Aderente

6.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

L'Aderente devono comunicare in modo completo e veritiero le informazioni che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società.

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Aderente e riportate nel *Certificato di Assicurazione* formano la base della presente *Polizza* e rilevano ai fini della decisione della Società di contrarre l'*Assicurazione* nonché ai fini della determinazione del *Premio*. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Aderente ad essere protetto da questa *Assicurazione* oppure la cessazione dell'*Assicurazione* ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'oblio oncologico.

Come faccio a sapere cosa prevede l'art. 1892 del Codice civile riguardo alle Dichiarazioni sulle circostanze del rischio?

Puoi facilmente leggere cosa prevedono gli articoli del Codice civile e del Codice penale citati nelle Condizioni di Assicurazione consultando la sezione Norme di legge citate in Polizza che si trova sul fondo delle Condizioni di Assicurazione e dove sono riportati integralmente gli articoli.

6.2 Altre assicurazioni

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

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

In caso di *Sinistro* vale quanto disposto dall'Art. 5.3.

6.3 Variazioni contrattuali - Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Aderente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni *Variazione del rischio* tramite l'*Intermediario* incaricato entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di *Variazione del rischio*.

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

6.4 Variazioni contrattuali a scadenza

Se alla scadenza del *Periodo di Assicurazione* la Società voglia apportare variazioni alle condizioni normative, deve darne comunicazione all'Aderente almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza.

Per l'accettazione delle eventuali variazioni normative è richiesto un consenso esplicito da parte dell'Aderente, in mancanza del quale, l'*Assicurazione* cesserà di avere efficacia alla scadenza del *Periodo di Assicurazione*.

Alla scadenza contrattuale e previo preavviso di almeno 90 (novanta) giorni, la Società comunica eventuali variazioni delle condizioni normative o tariffarie, in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del *Premio* stesso e del fabbisogno finanziario della Società; in tal caso l'Aderente può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie e normative esplicitamente, oppure ritirando la nuova quietanza e pagando il nuovo *Premio*.

6.5 Sanzioni Internazionali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente *Polizza*, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi *Contraente*, *Aderente*, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

6.6 Assicurazione per conto altrui

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

6.7 Foro competente per l'esecuzione del contratto

Per ogni controversia con la *Società* è competente il Foro di residenza o di domicilio dell'*Aderente*.

6.8 Comunicazioni

a) Comunicazioni alla *Società*

Ogni comunicazione inerente all'*Assicurazione* deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle parti.

I riferimenti della *Società* sono i seguenti:

AmTrust Assicurazioni S.p.A.: Via Clerici, 14 - 20121, Milano

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Sito Internet: www.amtrust.it

b) Forma delle comunicazioni in caso di *Vendita a distanza*

Qualora il contratto sia stato promosso o collocato a distanza, l'*Aderente*:

- a) ha il diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
- b) ha il diritto di richiedere la variazione della tecnica di comunicazione a distanza.



Quando e come devo pagare?

Articolo 7 Pagamento e rimborso del *Premio*

7.1 Pagamento del *Premio* della *Polizza Collettiva*

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

7.2 Pagamento del *Premio* e sospensione della singola adesione

Il *Premio* annuo lordo è riportato nel *Certificato di Assicurazione* ed è interamente dovuto dall'*Aderente*; lo stesso deve essere corrisposto in unica soluzione.

Se l'*Aderente* non paga il *Premio* la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento.

Se alle successive scadenze l'*Aderente* non paga le rate di *Premio* successive alla prima, ivi incluso il pagamento del *Premio* aggiuntivo per il *Periodo di Ultrattività* qualora attivato, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° (quindicesimo) giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste.

Fermo quanto previsto dal comma precedente, decorsi i termini ivi previsti, la *Società* ha facoltà di accettare il pagamento del *Premio* previa compilazione e sottoscrizione, da parte dell'*Aderente*, di apposita documentazione integrativa.

Resta salva la facoltà della *Società* di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato al successivo Art. 9.5.

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

Le modalità di pagamento dei *Premi* sono le seguenti:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla *Società* o all'*Intermediario* della *Società* a cui è assegnata l'*Assicurazione*;
- sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario la *Società* o l'*Intermediario* della *Società* a cui è assegnata l'*Assicurazione*.

7.3 Oneri fiscali

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

7.4 *Periodo di Ultrattività* – *Premio* aggiuntivo

In caso di cessazione definitiva dell'*Attività Assicurata* secondo quanto indicato all'Art. 1.3, l'*Aderente* (e/o i suoi eredi) è tenuto a corrispondere il *Premio* aggiuntivo per l'attivazione dell'estensione di ultrattività decennale della garanzia **entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione*** in corso all'atto della cessazione dell'*Attività Assicurata*, secondo quanto di seguito specificato:

- 500% del *Premio* annuo lordo in essere;
- 300% del *Premio* annuo lordo in essere per i contratti in vigore a condizioni invariate da almeno 2 (due) annualità complete ed in assenza di *Sinistri* denunciati dall'*Aderente*.

