

SET INFORMATIVO

Mod. 146 23 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023

COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS"

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il presente SET INFORMATIVO è formato da:

1. **DIP DANNI** (*Documento Informativo Precontrattuale*)
2. **DIP AGGIUNTIVO DANNI** (*Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo*)
3. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** comprensive del **GLOSSARIO**
4. **FACSIMILE MODULO DI PROPOSTA** in allegato alle **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Il presente documento include inoltre:

5. **INFORMATIVA PRIVACY**

AVVERTENZA:

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Mod. 146 23 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023

Assicurazione per la Responsabilità Civile “Colpa Grave Medica” del Personale delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Berkshire Hathaway International Insurance Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “PLUS” – Polizza Individuale

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

Che tipo di assicurazione è?

Il Prodotto denominato "Contratto di Assicurazione Responsabilità Civile Colpa Grave Medica" è un'assicurazione nella forma "claims made" che copre la responsabilità per colpa grave dell'assicurato. Il contratto è rivolto a tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Responsabilità civile per colpa grave medica: si tiene indenne l'assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave emessa dalla Corte dei Conti e passata in giudicato ovvero per ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le richieste di risarcimento generino una sentenza al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti
- ✓ L'assicurazione è estesa anche in occasione di Interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve
- ✓ Condanna in solido con l'azienda sanitaria e/o sociosanitaria di appartenenza: indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria con la quale l'azienda sanitaria e/o sociosanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'azienda sanitaria e/o sociosanitaria di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti
- ✓ L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza. Tuttavia, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra-premio pari al 10% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale
- ✗ Sono considerati fatti noti e quindi non coperti dalla presente Polizza tutte le Richieste di Risarcimento già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato
- ✗ Le perdite che eccedono i Massimali pattuiti
- ✗ Azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo
- ✗ Attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso

- ✗ Fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa
- ✗ Danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge
- ✗ Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato
- ✗ Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato
- ✗ Danni derivanti da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona
- ✗ Danni alle cose mobili e immobili che l'assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'assicurato è medico veterinario
- ✗ Perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio
- ✗ Danni riconducibili a proprietà, possesso, circolazione di veicoli a motore, utilizzo di natanti a motore o aeromobili
- ✗ Conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale
- ✗ Danni e perdite connessi ad amianto o muffe tossiche
- ✗ Danni riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la Professione Sanitaria, per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile
- ✗ Danni connessi all'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale; sono tuttavia compresi tali danni di natura patrimoniale, sempre ed esclusivamente in caso di condanna per Colpa Grave, solo per quelle professioni sanitarie che pur esercitando in via prioritaria l'attività medica, possono avere mansioni di carattere amministrativo e organizzativo quali ad esempio i primari ospedalieri direttori di struttura
- ✗ Sanzioni Internazionali
- ✗ I sinistri denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione, salvo la tolleranza di 30 (trenta) giorni



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il massimale per sinistro o sinistro in serie è quello previsto per Legge: tre volte il valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale, conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.
- ! Resta inteso che in ogni caso il limite di risarcimento non potrà superare € 5.000.000,00 per la colpa grave medica e € 2.000.000,00 per la condanna in solido.



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, su incarico dell'azienda sanitaria di appartenenza, esclusi Stati Uniti d'America, Canada e territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese risarcitorie dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano.
- ✓ L'Assicuratore pertanto non è obbligato per richieste di risarcimento fatte valere in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano salvo nei casi di delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.



Che obblighi ho?

- L'obbligo, in sede di perfezionamento della Polizza, di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare nel corso del contratto i cambiamenti che comportano aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione.
- In caso di sinistro, è fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:
 - Qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa;
 - Qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione.



Quanto e come devo pagare?

Il Premio ha periodicità annuale e deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico.

Il Premio è comprensivo delle imposte ed è interamente dovuto per tutta la durata del contratto.

L'intermediario indicato nella Scheda di Polizza è autorizzato dalla Compagnia ad incassare i premi riferiti alla presente Polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La presente Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalle ore e dal giorno indicato nella Scheda di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati, 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 quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza.

In caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa comprovata dalla Scheda di Polizza, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato, la Scheda di Polizza si intende tacitamente rinnovata di un anno e così successivamente, fermo quanto riportato all'Art. 12.



Come posso disdire la polizza?

Tramite invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti, spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato.

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni.

Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

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

Berkshire Hathaway International Insurance Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia
Prodotto: COLPA GRAVE MEDICA – S.S.N. "PLUS" – Polizza Individuale
Data di realizzazione: 31/05/2023, il DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

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 contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Il presente Contratto viene stipulato con **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** (in seguito definita "**BHItalia**"); Berkshire Hathaway International Insurance Limited è una società appartenente al **Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway**.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited ha Sede Legale e Direzione Generale nel REGNO UNITO, 4th Floor, 8 Fenchurch Place London, EC3M 4AJ ed è registrata in Inghilterra e Galles con il N. 3230337.

BHItalia® è il marchio registrato della sede secondaria italiana di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** con cui sarà concluso il Contratto, con Sede e Direzione Generale in Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI), Italia.

BHItalia® opera sul territorio della Repubblica Italiana in regime di stabilimento, per cui il rappresentante per la gestione dei sinistri è la stessa Rappresentanza Generale per l'Italia dell'Impresa.

Recapiti di **BHItalia**®: telefono +39 02 49524986, fax +39 02 49524987, sito internet: www.bh-italia.com, indirizzo di posta elettronica: direzione@bh-italia.com (Posta Elettronica Certificata: bh-italia@legalmail.it).

BHItalia® è autorizzata con provvedimento IVASS Prot. N° 0100063/21 del 11.05.2021, è iscritta in data 11 maggio 2021 con N° 2.00005 nella Sezione II dell'Albo Imprese di cui all'art. 35 del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, codice IVASS Impresa X501R. **BHItalia**® opera in Italia in regime di stabilimento ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni attraverso la propria Rappresentanza Generale in Italia, avente Sede in Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI).

BHItalia® è sottoposta al controllo dell'Autorità di Vigilanza della Repubblica Italiana IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è sottoposta al controllo delle Autorità di Vigilanza del Regno Unito preposte alla regolamentazione dei servizi finanziari, autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority, N. di riferimento PRA/FCA 202967

Queste informazioni possono essere verificate rispettivamente sui siti internet della Prudential Regulation Authority (www.bankofengland.co.uk/PRA/Pages/default.aspx) della Financial Conduct Authority (www.fca.org.uk) e dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (www.ivass.it).

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2022) di **BHItalia**® è di 81,89 milioni di Euro.

L'importo del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) di **BHItalia**® è di 26,64 milioni di Euro, l'importo del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è di 6,66 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 80,35 migliaia di Euro. Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio), che rappresenta il rapporto tra l'importo dei fondi propri ammissibili alla copertura e il requisito patrimoniale di solvibilità, è del 301,6%.

