

Linea Professione Protetta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale del Medico

Polizza N° RCM00010052040	Polizza Sostituita N° -	Prodotto/Edizione del contratto Amtrust Medico Protetto Ed.06/2024 Agg.06/2024
Intermediario ASSIMEDICI SRL		Codice Nodo BR043

Dati del Contraente

Nome e Cognome / Denominazione / Ragione sociale NICOLETTA BONURA	Codice Fiscale BNRNL66H64G348Q	Partita IVA -
Residenza o Sede legale VIA COLONNELLO ROMEO J., 7	Comune TRAPANI	Prov TP
		Cap 91100
		Nazione IT

Dati dell'Assicurato

Nome e Cognome / Denominazione / Ragione sociale NICOLETTA BONURA	Codice Fiscale BNRNL66H64G348Q	Partita IVA -
Residenza o Sede legale VIA COLONNELLO ROMEO J., 7	Comune TRAPANI	Prov TP
		Cap 91100
		Nazione IT

Periodo di Assicurazione

Decorre dalle ore 24 del 31/07/2025	Scade alle ore 24 del 31/07/2026	Frazionamento Annuale	Tacito Rinnovo Sì	Prossima Quietanza il 31/07/2026
--	-------------------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------------------

Premio alla Firma

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
466,25	0,00	466,25	103,75	570,00

Premio Rate Future

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
466,25	0,00	466,25	103,75	570,00

Premio Annuo

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
466,25	0,00	466,25	103,75	570,00

Le imposte sono applicate al premio imponibile secondo quanto disposto dalle normative fiscali vigenti.

I mezzi di pagamento utilizzabili sono, nei limiti delle norme vigenti, esclusivamente quelli indicati nelle Condizioni di Assicurazione. La periodicità di pagamento (frazionamento) può essere annuale, semestrale, quadrimestrale o trimestrale.

L'importo del Premio alla Firma è stato pagato in data 07/08/2025

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Linea Professione Protetta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale del Medico

Dati del rischio

Attività libero professionale assicurata (svolta)	Attività libero professionale assicurata (cessata)
Medicina del lavoro	
Massimale per Sinistro	2.000.000,00
Massimale per Periodo/Serie di sinistri	6.000.000,00
Franchigia	-
Data inizio Retroattività	31/07/2015
Attività svolta esclusivamente presso una Struttura	NO
Data termine attività cessata	-

Estensioni di Garanzia

Estensioni di Garanzia	Attiva
Medicina Estetica	NO
Attività Invasive minori	NO
Attività Invasive e mezzi di soccorso	NO

Garanzie aggiuntive opzionali

Garanzie aggiuntive opzionali	Sottolimito	Attiva
Ruolo apicale e direzione sanitaria – Perdite Patrimoniali	- €	NO
Altre Perdite Patrimoniali e conduzione dello studio (RCT-RCO)	200.000,00 €	Sì
Omessio adempimento Crediti ECM	-	NO

Linea Professione Protetta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale del Medico

Elenco attività non Invasive e non Chirurgiche libero professionali

Elenco attività assicurate	Gruppo di Rischio	In Copertura
Medicina termale	1	SI
Medicine non convenzionali e osteopatiche - agopuntura		
Medico abilitato non specialista		
Medico di comunità - attività per conto SSN		
Medico di medicina generale - medico di famiglia - attività per conto SSN		
Pediatra di libera scelta - attività per conto SSN		
Scienze dell'alimentazione	2	SI
Audiologia e foniatría		
Farmacologia e tossicologia clinica		
Genetica medica		
Microbiologia e virologia		
Patologia clinica e biochimica clinica	3	SI
Medicina legale		
Neuropsichiatria e neuropsichiatria infantile	4	SI
Psichiatria		
Psicologia clinica		
Allergologia e immunologia clinica	5	SI
Angiologia e flebologia		
Diabetologia e malattie del metabolismo		
Endocrinologia e malattia del ricambio		
Malattie infettive e tropicali		
Oculistica - oftalmologia	6	SI
Medicina nucleare	7	SI
Diagnostica ecografica internistica	8	SI
Epatologia		
Gastroenterologia		
Geriatría		
Medicina d'emergenza-urgenza		
Medicina interna		
Nefrologia		
Pneumologia		
Visite specialistiche preparatorie a chirurgia generale		
Anatomia patologica	9	SI
Dermatologia e venerologia		
Ematologia e medicina trasfusionale		
Oncologia e senologia		
Pediatria senza neonatologia	10	SI
Terapia del dolore e cure palliative	11	SI
Medicina fisica e riabilitativa (fisiatria)	12	SI
Neurofisiopatologia		
Neurologia		
Igiene e medicina preventiva (compresa igiene degli alimenti)	13	SI
Medicina aeronautica e spaziale		
Medicina del lavoro		
Statistica sanitaria e biometria		
Radioterapia	14	
Otorinolaringoiatria	15	
Radiodiagnostica (esclusa mammografia)	16	
Cardiologia	17	
Ortopedia	18	
Reumatologia	19	
Medicina dello sport	20	
Andrologia	21	
Urologia		
Ginecologia	29	
Ostetricia		



AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

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

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.itPEC: 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)

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale del Medico

Dichiarazioni del Contraente sul Rischio e sulla gestione della Polizza

Ai fini della gestione della Polizza, il Contraente dichiara che:

Delega al Broker

Ha affidato all'Intermediario indicato in Polizza, in qualità di Broker, il mandato a rappresentarlo ai fini della gestione della presente Assicurazione; pertanto, ogni comunicazione fatta dalla Società all'Intermediario sarà considerata come fatta al Contraente o all'Assicurato, ed ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società sarà considerata come fatta dal Contraente o dall'Assicurato.

Sì

Con riferimento agli articoli 1892, 1893, 1894 e 1910 cod. civ., il Contraente dichiara che:

Altre assicurazioni con altri Assicuratori

Esistono altre assicurazioni di Responsabilità Civile in corso con altri Assicuratori (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - ultrattività), che coprono l'Assicurato per i medesimi rischi assicurati con la presente Polizza.

NO

Altre assicurazioni con Società del Gruppo AmTrust

Esistono altre assicurazioni di Responsabilità Civile in corso con una Società del gruppo AmTrust (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - ultrattività), che coprono l'Assicurato per i medesimi rischi assicurati con la presente Polizza.

NO

Sinistrosità pregressa

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha ricevuto Richieste di Risarcimento - così come definite nel Glossario - per i rischi assicurati con la presente Polizza.

NO

Fatti noti

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha avuto conoscenza di "Fatti noti" - così come definiti nel Glossario - dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento per i rischi assicurati con la presente Polizza.

NO

Attività presso una Struttura

Il Contraente dichiara che l'attività libero professionale oggetto della presente Polizza è svolta dall'Assicurato esclusivamente in nome e per conto di una Struttura, in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto dall'Assicurato nei confronti del paziente.

NO

Linea Professione Protetta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale del Medico

Dichiarazioni del Contraente

Consegna Set Informativo

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione della Polizza, del Set Informativo (Amtrust Medico Protetto Ed.06/2024 Agg.06/2024)	FIRMA CONTRAENTE
--	------------------

Accettazione Clausole Specifiche

Il Contraente dichiara, ai sensi degli artt. 1341, 1342 del Codice Civile, di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 1.2 - Validità temporale e forma dell'Assicurazione; Art. 6.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Art. 6.2 - Patto di gestione della lite; Art. 7.5 - Variazioni contrattuali a scadenza; Art. 7.6 - Foro competente per l'esecuzione del contratto; Art. 7.7 - Ulteriori Variazioni - Albo e licenziamento; Art. 9 - Effetto e durata della Polizza;	FIRMA CONTRAENTE
--	------------------

Eccezioni opponibili

Il Contraente dichiara, con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed ai sensi dell'art. 8 del Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, di approvare espressamente le disposizioni dell'Art. 7.1 delle Condizioni di Assicurazione "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", avendo compreso quali attività sono oggetto della copertura assicurativa della presente Assicurazione. Il Contraente dichiara inoltre di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 3.1.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione - Art. 3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione - Art. 8.1 - Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa. Il Contraente, infine, in caso di acquisto di Garanzie Aggiuntive opzionali, dichiara di approvare espressamente le disposizioni dell'Art. 3.2 - Ulteriori esclusioni applicabili a Garanzie Aggiuntive Opzionali.	FIRMA CONTRAENTE
--	------------------

Privacy per finalità assicurative

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.	FIRMA CONTRAENTE
---	------------------

Presa visione Allegato 3 "Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi" e Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative

Il Contraente dichiara di aver preso visione e/o ricevuto, prima della sottoscrizione della Polizza, l'Allegato 3 "Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi" ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i. Dichiara, altresì, di aver ricevuto e firmato, prima della sottoscrizione della Polizza, il documento di valutazione delle proprie richieste ed esigenze assicurative.	FIRMA CONTRAENTE
---	------------------

Sottoscrizione della Polizza

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente e dalla Società sulla base della presente Polizza (e degli allegati indicati), comprese le Dichiarazioni del Contraente qui riportate e di quanto nel Set Informativo (Amtrust Medico Protetto Ed.06/2024 Agg.06/2024) , che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.	AmTrust Assicurazioni S.p.A. L'Amministratore Delegato Matteo Baviello 	FIRMA CONTRAENTE
--	---	------------------

Emesso il 28/05/2025 in MILANO