Il *Premio* aggiuntivo deve essere corrisposto in unica soluzione.

Per i contratti in vigore da almeno 5 (cinque) annualità complete, l'estensione di ultrattività decennale è prestata a titolo gratuito in caso di decesso dell'*Aderente* verificatosi durante la vigenza della copertura, a vantaggio degli eredi che ne facciano richiesta entro 180 (centottanta) giorni dalla scadenza del *Periodo di Assicurazione*.

Qualora l'*Aderente* riprenda a svolgere l'attività professionale e/o stipuli altra assicurazione per gli stessi rischi, l'estensione di ultrattività decennale cesserà e diverrà immediatamente inefficace a partire da tale data.

7.5 Rimborso del *Premio*

In caso di recesso per *Sinistro* esercitato ai sensi degli Artt. 9.3 e 9.4 all'*Aderente* è dovuto il rimborso della parte di *Premio* imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto. Qualora l'*Aderente* eserciti il "diritto di ripensamento" di cui all'Art.9.6, ha diritto alla restituzione integrale del *Premio* versato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 8 Effetto e durata

8.1 Effetto e durata della *Polizza Collettiva*

La *Polizza Collettiva* ha durata dalle ore 24:00 del 31/08/2026 alle ore 24:00 del 31/08/2027 e in mancanza di disdetta si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 (uno) anno, salvo quanto previsto dall'Art. 9.1.

8.2 Effetto e durata della *singola adesione*

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

In caso di mancato pagamento delle rate successive di *Premio*, l'*Assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° (quindicesimo) giorno dopo quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 9.5..

La copertura assicurativa ha durata annuale prevista nel *Certificato di Assicurazione* e, in mancanza di disdetta, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 (uno) anno fintanto che la *Polizza Collettiva* è in vigore, salvo quanto previsto dall'Art. 6.4.



Come posso disdire la *Polizza*?

Articolo 9 Casi di interruzione del contratto

9.1 Disdetta della *Polizza Collettiva*

Il *Contraente* e la *Società* possono disdire la *Polizza Collettiva* mediante l'invio di lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) spedita almeno 60 (sessanta) giorni prima di ogni scadenza annuale.

9.2 Disdetta della singola adesione

L'*Aderente* può disdire la singola copertura mediante l'invio di lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza. In tal caso l'*Assicurazione* cesserà di avere effetto dalla data di scadenza del *Periodo di Assicurazione* in corso, ai sensi dell'Art. 8.2.

9.3 Recesso per *Sinistro*

Dopo ogni denuncia di *Sinistro* e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'*Indennizzo*, il *Contraente* può recedere dalla *Polizza Collettiva* mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

La *Società* può recedere dalla *Polizza Collettiva* con le medesime modalità in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'*Aderente* per più di un *Sinistro*, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

In caso di recesso il *Contraente* e l'*Intermediario* si impegnano a non fare sottoscrivere ulteriori adesioni con decorrenza successiva alla data di effetto del recesso. È peraltro convenuto che, relativamente agli *Aderenti* che abbiano copertura con decorrenza antecedente alla data di effetto del recesso e che abbiano già corrisposto il *Premio*, la copertura resta in vigore sino alla data di scadenza indicata nel *Certificato di Assicurazione*, senza possibilità di proroga.

9.4 Recesso per *Sinistro* del singolo *Aderente*

Dopo ogni denuncia di *Sinistro* e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'*Indennizzo*, l'*Aderente* può recedere dalla singola copertura assicurativa colpita dal *Sinistro* mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 90 (novanta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

La *Società* può recedere dalla singola copertura assicurativa con le medesime modalità in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'*Aderente* per più di un *Sinistro*, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

Come previsto dall'Art. 7.5 in caso di recesso, all'*Aderente* è dovuto il rimborso della parte di *Premio* imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.

9.5 Risoluzione per mancato pagamento del *Premio*

In caso di mancato pagamento del *Premio* nei termini previsti dal precedente Art. 7.2, la *Società* ha facoltà di agire ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 1901 Codice civile. **Il contratto è risolto di diritto se la Società, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata di Premio sono scaduti, non agisce per la riscossione.** Resta inteso che, in caso di risoluzione del contratto per mancato pagamento del *Premio*, anche i *Sinistri* denunciati nei 15 (quindici) giorni successivi alla scadenza della rata di *Premio* non sono in garanzia.

9.6 Diritto di ripensamento

In caso di Vendita a Distanza, l'*Aderente* ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento. Tale termine decorre dal giorno di conclusione del contratto a distanza, coincidente con il giorno di pagamento del *Premio*, o dal giorno di ricevimento delle condizioni contrattuali, se successivo.