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2022) di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** è di 505,84 milioni di Euro, formato da un capitale sociale di 404,35 milioni di Euro e da riserve patrimoniali di 101,49 milioni di Euro. Il tasso di cambio utilizzato per la conversione valutaria degli importi di bilancio da Dollari USA ad Euro è pari a EUR 1 = US\$ 1,07085 (tasso di cambio al 31 Dicembre 2022).

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è di 141,17 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è di 35,29 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 554,63 milioni di Euro. Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa, che rappresenta il rapporto tra l'importo dei fondi propri ammissibili alla copertura e il requisito patrimoniale di solvibilità, è del 392,9%. Il patrimonio netto e l'indice di solvibilità sono calcolati applicando i criteri contabili FRS n. 102 e n. 103 applicabili nel Regno Unito e nella Repubblica d'Irlanda, nonché le disposizioni della Sezione 396 del Companies Act 2006.

La capogruppo di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, la società controllante nonché la società che governa l'intero gruppo di imprese per il quale sono redatti i bilanci e del quale **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** fa parte, è la **Berkshire Hathaway Inc.**, con sede negli Stati Uniti d'America.

La società controllante che governa il più ristretto gruppo di imprese per il quale sono redatti i bilanci e del quale **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** fa parte, è la **National Indemnity Company**, società con sede nello Stato del Nebraska (Stati Uniti d'America).

I bilanci consolidati delle suddette società sono pubblicati e possono essere richiesti presso l'indirizzo 1140 Kiewit Plaza, Omaha - Nebraska 68131 - USA, oppure possono essere scaricati dai siti internet delle due società, ai seguenti indirizzi:

www.berkshirehathaway.com

www.nationalindemnity.com

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

SEZIONE I – RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

- ✓ L'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave emessa dalla Corte dei Conti e passata in giudicato ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi, inclusi i pazienti, in tutti i casi in cui le richieste di risarcimento generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti, fino a concorrenza del Massimale.
- ✓ L'Assicurazione si intende estesa anche in occasioni di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve, con specifico sottolimito.

SEZIONE II – CONDANNA IN SOLIDO CON L'AZIENDA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI APPARTENENZA

- ✓ L'Assicurazione indennizza le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti, fino a concorrenza del Massimale.
- ✓ Il sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della polizza, solo qualora l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.
- ✓ L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere agli Assicuratori tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o della Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge, che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'Assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

L'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza.

L'Assicurazione è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Proposta ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, a condizione che l'attività esercitata dall'Assicurato sia svolta in conformità a quanto previsto dalla normativa Italiana ed Europea di volta in volta applicabili e previo ottenimento dei necessari titoli di studio, specializzazioni ed accreditamenti previsti da tali normative.

L'Assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente o collaboratore di Aziende pubbliche e/o a partecipazione pubblica (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). È compresa altresì l'attività professionale "intramoenia" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

È data facoltà all'Assicurato di acquistare anche singolarmente le garanzie previste dalle Sezioni I e II sopra descritte.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Retroattività Illimitata	L'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra premio pari al 10% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza .
Conoscenza di condanne a carico	Nel caso in cui, all'atto della compilazione Modulo di Proposta in occasione della prima attivazione della Polizza, l'Assicurando/Proponente dichiara di essere a conoscenza di condanne, in sede civile o penale, con un massimo di 2 (due), è concessa la facoltà di attivare la presente Polizza con l'aumento del 10% sul premio annuale previsto per la categoria di appartenenza .
Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione	Nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, di sottoscrizione della presente Polizza e previo il pagamento del sovra-premio nella misura del 300% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza , è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 (dieci) anni per eventuale azioni nei propri confronti riferite a fatti colposi verificatisi durante il periodo di validità della presente Polizza, compreso il periodo di Retroattività. Nel caso di cessazione dell'attività professionale per morte dell'Assicurato è data facoltà agli eredi di acquistare alle stesse condizioni riservate all'Assicurato la garanzia ultrattiva decennale in nome e per conto dell'Assicurato stesso. La garanzia ultrattiva decennale, in caso di morte dell'Assicurato coprirà eventuali azioni promosse nei confronti degli eredi legittimi e testamentari, e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alle esclusioni di Polizza:

- ✘ Sono escluse le Richieste di Risarcimento che pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo quanto previsto in tema di Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione.
 - ✘ I sinistri relativi a fatti dannosi posti in essere prima della data di retroattività
 - ✘ Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati, e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.
 - ✘ Relativamente la Sezione II, dalla presente copertura resta esclusa qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia
- Sono parimenti esclusi:
- ✘ I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei Limiti Territoriali;
 - ✘ Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per Legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare ("Punitive or Exemplary Damages");
 - ✘ I danni che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
 - ✘ I danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
 - ✘ I danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività Professionale Sanitaria, ferma restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte; sono tuttavia compresi tali danni di natura patrimoniale, sempre ed esclusivamente in caso di condanna per Colpa Grave, solo per quelle professioni sanitarie che pur esercitando in via prioritaria l'attività medica, possono avere mansioni di carattere amministrativo e organizzativo quali ad esempio i primari ospedalieri direttori di struttura;
 - ✘ Esclusione Sanzioni Internazionali. La garanzia prestata con la presente polizza, o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'Assicurato o il Contraente o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America, quali a titolo esemplificativo e non limitativo le Sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (U.K. Treasury) o dall'Ufficio per il Controllo dei Beni Stranieri (Office of Foreign Assets Control - "OFAC") del Ministero del Tesoro degli Stati Uniti (U.S. Treasury Department) o descritte nel Regolamento CE 27 Maggio 2002 modificato dal regolamento di esecuzione (UE) 4 Novembre 2013, N. 1091/2013;



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente ai limiti di copertura:

- ! L'Assicurazione risponde, in aggiunta al Massimale ma entro il limite del 25% del medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato nel caso in cui le richieste di risarcimento generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave.
- ! Esclusivamente per la garanzia di cui alla Sezione I, in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000 (un milione).
- ! In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con più persone che esercitano la professione sanitaria, l'Assicurazione risponde, ferma restando l'esperibilità dell'azione di regresso, fino ad un massimo del doppio della quota di pertinenza dell'Assicurato stesso ed entro il limite del massimale e non in eccedenza allo stesso.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia del sinistro: È fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa;2. Qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione. <p>La richiesta formale da parte dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza di relazione tecnico-sanitaria non costituisce obbligo di denuncia.</p> <p>L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza al seguente indirizzo:</p> <p>Berkshire Hathaway International Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI Tel. 02 8707 3773 - Fax 02 8707 3784 E-mail: sinistri@bh-italia.com PEC: sinistri.bh-italia@legalmail.it</p> <p>La denuncia può anche essere trasmessa all'Intermediario indicato nella Scheda di Polizza, il quale provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta alla Compagnia.</p> <p>La denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.</p> <p>Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: <i>Non prevista.</i></p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: <i>Non prevista.</i></p>
	<p>Prescrizione: Come previsto dall'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche e integrazioni, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 (un) anno dalle singole scadenze. Ai sensi dell'Art. 22, comma 14 della Legge N. 221 del 17 Dicembre 2012 di conversione con modificazioni del D. L. N. 179 del 18 Ottobre 2012, gli altri diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione Danni si prescrivono nel termine di 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda; nell'assicurazione della Responsabilità civile il termine di 2 (due) anni decorre dal giorno in cui il terzo danneggiato ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione. La comunicazione all'Assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione, oppure la cessazione dell'assicurazione stessa (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile).</p>
Obblighi dell'impresa	<p>L'impresa si impegna a pagare all'Assicurato gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla data dell'accordo di definizione del sinistro.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Modalità di pagamento Per l'attivazione della copertura assicurativa il Contraente deve provvedere, direttamente, al versamento del premio dovuto. Il premio annuo pro-capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica professionale. L'Intermediario indicato nella Scheda di Polizza è autorizzato dalla Compagnia ad incassare per conto della Compagnia stessa i premi riferiti alla presente Polizza Collettiva, anche tramite intermediari iscritti alla sezione B del R.U.I.; i relativi premi saranno rimessi direttamente alla Compagnia.</p> <p>Oneri fiscali Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato</p>
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Il Proponente dovrà compilare e sottoscrivere il Modulo di Proposta e corrispondere l'intero importo del Premio dovuto. La Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalle ore e dal giorno indicato nella Scheda di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.</p> <p>Gli Assicuratori si riservano di non accettare la richiesta di attivazione, o di accettarla a condizioni speciali, nel termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla ricezione del Modulo di Proposta, nel caso in cui dallo stesso si rilevi un numero di condanne, in sede civile o penale, superiori a 2 (due).</p> <p>L'Assicurazione decorrerà dalle ore e dalla data di decorrenza come risultante dalla Scheda di Polizza e dall'apposita documentazione trasmessa alla Compagnia dall'Intermediario incaricato della gestione del contratto, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di registrazione.</p> <p>In caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa comprovata dalla Scheda di Polizza, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato, la Polizza si intende tacitamente rinnovata di un anno e così successivamente</p>
Sospensione	Se l'Assicurato non paga il premio iniziale, di rinnovo, di proroga o le eventuali rate convenute, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termine di mora) e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni.</p> <p>Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.</p> <p>La Compagnia si riserva la facoltà di modificare le condizioni tariffarie e normative alla scadenza anniversaria del Contratto. Il Contraente, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della "Proposta di modifica unilaterale del Contratto", potrà recedere con effetto immediato, senza penalità, avendo diritto a vedere applicate, in sede di liquidazione del rapporto, le condizioni precedentemente praticate. Trascorso tale periodo, in mancanza di recesso, le modifiche si intendono accettate.</p>
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici.



Quali costi devo sostenere?

Il Premio annuale previsto per la categoria di appartenenza a carico del Contraente è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari che sono pari in media al 20,00% del Premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami e le dichiarazioni di insoddisfazione riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>Ufficio Reclami Berkshire Hathaway International Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia Corso Italia 13, 20122 - Milano MI Fax: +39 02 49524987 E-mail: reclami@bh-italia.com</p> <p>L'Ufficio Reclami provvederà a fornire il 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).</p> <p>I reclami relativi al comportamento dei broker e dei loro dipendenti/collaboratori saranno gestiti direttamente dal broker interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente al broker, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché l'intermediario provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni</p>
All'IVASS	<p>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</p> <p>In alternativa, i reclami possono essere presentati all'Autorità di Vigilanza del Regno Unito, Financial Conduct Authority (FCA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, ovvero all'Autorità preposta Financial Ombudsman Service (FOS), South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
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).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE / ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS"

Mod. 446 23 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

stipulata fra il **Contraente** indicato nella **Scheda di Polizza**,

e la Società

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia

Corso Italia, 13
20122 Milano (MI)

di seguito denominata **Compagnia**.

La seguente Assicurazione è rilasciata a favore dell'**Assicurato** che ne abbia fatto richiesta e che abbia corrisposto il relativo premio, ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

- **COLPA GRAVE MEDICA**

Il presente contratto è stato redatto secondo le Linee Guida ANIA "Contratti Semplici e Chiari"

INDICE

ALLEGATO "A" - FACSIMILE MODULO DI PROPOSTA.....	3
ALLEGATO "B" - FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA.....	6
GLOSSARIO.....	10
Articolo 1) FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ	11
Articolo 2) PERIODO DI ASSICURAZIONE	12
Articolo 3) MASSIMALI DI GARANZIA	12
Articolo 4) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	12
Articolo 5) SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE	13
Articolo 6) NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI".....	13
Articolo 7) LIMITI TERRITORIALI	13
Articolo 8) PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI	13
Articolo 9) ESCLUSIONI	14
Articolo 10) RESPONSABILITÀ SOLIDALE	15
Articolo 11) ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE	15
Articolo 12) VARIAZIONI DEL RISCHIO.....	16
Articolo 13) PAGAMENTO DEL PREMIO	16
Articolo 14) ONERI FISCALI	16
Articolo 15) RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE.....	16
Articolo 16) COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI	16
Articolo 17) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	17
Articolo 18) RECESSO IN CASO DI SINISTRO	17
Articolo 19) SURROGAZIONE	17
Articolo 20) FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO	17
Articolo 21) CLAUSOLA BROKER.....	18
Articolo 22) NORME DI LEGGE	18
Articolo 23) MODALITÀ E DISCIPLINA DELL'ATTIVAZIONE DELLA POLIZZA	18
Articolo 24) PREMIO	19
Articolo 25) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO.....	19
Articolo 26) RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE	19
Articolo 27) MODIFICA DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI	20

ALLEGATO "A" - FACSIMILE MODULO DI PROPOSTA

ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il / la sottoscritto / anato / a il, residente in
....., via / piazza..... N°, codice fiscale
....., indirizzo E-mail personale¹ in qualità di
..... presso l'Azienda

1: Da utilizzare per accedere all' Area Riservata

RICHIEDE DI ATTIVARE LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE "COLPA GRAVE MEDICA"
con decorrenza dal al

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- (1) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'Assicurazione sono quelle riportate nelle Condizioni di Assicurazione "Mod. 446 23 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023" presenti all'interno del Set Informativo "Mod. 146 23 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023" che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima e/o contestualmente la compilazione del presente Modulo di Proposta;
- (2) La Polizza verrà stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia;**
- (3) L'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata "Claims Made". La garanzia vale per i Sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in Polizza;
- (4) Le Richieste di Risarcimento, come definite dalla presente Polizza, e come meglio specificato all'Art. 9.1.b, avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se già denunciate a precedenti Assicuratori, configurano fatti e circostanze note non coperte dalla presente Polizza;
- (5) Condizione imprescindibile per l'assumibilità del rischio da parte della Compagnia è che l'Assicurato prima della stipula della presente Polizza non abbia avuto a Suo carico sentenze di condanna di Colpa Grave.