In tal caso l'*Assicurazione* sarà annullata dall'origine ed all'*Aderente* verrà rimborsato il *Premio* pagato, senza trattenuta alcuna.

L'*Aderente* non può esercitare il diritto di ripensamento nel caso in cui, entro il termine di recesso dei 14 giorni:

- abbia richiesto alla *Società* o all'*Intermediario* incaricato la liquidazione dell'*Indennizzo* per le prestazioni oggetto della presente *Assicurazione*;
- si sia verificato un *Sinistro* indennizzabile ai termini di *Polizza*, in caso di polizza obbligatoria.

Resta inteso che in caso di esercizio del diritto di ripensamento alle condizioni di cui sopra, tutti gli eventuali *Sinistri* non saranno indennizzati.

La volontà di recedere dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti), inviata all'*Intermediario* incaricato o alla *Società*, oppure attraverso le stesse modalità con cui si è conclusa la *Vendita a Distanza*.

Elenco delle attività assicurabili

Elenco Attività Assicurate	
Career Coach	Gruppo 1
Cosmetologo	
Erborista	
Life Coach	
Musicoterapeuta	
Pedagogo	
Psicomotricista	
Naturopata Sessuologo	
Aromaterapeuta	Gruppo 2
Maestro Yoga	
Massaggiatore Aromatouch	
Nutripuntore	
Operatore Shiatsu	
Pranoterapeuta	
Riflessologo	
Tecnico Ai Chi	
Tatuatore	Gruppo 3

NORME DI LEGGE UTILI PER LA COMPrensIONE DELLA POLIZZA

Testo articoli del Codice civile, del Codice di Procedura Civile, della Legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli Bianco) e del Codice di Procedure Penale.

CODICE CIVILE

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1891 Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

Art. 1897 Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il Recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 1917 Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Art. 2055 Responsabilità solidale

Se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno.

Colui che ha risarcito il danno ha regresso contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità delle conseguenze che ne sono derivate.

Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali.

LEGGE 8 MARZO 2017 N. 24 (Legge Gelli Bianco)**Art. 9, comma 5 e 6**

In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti. Ai fini della quantificazione del danno, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 1-bis, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, e dall'articolo 52, secondo comma, del testo unico di cui al regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causata dall'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.

In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causata dall'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2.

Art. 10, comma 1 e 2 Obbligo di assicurazione

Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge

24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.

Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Art. 13 Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità

Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, (entro quarantacinque giorni) dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione (entro quarantacinque giorni) comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte.

L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

NUMERI E RIFERIMENTI UTILI

I riferimenti della *Società* sono i seguenti:

AmTrust Assicurazioni S.p.A.: Via Clerici, 14 - 20121, Milano

Recapiti	
Telefono	per le comunicazioni inerenti all'Assicurazione: 0283438150
Fax	per le comunicazioni inerenti all'Assicurazione: 0283438174
	per i Reclami(*): 0283438174
Email	per i Reclami(*): reclami@amtrustgroup.com
	per le comunicazioni inerenti all'Assicurazione: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
	per gli avvisi di <i>Sinistro</i> : rcprofessionale@amtrustgroup.com sinistriamtrust@pec.it

(*) È da considerarsi Reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto.



AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 "GDPR")

Gentile Cliente,

AmTrust Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche "Titolare" o "Compagnia") rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, Le fornisce di seguito le informazioni essenziali sull'attività di raccolta e di trattamento dei dati personali e le informazioni che permettono di esercitare i diritti previsti dal Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento").

1. Titolare e Responsabili del trattamento dei dati - Contatti del Responsabile della protezione dei dati (DPO)



Il Titolare del Trattamento è AmTrust Assicurazioni S.p.A., Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Partita IVA 01917540518 (di seguito anche "Titolare" o "Compagnia").

Il Titolare può nominare altri soggetti Responsabili del trattamento, nonché designare soggetti autorizzati a compiere operazioni di trattamento. Un elenco completo e aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile contattando il Titolare all'indirizzo di posta elettronica: info-privacy@amtrustgroup.com.



AmTrust Assicurazioni S.p.A. ha nominato il "Responsabile della protezione dei dati" (c.d. "Data Protection Officer" o "DPO"). Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati personali e/o per esercitare i diritti previsti dal GDPR, come specificati nel paragrafo 9 della presente Informativa, è possibile contattare il DPO al seguente indirizzo di posta elettronica:

info-privacy@amtrustgroup.com.