Data

FIRMA

QUALIFICA:

- Dirigente Medico e Veterinario
- Medico Convenzionato e/o Contrattista
- Dirigente Sanitario Non Medico
- Dirigente Non Medico, Altre Specializzazioni
- Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale
- Medico Specialista in Formazione
- Componente del Comitato Etico
- Quadro Sanitario / Altro Personale Sanitario / Dirigente Infermieristico
- Restante Personale Non Sanitario
- Tirocinante

RETROATTIVITÀ:

- Dalle ore 24:00 del __/__/____ (Opzione Base) **ILLIMITATA**, sovra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile

GARANZIE:

- Sezione I – Responsabilità Civile per Colpa Grave Medica Sezione II – Condanna in Solido con l’Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di Appartenenza

DICHIARAZIONI DELL’ASSICURATO, DA RENDERE SOLO IN FASE DI PRIMA ATTIVAZIONE:

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile, l’Assicurato dichiara che:

1. Alla domanda: “Ha riportato, prima della stipulazione della presente polizza negli ultimi 5 (cinque) anni una condanna, in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni relativamente all’attività oggetto della presente assicurazione?” Ho risposto:

- NO SI
- SI, 1 condanna In sede: Civile Penale per lesioni colpose Penale per omicidio colposo
Importo del risarcimento: €
Data della Sentenza:
- SI, 2 condanne In sede: Civile Penale per lesioni colpose Penale per omicidio colposo
Importo del risarcimento: €
Data delle Sentenze:
- SI, 3 condanne In sede: Civile Penale per lesioni colpose Penale per omicidio colposo
Importo del risarcimento: €
Data delle Sentenze:

2. Note sui Sinistri:

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo “Mod. 146 23 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023” prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalle Condizioni di Assicurazione “Mod. 446 23 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023”;
- (C) Formulazione temporale dell’assicurazione “Claims Made”;
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data

FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Il **Contraente / Assicurato** ha il diritto di richiedere alla Compagnia le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Data

FIRMA

ALLEGATO "B" - FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA

SCHEDA DI POLIZZA

•••
POLIZZA N°

•••
**ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA
DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

L'ASSICURATO

COGNOME / NOME		N. TELEFONO	
DOMICILIO / SEDE LEGALE VIA, N. CIVICO		LOCALITÀ - COMUNE	PROV. C.A.P.
CODICE FISCALE	PARTITA IVA	DATA DI NASCITA	
IN QUALITÀ DI			
ENTE DI APPARTENENZA			

PERIODO DI ASSICURAZIONE

DATA DI DECORRENZA ore hh:mm del giorno gg/mm/aaaa	DATA DI SCADENZA ore hh:mm del giorno gg/mm/aaaa	TACTO RINNOVO (SI/NO) SI
---	---	-----------------------------

DICHIARA

di aver ricevuto copia della presente Polizza e di essere a conoscenza, aver preso visione delle condizioni contrattuali, normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza stessa stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima della stipula;

GARANZIE

SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del Premio, e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, **fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3** e come di seguito riportato, prestano l'assicurazione **nella forma "Claims Made" enuncata all'Articolo 1**, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave emessa dalla Corte dei Conti e passata in giudicato ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le Richieste di Risarcimento, come definite nel Glossario della Polizza, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti.

L'Assicurazione si intende estesa anche in occasioni di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati **con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000 (un milione)**.

Resta ferma l'esclusione dalla presente copertura dei danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria.

Massimale - SEZIONE I:

MASSIMALE PER SINISTRO E/O SINISTRO IN SERIE	MASSIMALE PER PERIODO DI ASSICURAZIONE
€	€

SEZIONE II - CONDANNA IN SOLIDO CON L'AZIENDA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI APPARTENENZA

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del Premio, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3 e come di seguito riportato indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il Sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente polizza, **solo qualora l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.**

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere agli Assicuratori tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o della Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge, che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'Assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Restano ferme le esclusioni di cui all'Art. 9 di Polizza.

Resta altresì esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia.

Massimale - SEZIONE II:

MASSIMALE PER SINISTRO E/O SINISTRO IN SERIE	MASSIMALE PER PERIODO DI ASSICURAZIONE
€	€

**Esclusioni valide per entrambe le Sezioni:
Vedi Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione**

SI NO **CLAUSOLA BROKER - Broker incaricato:**

PREMIO LORDO CORRISPOSTO (comprensivo delle Imposte di Legge pari al 22,25%)	FRAZIONAMENTO
€	UNICA SOLUZIONE

Retroattività:

Dalle ore 24:00 del __/__/____ (Opzione Base) ILLIMITATA

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, ciascuna delle parti dichiara qui di seguito:

- (a) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione nella forma "Claims Made" (Richieste di Risarcimento presentate), a copertura delle Richieste di Risarcimento:
- (i) presentate per la prima volta all'Assicurato, e
 - (ii) debitamente denunciate dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Validità della Polizza.
- (b) di aver letto e di aver specificatamente approvato quanto previsto dalla Polizza.

L'Assicurato dichiara quindi di aver ricevuto prima della stipula della copertura assicurativa, e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte, della Polizza Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia, del Set Informativo "Mod. 146 23 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 446 23 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023" e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Luogo, data

....., ___/___/_____

L'ASSICURATO

LA COMPAGNIA

A conferma di quanto sopra e ad ogni effetto di legge di cui agli artt. 1341 e 1342 C.C. l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente, e sottoscrive per specifica approvazione, le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- | | |
|-------------|--|
| Articolo 1 | Forma dell'assicurazione ("Claims Made") - Retroattività |
| Articolo 9 | Esclusioni (in particolare quelle relative all'assicurazione "Claims Made" - Art. 9.1) |
| Articolo 15 | Rinnovo o proroga dell'assicurazione - Rescindibilità annuale |
| Articolo 16 | Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.) |
| Articolo 17 | Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione) |
| Articolo 18 | Facoltà di recesso in caso di sinistro |
| Articolo 21 | Clausola Broker |
| Articolo 25 | Dichiarazioni dell'Assicurato |
| Articolo 27 | Modifica delle Condizioni Contrattuali |

La presente Scheda di Polizza viene emessa in tre esemplari, di 4 (quattro) pagine ciascuno, ad un solo effetto.

Luogo, data

....., ___/___/_____

L'ASSICURATO

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Il **Contraente / Assicurato** ha il diritto di richiedere alla Compagnia le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Luogo, data

....., ___/___/_____

L'ASSICURATO

POLIZZA ASSICURATIVA “CLAIMS MADE” (RICHIESTE DI RISARCIMENTO PRESENTATE)

VALIDA SOLO PER RICHIESTE DI RISARCIMENTO AVANZATE NEL CORSO DEL PERIODO
DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA

La presente Polizza è prestata nella forma “Claims Made”, ciò significa che la polizza copre le Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

GLOSSARIO

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Assicurato:	La persona fisica – indicata nella Scheda di Polizza – dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria indicata nella Scheda di Polizza a qualsiasi titolo nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicuratori (o “la Compagnia”):	Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia , Corso Italia, 13 - 20122 - Milano (MI).
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria:	Qualunque azienda di diritto pubblico che eroghi prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e mantenimento delle abilità acquisite, regolarmente autorizzata all'esercizio dell'attività.
Claims Made:	Formula di operatività dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa copre le Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.
Contraente:	Il soggetto che stipula il contratto e si obbliga al pagamento del Premio, anche se diverso dall'Assicurato.
Danno / Danni:	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali.
Intermediario:	L'intermediario di assicurazioni cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Massimale:	La somma massima, definita nell'Articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione che seguono, che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
Modulo di Proposta (MdP):	Modulo per mezzo del quale l'Assicurato manifesta la volontà di stipulare la Polizza e che costituisce parte integrante di essa.
Perdite Patrimoniali:	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Periodo di Assicurazione:	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza nonché, in caso di rinnovo, ciascun periodo compreso tra la data di decorrenza e la data

di scadenza stabilite nelle successive quietanze e/o nelle successive Schede di Polizza, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.

Premio: La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia per la copertura assicurativa prestata dalla Compagnia stessa.

Polizza: Il presente documento contrattuale che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di Assicurazione e che disciplina i rapporti tra Compagnia, Contraente e Assicurato.

Richiesta di Risarcimento: Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- (1) La comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibili all'Assicurato stesso e/o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni;
- (2) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, errore od omissione;
- (3) L'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'assicurazione;
- (4) La comunicazione formale, secondo i dettami della Legge, con la quale l'Azienda Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- (5) La comunicazione formale con la quale l'Azienda Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni, secondo quanto previsto dalla Legge, informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali col Danneggiato;
- (6) Il ricevimento da parte dell'Assicurato di un'istanza di conciliazione secondo quanto previsto dalla Legge;
- (7) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato da parte dell'Azienda Sanitaria e/o della Compagnia di Assicurazioni con l'imputazione di Colpa Grave nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e/o dal contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

Non è considerata comunicazione formale dell'Azienda Sanitaria di appartenenza la richiesta di una semplice relazione tecnico-sanitaria.

Scheda di Polizza (SdP): Il documento che comprova il contratto di assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, gli elementi che compongono il rischio assicurato e il Premio imponibile con le relative imposte governative;

Sentenza Passata in Giudicato: Il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché decorsi i termini o perché già esperite tutte le impugnazioni possibili;

Set Informativo: Il documento che la Compagnia o l'Intermediario a cui è affidata la gestione del presente Contratto è tenuta a consegnare al Contraente prima e/o all'atto della sottoscrizione del Contratto stesso, contenente il DIP Danni, il DIP Aggiuntivo Danni, le Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, il Facsimile del Modulo di Proposta ed il documento di Informativa Privacy;

Sinistro: L'evento in relazione al quale la richiesta di risarcimento, come sopra definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Articolo 1) FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa **attiva solo allorché la Richiesta di Risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di**

Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza.

Tuttavia, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovrappremio pari al 10% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza.

Articolo 2) PERIODO DI ASSICURAZIONE

La presente Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalle ore e dal giorno indicato nella Scheda di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati, 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 quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 13.

In caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa comprovata dalla Scheda di Polizza, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato, la Polizza si intende tacitamente rinnovata di un anno e così successivamente, fermo quanto riportato all'Art. 12.

Articolo 3) MASSIMALI DI GARANZIA

Il massimale per Sinistro o Sinistro in serie è quello previsto per Legge: tre volte il valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale, conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.

Resta inteso che in ogni caso il limite di risarcimento per Sinistro, Sinistro in Serie e per Periodo di Assicurazione non potrà superare, per ciascuna delle Sezioni I e II, quanto previsto rispettivamente nella Scheda di Polizza.

Articolo 4) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA (Garanzia Base)

Verso pagamento del Premio, e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3 e riportato nella Scheda di Polizza, prestano l'assicurazione nella forma "Claims Made" enunciata all'Articolo 1, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave emessa dalla Corte dei Conti e passata in giudicato ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le Richieste di Risarcimento, come definite nel Glossario, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti.

L'Assicurazione si intende estesa anche in occasioni di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria e al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000 (un milione).

Resta ferma l'esclusione dalla presente copertura dei danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria.

SEZIONE II - CONDANNA IN SOLIDO CON L'AZIENDA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI APPARTENENZA (Garanzia Opzionale)

Verso pagamento del premio convenuto, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3, indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il Sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente Polizza, solo qualora l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza non abbiano provveduto

al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere agli Assicuratori tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o della Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge, che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'Assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Restano ferme le esclusioni di cui all'Art. 9 di Polizza.

Resta altresì esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia.

È data facoltà all'Assicurato di acquistare anche singolarmente le garanzie previste dalle Sezioni I e II sopra descritte.

Articolo 5) SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale quale definito all'Articolo 3 e stabilito nella Scheda di Polizza, **ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo**, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato nel caso in cui le richieste di risarcimento, come definite nel Glossario, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati, e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Articolo 6) NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria.

Sono esclusi da questa nozione:

- Il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;**
- I prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.**

Articolo 7) LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, **esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano.**

Gli Assicuratori pertanto **non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano**, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Articolo 8) PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, **quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono**, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Proposta ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, a condizione che l'attività esercitata

dall'Assicurato sia svolta in conformità a quanto previsto dalla normativa Italiana ed Europea di volta in volta applicabili e previo ottenimento dei necessari titoli di studio, specializzazioni ed accreditamenti previsti da tali normative.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente o collaboratore di Aziende pubbliche e/o a partecipazione pubblica (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). È compresa altresì l'attività professionale "intramoenia" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Articolo 9) ESCLUSIONI

- 9.1** Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "Claims Made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono escluse:
- Richieste di Risarcimento come precedentemente definite, che pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo quanto previsto all'Articolo 11 - Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione;**
 - Sono considerati fatti noti e non coperti dalla presente polizza di Assicurazione tutte le Richieste di Risarcimento, come da definizioni della Polizza contenute nel Glossario, già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato;**
 - I sinistri relativi a fatti dannosi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza;**
- 9.2** Sono parimenti esclusi:
- I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;**
 - I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;**
 - Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;**
 - I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei Limiti Territoriali convenuti all'Articolo 7;**
 - Esclusivamente per gli interventi chirurgici i danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge;**
 - I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;**
 - I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;**
 - I danni derivanti da ingiuria o diffamazione;**
 - I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;**
 - Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per Legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare ("Punitive or Exemplary Damages");**
 - I danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;**
 - Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;**
 - I danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;**
 - Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale;**
 - I danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;**

- p. I danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q. I danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria, per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile di cui all'Art. 3 comma 5 lettera "e" del D. L. 13.8.2011 n. 138, convertito con modificazioni dalla Legge 14.9.2011 n. 148, all'Art. 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7.8.2012 n. 1.7 e all'Art. 3 comma 2 del D. L. 13.9.2012 n. 158 convertito, con modificazioni, dalla Legge 8.11.2012 n. 189;
- r. I danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività Professionale Sanitaria, ferma restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte; sono tuttavia compresi tali danni di natura patrimoniale, sempre ed esclusivamente in caso di condanna per Colpa Grave, solo per quelle professioni sanitarie che pur esercitando in via prioritaria l'attività medica, possono avere mansioni di carattere amministrativo e organizzativo quali ad esempio i primari ospedalieri direttori di struttura;
- s. Esclusione Sanzioni Internazionali. La garanzia prestata con la presente polizza, o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'Assicurato o il Contraente o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America, quali a titolo esemplificativo e non limitativo le Sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (U.K. Treasury) o dall'Ufficio per il Controllo dei Beni Stranieri (Office of Foreign Assets Control - "OFAC") del Ministero del Tesoro degli Stati Uniti (U.S. Treasury Department) o descritte nel Regolamento CE 27 Maggio 2002 modificato dal regolamento di esecuzione (UE) 4 Novembre 2013, N. 1091/2013;
- t. I sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo la tolleranza di 30 (trenta) giorni.