2. Finalità del trattamento dei dati e base giuridica

Nell'ambito della gestione del rapporto assicurativo, AmTrust Assicurazioni S.p.A. ha la necessità di disporre di dati personali comuni e giudiziari a Lei riferiti (dati che possono essere già acquisiti, forniti da Lei o da altri soggetti, anche mediante la consultazione di banche dati). A tal fine i suoi dati verranno utilizzati per le seguenti finalità secondo una determinata base giuridica:

 FINALITA'	 BASE GIURIDICA
a) quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; b) raccolta dei premi e gestione del contratto; c) liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; d) valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;	Esecuzione di obblighi precontrattuali e contrattuali
e) prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; f) adempimento di disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate e dagli Organi di Vigilanza e Controllo;	Obbligo legale
g) riassicurazione e coassicurazione; h) esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione; i) analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; j) gestione e controllo interno; k) attività statistiche, anche a fini di tariffazione; l) utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato in ambito assicurativo.	Legittimo interesse

I dati forniti potranno essere utilizzati confrontandoli ed arricchendoli mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili, quali i sistemi di informazioni creditizie, utili per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad agevolazioni e vantaggi, quali la rateizzazione del premio. A tali fini, non è richiesto il Suo consenso per il trattamento dei Suoi dati di natura comune strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della Compagnia e di terzi a cui tali dati saranno comunicati.

Inoltre, i dati di recapito da Lei forniti potranno essere utilizzati per inviarLe comunicazioni di servizio strumentali e utili al miglioramento della gestione del rapporto assicurativo, nel quadro dei servizi al cliente e della verifica della qualità dei servizi stessi. In assenza di tali dati non sarà possibile contattarLa tempestivamente per fornirLe informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale e ad altre comunicazioni di servizio.

3. Natura del conferimento dei dati



Per la prestazione dei servizi assicurativi della Compagnia, la comunicazione dei Suoi dati personali è obbligatoria perché necessaria per dare esecuzione al rapporto assicurativo.

Pertanto, la loro mancata, parziale o inesatta comunicazione può avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di eseguire gli adempimenti contrattuali in essere.

4. Modalità del trattamento e periodo di conservazione dei dati



I dati sono 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 del GDPR, della normativa nel tempo applicabile e delle specifiche disposizioni operative adottate dalla Compagnia in tema di conservazione della documentazione contenente dati personali.

I dati personali sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i dati personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del Suo rapporto contrattuale con la Compagnia; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto, nel caso in cui ad esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione. I dati personali possono essere trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento del periodo di conservazione dei dati stessi, oppure nel caso in cui gli stessi siano indispensabili per difendere i diritti della Compagnia in giudizio.

5. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali



I dati raccolti e trattati dalla Compagnia per le finalità descritte al paragrafo 2 potranno essere comunicati:

- a) alle Società del Gruppo AmTrust;
- b) ai soggetti facenti parte della cosiddetta catena assicurativa quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: Assicuratori, Coassicuratori, Riassicuratori, agenti e brokers, Organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, assicurati e terzi danneggiati, legali (fiduciari e di controparte), consulenti, traduttori, medici fiduciari, periti; 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;
- c) alle Autorità ed Enti Pubblici in generale per l'adempimento di obblighi di legge.

6. Diffusione dei dati



I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione.

7. Trasferimenti dei dati all'estero



Per le finalità di cui al paragrafo 2, i Suoi dati personali potrebbero essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea e/o all'area SEE regolamentata in modo uniforme dal GDPR.

L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali verso Paesi extra UE/SEE avverrà, in ogni caso, nel rispetto dei livelli di protezione e di tutela dei diritti dell'interessato previsti dal GDPR e dalle ulteriori normative vigenti ed applicabili in base a convenzioni internazionali, criteri di adeguatezza sanciti dalla Commissione Europea e, comunque, garantiti dall'applicazione di "Clausole Contrattuali Standard" approvate dalla Commissione Europea e riportate all'interno di specifici contratti con i destinatari dei Suoi dati personali, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 46 del GDPR.

8. Adozione di un processo decisionale automatizzato basato unicamente su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione



I dati non sono trattati mediante un processo decisionale basato su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione.

9. Diritti dell'interessato



Come previsto dall'art. 15 e seguenti del GDPR, in qualità di Interessato Lei, in ogni momento, può:

- a) chiedere alla Compagnia l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- b) opporsi al trattamento dei Suoi dati personali;
- c) esercitare il diritto alla portabilità dei dati (quando il trattamento di tali dati si basa sul Suo consenso o su di un contratto di cui Lei è parte ed il trattamento è effettuato con mezzi automatizzati);
- d) revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità dei trattamenti svolti dalla Compagnia basati sul Suo consenso prestato prima della revoca;
- e) in caso non sia pienamente soddisfatto delle risposte della Compagnia alle Sue richieste, proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente per territorio.

I diritti sopra descritti possono essere esercitati con richiesta rivolta alla Compagnia e/o al proprio Responsabile della Protezione dei Dati (DPO), senza particolari formalità, all'indirizzo di posta elettronica: info-privacy@amtrustgroup.com