Articolo 10) RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con più persone che esercitano la professione sanitaria, gli Assicuratori rispondono, ferma restando l'esperibilità dell'azione di regresso, fino ad un massimo del doppio della quota di pertinenza dell'Assicurato stesso ed **entro il limite del massimale e non in eccedenza allo stesso.**

Articolo 11) ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

Nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, con le medesime modalità di sottoscrizione della presente Polizza e **previo il pagamento del sovra-premio nella misura del 300% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza**, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 (dieci) anni per eventuale azioni nei propri confronti riferite a fatti colposi verificatisi durante il periodo di validità della presente Polizza, compreso il periodo di Retroattività di cui all'Art. 1.

Nel caso di cessazione dell'attività professionale per morte dell'Assicurato è data facoltà agli eredi di acquistare alle stesse condizioni riservate all'Assicurato la garanzia ultrattiva decennale in nome e per conto dell'Assicurato stesso. La garanzia ultrattiva decennale, in caso di morte dell'Assicurato coprirà eventuali azioni promosse nei confronti degli eredi legittimi e testamentari, e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Nel caso in cui la copertura assicurativa ai sensi della Scheda di Polizza non venisse rinnovato per decisione degli Assicuratori in conseguenza di una denuncia dell'Assicurato ai sensi del successivo Art. 17, oppure in caso di recesso da parte dell'Assicuratore ai sensi del successivo Art. 18, con le medesime modalità di sottoscrizione della presente Polizza e **previo il pagamento del sovra-premio indicato al punto 7 della Scheda di Polizza**, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 (dieci) anni per eventuale azioni

nei propri confronti riferite a fatti colposi verificatisi durante il periodo di validità della presente Polizza, compreso il periodo di Retroattività di cui all'Art. 1.

Valgono le modalità previste dall'Art. 1 - Forma dell'Assicurazione ("Claims Made") - Retroattività.

Articolo 12) VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi un aggravamento del rischio per effetto di nuove leggi, regolamenti e/o altre norme, emanate nel corso della validità della copertura, che modifichino l'attuale regolamento in materia di attribuzione di Colpa Grave nel settore medico e paramedico (ivi inclusa l'emanazione dei Decreti Attuativi della Legge N. 24/2017), le parti concordano che **la Società avrà la facoltà di modificare la quantificazione del premio ovvero che ciascuna delle Parti avrà la facoltà di recedere dal Contratto mediante invio di raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata** con un preavviso di 30 (trenta) giorni dalla data della stessa.

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente Assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'Assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza annuale, **fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.**

Articolo 13) PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore e dal giorno indicato nella Scheda di Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro 15 (quindici) giorni da tale data, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del Premio.

Il Premio è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale. Se il Contraente non paga la prima rata di Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, fermo restando che ciò non comporta novazione contrattuale.

Se l'Assicurato non paga il Premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termine di mora) e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 14) ONERIFISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Articolo 15) RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Come anche ai sensi dell'Art. 2, in caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa comprovata dalla Scheda di Polizza, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato, la Polizza si intende tacitamente rinnovata di un anno e così successivamente, fermo quanto riportato all'Art. 12.

Articolo 16) COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'Art. 1910 C.C. l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro.

L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 17) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Con riferimento alle definizioni di polizza “Richiesta di Risarcimento” e “Sinistro” contenute nel Glossario, **è fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:**

- (1) Qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa;**
- (2) Qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione.**

La richiesta formale da parte dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza di relazione tecnico-sanitaria non costituisce obbligo di denuncia.

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario indicato nella Scheda di Polizza.

L'intermediario indicato nella Scheda di Polizza provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta a **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia.**

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

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

Si richiama il secondo comma dell'Articolo 16, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, **l'Assicurato non deve ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.**

Articolo 18) RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni.

Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 19) SURROGAZIONE

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili.

A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 20) FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dalla Compagnia che ha in gestione il contratto.

Articolo 21) CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione della Scheda di Polizza l'Assicurato conferisce all'Intermediario indicato nella stessa il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

È convenuto pertanto che:

- Ogni comunicazione fatta all'Intermediario sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- Ogni comunicazione fatta dall'Intermediario sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'Articolo 17 che resta invariato e confermato.

Ai sensi dell'Art. 65, comma 1, lettere a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 02 Agosto 2018, qualora la Compagnia abbia espressamente autorizzato in forma scritta l'Intermediario all'incasso dei premi dagli Assicurati e/o al pagamento delle somme dovute agli Assicurati o agli altri aventi diritto, il pagamento del Premio eseguito all'Intermediario stesso si considera effettuato direttamente alla Compagnia, ai sensi dell'Art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Articolo 22) NORME DI LEGGE

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o ad esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle parti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Articolo 23) MODALITÀ E DISCIPLINA DELL'ATTIVAZIONE DELLA POLIZZA

Per l'attivazione della presente Polizza è previsto che il Contraente provveda al versamento del premio dovuto, determinato come segue.

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo indicato nella Scheda di Polizza ed anche successivamente alla cessazione del rapporto di servizio alla sola condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio, nei termini dovuti.

L'Assicurato dovrà altresì compilare e sottoscrivere il Modulo di Proposta e corrispondere l'importo del premio dovuto.

In tale caso l'assicurazione decorrerà dalle ore e dal giorno di decorrenza come risultante dalla Scheda di Polizza e dall'apposita documentazione trasmessa alla Compagnia dall'Intermediario incaricato della gestione del contratto, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di registrazione.

La compilazione, sottoscrizione, l'invio del Modulo di Proposta ed il pagamento del relativo Premio comportano l'attivazione della copertura assicurativa prevista dal presente contratto, salvo quanto di seguito specificato.

L'Assicurazione è operante in conformità al relativo Periodo di Assicurazione, come disciplinato, nel caso in cui l'Assicurato in occasione dell'attivazione della Polizza **attesti, in sede di compilazione del Modulo di Proposta, quanto richiesto ai punti da (1) a (5) del Modulo di Proposta stesso.**

Nel caso in cui, invece, all'atto della compilazione dell'apposito Modulo di Proposta in occasione della prima attivazione della presente Polizza, l'Assicurato dichiara di essere a conoscenza di condanne, in sede civile o penale, con un massimo di 2 (due), la Compagnia concede la facoltà di attivare la presente Polizza **a fronte di un aumento del 10% sul premio annuo come definito all'Art. 24.**

La Compagnia si riserva la facoltà di non accettare la richiesta di sottoscrizione della presente Polizza, o di accettarla a condizioni speciali, che sono dalla stessa comunicata al Contraente nel termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla ricezione del Modulo di Proposta, nel caso in cui dallo stesso si rilevi un numero di condanne, in sede civile o penale, superiori a 2 (due).

In caso di mancata accettazione da parte della Compagnia, sarà data specifica comunicazione al Contraente, il quale avrà diritto alla restituzione del Premio.

In caso di accettazione da parte degli Assicuratori a condizioni differenti da quelle della presente Polizza, il Contraente ha a disposizione ulteriori 30 (trenta) giorni dalla ricezione dell'offerta degli Assicuratori entro i quali può manifestare il proprio assenso alle diverse condizioni proposte dagli Assicuratori attraverso il pagamento dell'eventuale sovrapprezzo, o il proprio diniego all'attivazione della copertura con annessa richiesta di restituzione del Premio. In caso di accettazione, l'Assicurazione decorre ai sensi dell'Art. 2.

Si precisa inoltre che, in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel Periodo di Assicurazione, l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente agli Assicuratori.

In occasione dell'eventuale rinnovo l'Assicurato dovrà dichiarare il nuovo status e pagare il relativo Premio.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Enti Sanitari diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'attivazione della copertura la mansione a più elevato rischio, e pagare il relativo premio.

Articolo 24) PREMIO

Il premio annuo pro-capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica professionale.

L'intermediario indicato nella Scheda di Polizza è autorizzato dalla Compagnia ad incassare per conto della Compagnia stessa i premi riferiti alla presente Polizza, anche tramite intermediari iscritti alla sezione B del R.U.I.; i relativi premi dovranno essere rimessi direttamente alla Compagnia entro il decimo giorno del mese successivo a quello al quale il rendiconto è riferito.

Articolo 25) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma della Scheda di Polizza l'Assicurato dichiara:

25.1 Di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione ed iscrizione agli albi e registri ove previsti dalla Legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto e/o professionale di Aziende Sanitarie pubbliche e/o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale; tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate ed in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate.

25.2 Di avere preso atto che in forza della Legge e del C.C.N.L. vigente ed in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con l'Azienda Sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione ivi inclusa la libera professione, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di Dolo e Colpa Grave.

25.3 Di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sull'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione, né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo, né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione.

Gli Assicuratori per quanto sopra, pur prendendo in carico il sinistro conformemente a quanto enunciato dalle Richieste di Risarcimento così come previsto nelle definizioni di Polizza contenute nel Glossario, potranno essere chiamati in causa solamente nei casi di imputazione di Colpa Grave sia dall'Azienda Sanitaria che dalla Compagnia di Assicurazione.

Nel caso in cui l'esercente la professione sanitaria non sia stato chiamato in giudizio o nella procedura stragiudiziale del danno, gli Assicuratori, per quanto previsto dalla Legge, copriranno l'azione di rivalsa esercitata dall'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria e/o dalla Compagnia di Assicurazioni solo dopo l'avvenuto pagamento del danno a terzi, ed entro un anno da tale pagamento.

25.4 Di avere ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte, prima dell'attivazione della copertura assicurativa, del Set Informativo contenente le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte.

Articolo 26) RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione, oppure la cessazione dell'assicurazione stessa (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile).

Articolo 27) MODIFICA DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

La Compagnia si riserva la facoltà di modificare le condizioni tariffarie e normative alla scadenza anniversaria del Contratto. Le variazioni delle condizioni tariffarie e normative verranno comunicate come "Proposta di modifica unilaterale del Contratto" (di seguito semplicemente "Proposta") al Contraente; la Proposta dovrà contenere almeno indicazione di quanto segue:

- i. il termine di decorrenza delle variazioni, che non potrà essere inferiore a 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione;
- ii. il diritto di recesso riconosciuto all'Assicurato senza spese o penali di alcun genere;
- iii. ogni ulteriore elemento richiesto dalle vigenti norme.

Il Contraente, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della Proposta, potrà recedere con effetto immediato con le modalità di cui all'Articolo 18, senza penalità, avendo diritto a vedere applicate, in sede di liquidazione del rapporto, le condizioni precedentemente praticate. Trascorso tale periodo, in mancanza di recesso, le modifiche si intendono accettate.

Quanto previsto dal presente Articolo 27 non trova applicazione in caso di modifiche imposte da norme di legge e/o da disposizioni di Autorità aventi natura imperativa, le quali, tra le altre cose, si applicheranno secondo i tempi e i modi previsti dalla disposizione normativa che le abbia introdotte, senza necessità di preavviso

La presente Polizza viene emessa in tre esemplari, di 20 (venti) pagine ciascuno, ad un solo effetto.



Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il **Contraente** dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel presente "Mod. 446 23 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023" e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa Scheda di Polizza;
- (B) Formulazione temporale dell'Assicurazione "Claims Made";
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Il Contraente dichiara inoltre di aver ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte della **Polizza Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, in particolare del "Mod. 146 23 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 446 23 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023", e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C. il **Contraente** dichiara di accettare specificatamente i contenuti degli Artt.:

- | | |
|-------------|--|
| Articolo 1 | Forma dell'assicurazione ("Claims Made") - Retroattività |
| Articolo 9 | Esclusioni (in particolare quelle relative all'assicurazione "Claims Made" - Art. 9.1) |
| Articolo 15 | Rinnovo o proroga dell'assicurazione - Rescindibilità annuale |
| Articolo 16 | Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.) |
| Articolo 17 | Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione) |

INFORMATIVA PRIVACY PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI, PER FINALITÀ ASSICURATIVE E LIQUIDATIVE

ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003, come novellato dal D. Lgs 101/2018 ("Codice Privacy")
Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023

Ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 (di seguito anche "GDPR") ed in relazione ai dati personali, anche di natura particolare, richiesti o acquisiti da Lei direttamente o da altri soggetti che formeranno oggetto di trattamento da parte del Titolare del trattamento - **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, Rappresentanza Generale per l'Italia (in seguito definita "**BHItalia**®"), con sede in Milano (20122), Corso Italia, 13 (di seguito denominata la "Società" o il "Titolare") - Vi informiamo di quanto segue.

1. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali sono raccolti al fine dell'emissione di polizze assicurative e/o della gestione di reclami e sinistri. Tutti i dati personali vengono trattati da **BHItalia**® nel rispetto della normativa GDPR. Sono riportate di seguito le principali tipologie ed alcuni esempi di dati personali che potranno essere soggetti al trattamento:

- dettagli individuali (nome, indirizzo, dati anagrafici o informazioni personali);
- dettagli identificativi (codice fiscale, passaporto, carta di identità);
- informazioni finanziarie (numero di conto corrente o altre informazioni finanziarie);
- informazioni personali utili alla valutazione dei rischi;
- informazioni di polizza;
- informazioni in materia creditizia e antifrode;
- storico sinistri;
- altri dati particolari (salute, etnia, orientamento politico o religioso, dati biometrici).

Il trattamento è finalizzato:

- all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza e controllo;
- alla istruzione ed alla liquidazione dei sinistri;
- alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- alla costituzione, all'esercizio o alla difesa di diritti dell'assicuratore;

Previo Suo espresso e libero consenso, riferito, se del caso, oltre che ai Suoi dati personali comuni, anche ai Suoi dati personali di natura particolare (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute contenuti nella documentazione medica e nelle perizie mediche), La preghiamo di sottoscrivere la relativa formula apposta in calce alla presente Informativa.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- I. I dati saranno trattati secondo modalità che prevedono l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente connesse alle finalità di cui al punto 1.
- II. I dati personali vengono trattati da persone autorizzate da **BHItalia®** (dipendenti, collaboratori e consulenti interni ed esterni), nominati Responsabili o Autorizzati del trattamento, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute solamente per le finalità assicurative di cui al punto 1. Lo stesso avviene presso i soggetti indicati nella presente informativa al punto 6. a cui i dati vengono/devono essere comunicati. I dati personali potranno essere comunicati e trasferiti a soggetti aventi la facoltà di accedere ai suddetti dati personali a seguito di disposizioni di Legge e di normativa secondaria, ovvero di disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge. I dati potranno essere trattati anche da società di servizi informatici o telematici o di archiviazione (operanti anche all'estero nell'ambito dell'Unione Europea o in paese terzi rispetto all'Unione Europea) incaricate altresì della manutenzione della rete aziendale e/o delle apparecchiature hardware e/o software in uso, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge anche con riguardo alle misure di sicurezza a protezione dei dati.
- III. Qualora decidesse di aderire al Servizio di Firma Elettronica Certificata per la sottoscrizione del contratto la informiamo che la stessa comporta il trattamento di dati personali identificativi del firmatario (per esempio, nome e cognome, numero di telefonia mobile, indirizzo di posta elettronica, etc.).
La normazione in materia è il regolamento europeo eIDAS che è stato recepito nell'ordinamento italiano nel Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) attraverso il Decreto Legislativo n. 179 (CAS 3.0) del 26 agosto 2016. Questo testo normativo stabilisce che la firma elettronica ha valore legale in Italia.
Per le finalità legate alla fornitura del Servizio di Firma Elettronica Certificata, il trattamento dei Suoi dati personali è necessario; qualora non volesse conferire i Suoi dati per dette finalità non sarà possibile fornirLe tale servizio. Il Titolare mette in ogni caso a disposizione dell'Interessato modalità alternative di sottoscrizione (ad es. sottoscrizione autografa di documenti cartacei).
Per le finalità sopra indicate e nei relativi limiti, i Suoi dati possono essere messi a disposizione mediante comunicazione ad altri soggetti qualora questo si renda necessario per la corretta gestione del rapporto in essere con Lei ovvero per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento.
I dati personali saranno anche trattati da società esterne autorizzate all'erogazione del servizio di Firma Elettronica Certificata sia in qualità di Titolari del Trattamento per alcune finalità che in qualità di responsabile del trattamento ex art. 28 GDPR per le finalità in capo al Titolare del Trattamento.

3. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario a perseguire la finalità per cui sono stati raccolti. In particolare, i dati personali sono conservati fino a quando c'è la possibilità che **BHItalia®** o gli interessati possano far valere un diritto previsto dalla polizza assicurativa, oppure laddove fosse imposto da disposizioni normative o da un'Autorità di Controllo.

4. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati personali (identificativi e/o particolari) è obbligatorio per l'adempimento di obblighi previsti dalla Legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò

legittimate dalla Legge o da Organi di Vigilanza, e necessario ai fini dello svolgimento delle finalità assicurative di cui al punto 1.

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali può comportare l'impossibilità, in tutto o in parte, di istruire e di liquidare il sinistro o di eseguire una delle altre finalità assicurative indicate al punto 1.

6. COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI

Nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi ed alle finalità indicate al punto 1, i Suoi dati personali potranno essere comunicati alla Sede Legale della Società (8 Fenchurch Place, EC3M 4AJ London, United Kingdom) ove necessario per finalità correlate a quelle del Titolare, a banche ed istituti di credito, e potranno o dovranno, a seconda dei casi, essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica operanti in Italia o all'estero come autonomi titolari costituenti la c.d. "catena assicurativa".

I dati personali potranno essere condivisi al di fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE), dove le leggi sulla privacy potrebbero differire da quelle vigenti in Europa. In tal caso, il trattamento dei dati personali avverrà sempre nel rispetto della protezione e tutela dei diritti dell'interessato previsti dalla normativa GDPR.

Il Titolare assicura che il trasferimento dei dati extra-UE viene realizzato in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si elencano i principali soggetti terzi cui potranno essere comunicati i dati: assicuratori eventualmente coinvolti nelle attività di liquidazione delle stesse pratiche di sinistro, coassicuratori e riassicuratori, intermediari, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione e organismi assicurativi (ANIA ed imprese di assicurazione ad essa associate); Ministero del Lavoro e dello Sviluppo Economico ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni; istituti di credito (limitatamente all'attività di pagamento di indennizzi o risarcimenti); periti, medici legali, avvocati, consulenti in genere; prestatori d'opera o società di servizi coinvolte nella erogazione dei servizi di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri (ad es. officine, società di assistenza, ospedali o cliniche; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali); organismi consortili, associazioni ed enti del settore assicurativo che operano secondo norme di legge nell'ambito della liquidazione dei sinistri, IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, società di servizi informatici, di archiviazione ed altri servizi di natura amministrativa e/o tecnico organizzativa; altre società del Gruppo **Berkshire Hathaway** presenti in paesi dell'Unione Europea ovvero in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La normativa GDPR prevede che l'interessato potrà esercitare i Suoi diritti al fine di:

- accedere ai dati personali, ottenendo informazioni sulla provenienza, sulle finalità e sulle modalità di trattamento dei suddetti;

- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano;
- ottenere informazioni sulla logica applicata in caso di trattamento effettuato tramite l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere informazioni relative ai soggetti a cui i dati personali sono stati comunicati;
- aggiornare e rettificare i dati personali;
- revocare il consenso, oppure ottenere la cancellazione dei dati personali, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi qualora vi fosse una violazione nel trattamento;
- richiedere la portabilità ad un altro soggetto;
- ottenere il diritto di limitazione del trattamento dei dati personali;
- opporsi al trattamento dei dati personali per legittimi motivi.

In qualsiasi momento, il soggetto interessato può esercitare nei confronti del Titolare e del Responsabile per la Protezione dei dati personali (DPO) i diritti previsti dalla normativa GDPR, inviando un'apposita richiesta per iscritto al seguente indirizzo e-mail:

dpo.bh@bh-italia.com

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento in ambito italiano è **BHItalia®**, con sede in Corso Italia 13, 20122 Milano (MI), Italia (PEC: bh-italia@legalmail.it).

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Generale



CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Codice Fiscale _____

preso atto dell'Informativa che **BHItalia®** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy **autorizza** il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Data _____ Firma _____