

## SET INFORMATIVO

*Mod. 156 24 Set Informativo RCG STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE - Ed. 31.10.2024*

### ***Strutture Sanitarie Private e Cliniche Private***

### **CONTRATTO DI ASSICURAZIONE** **PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE MEDICA, RESPONSABILITÀ DEL DATORE DI** **LAVORO, RESPONSABILITÀ CIVILE E COPERTURE ASSOCiate PER** **STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE**

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. 156 24 Set Informativo RCG STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE - Ed. 31.10.2024*

# Assicurazione per la Responsabilità Civile, Responsabilità Medica, Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità del Datore di Lavoro (RCO)

DIP - Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di Assicurazione Danni

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

Prodotto: "STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE"

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

## Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura, nella forma "*claims made*", la Responsabilità Civile, la Responsabilità Medica e la Responsabilità Civile verso Terzi (assicurazione RCT) e la Responsabilità del Datore di Lavoro (assicurazione RCO) per Strutture Sanitarie Private e Cliniche Private.



## Che cosa è assicurato?

- ✓ **Responsabilità Civile - Responsabilità Medica e Responsabilità Civile verso Terzi (Assicurazione RCT):** gli **Assicuratori** si impegnano a indennizzare l'**Assicurato** per qualsiasi somma di denaro che l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) per **Danni** causati involontariamente, o accidentalmente, a una qualsiasi **Terza Parte**, connessi alle attività specificate nel **Modulo di Proposta**.
- ✓ **Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO):** gli **Assicuratori** terranno indenne l'**Assicurato** per qualsiasi somma di denaro che l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) per **Danni** subiti da un qualsiasi **Dipendente** in seguito ad infortunio verificatosi mentre si trovava in servizio. Gli **Assicuratori** dovranno pertanto indennizzare l'**Assicurato** per tutte le somme che l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a pagare:
  - agli enti assicurativi obbligatori (INAIL, INPS o altri enti) per i loro diritti di rivalsa;
  - al richiedente, o agli eredi del richiedente, per il **Danno** o il maggiore danno (Danno Differenziale) come previsto dal Codice Civile Italiano.



## Che cosa non è assicurato?

- ✗ Relativamente alla garanzia RCO, qualsiasi malattia correlata all'Amianto.
- ✗ Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** già nota all'**Assicurato** alla data di effetto di questa **Polizza**, anche nel caso in cui non sia stata mai notificata agli assicuratori precedenti.
- ✗ Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** notificata agli **Assicuratori** dopo il **Periodo di Validità della Polizza** (o dopo i 30 giorni di tolleranza).
- ✗ Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** emergente da fatti o circostanze noti all'**Assicurato** prima della **Data di Continuità** in base a quanto previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- ✗ Qualsiasi negligenza nella riparazione di edifici o di terreni, oppure assenza di ragionevole manutenzione di edifici o di terreni.
- ✗ Qualsiasi rischio che ricada nell'ambito delle assicurazioni obbligatorie per i veicoli a motore, come previsto dal Decreto Legislativo N° 209 del 7.9.2005, e successive modificazioni, integrazioni o regolamenti attuativi;
- ✗ Qualsiasi macchinario, bene o prodotto realizzato, lavorato, imballato, distribuito o venduto dall'**Assicurato**, dopo la sua consegna a una **Terza Parte**.

- ✗ Mancato funzionamento, di computers, sistemi computerizzati, programmi o applicazioni nel corretto riconoscimento di date di calendario.
- ✗ **Danni** punitivi o esemplari, penalità, multe e qualsiasi altra sanzione inflitta all'**Assicurato**.
- ✗ Uso, da parte del **Contraente**, o presenza nei locali del **Contraente**, di amianto, silice o muffe tossiche.
- ✗ Eventi, errori o omissioni verificatisi prima della data di **Retroattività** specificata nella **Scheda di Polizza**.
- ✗ Qualsiasi perdita o danno causato da, o al quale abbia materialmente contribuito, l'adozione di un medicinale, farmaco, prodotto parafarmaceutico e/o protesi evidentemente difettoso/a, prescritto o fornito dall'assicurato.
- ✗ Sperimentazioni cliniche.
- ✗ Guerra (dichiarata o meno), invasioni, atti ostili di nemici, ostilità o qualsiasi altro atto simile, situazione od operazione bellica, azione bellica di forze armate regolari o irregolari o di altre autorità, volte a impedire o a difendersi da un attacco reale o previsto;
- ✗ Insurrezioni, ribellioni, rivoluzioni, rivolte, tentativi di colpo di stato, sollevamenti popolari o qualsiasi azione intrapresa da una qualsiasi autorità governativa o militare per impedire o contrastare una di queste situazioni;
- ✗ Rilascio, esplosione o utilizzo di armi di distruzione di massa, che prevedano o meno la fissione o la fusione nucleare o la presenza di agenti chimici, biologici, radioattivi o simili, da parte di chiunque, in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione;
- ✗ Azioni terroristiche (indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che abbia contribuito in concorrenza, o in sequenza, alla responsabilità) o qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o sopprimere l'azione terroristica;
- ✗ Influenza suina, influenza aviaria e/o varianti significative di entrambi i ceppi.
- ✗ Encefalopatia spongiforme trasmissibile (TSE), compresi, ma non limitatamente ad esse, l'encefalopatia spongiforme bovina, la malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o qualsiasi variante di tali patologie.
- ✗ Stafilococco aureo resistente alla meticillina (MRSA) e sue varianti.
- ✗ Sanzioni internazionali 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.



## Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura assicurativa è soggetta a **Limiti e Sottolimiti di Indennizzo**, nonché alla ritenzione S.I.R. - Self Insured Retention, come specificato nella **Scheda di Polizza**.
- ! In caso di responsabilità solidale dell'**Assicurato**, la **Compagnia** risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.



## Dove vale la copertura?

- ✓ Per quanto riguarda la Responsabilità Civile Medica e Responsabilità Civile verso Terzi (Assicurazione RCT) l'assicurazione coprirà i **Danni** che si verifichino in Italia soggetti a **Richieste di Risarcimento** avanzate in qualsiasi Paese del mondo, con esclusione di Stati Uniti d'America, Canada o Messico.
- ✓ Per quanto riguarda la Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO), l'assicurazione coprirà i **Danni** che si verifichino in qualsiasi Paese del mondo, ma solo per le **Richieste di Risarcimento** assoggettate alla giurisdizione Italiana.



## Che obblighi ho?

- Dichiare, prima della data di effetto della **Polizza**, qualsiasi fatto o circostanza che potrebbe dare origine ad una **Richiesta di Risarcimento** liquidabile in base alla **Polizza** stessa.
- Denunciare ed inviare ogni **Richiesta di Risarcimento** alla **Compagnia**, non oltre 30 (trenta) giorni da quando si è venuti a conoscenza del fatto.
- Fornire tempestivamente agli **Assicuatori**, tutti i dettagli relativi a ogni **Richiesta di Risarcimento**.
- Fornire tempestivamente agli **Assicuatori**, la collaborazione e l'assistenza che verrà ragionevolmente richiesta.
- Conservare nella sua completezza tutta la documentazione relativa a ogni **Richiesta di Risarcimento**, garantendo che non venga in alcun modo distrutta, o altrimenti eliminata, o trasmessa a **Terze Parti**.
- Garantire e mantenere la prova che:
  - tutti gli esercenti la professione sanitaria che abbiano agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente abbiano stipulato una specifica polizza assicurativa ai sensi della Legge n. 24/2017.
  - tutti i passi ragionevoli per garantire i diritti e le azioni di surroga degli **Assicuatori** siano stati intrapresi e collaborando con gli **Assicuatori** fornendo loro tutta l'assistenza ragionevole nel corso dell'azione di recupero;
  - tutto il personale medico incaricato da e/o che agisce in nome o per conto dell'**Assicurato** sia in possesso dell'autorizzazione all'esercizio della professione medica prevista dal Ministero della Salute o da altri enti autorizzati al rilascio e alla registrazione dell'autorizzazione all'esercizio della professione. Pagare il premio agli **Assicuatori** secondo le rate, gli importi e le relative date di scadenza indicate nella **Scheda di Polizza**.
- Informare gli **Assicuatori** dell'esistenza di un'altra assicurazione solo nel caso di una **Richiesta di Risarcimento**.
- Comunicare per iscritto, e non appena possibile, agli **Assicuatori** ogni situazione che comporti un aumento del rischio.
- Pagare il premio agli **Assicuatori** secondo le rate, gli importi e le relative date di scadenza indicate nella **Scheda di Polizza**.
- Nel caso in cui venga pattuito che il premio sia soggetto a regolazione sulla base di elementi variabili, entro i 90 (novanta) giorni successivi alla scadenza di ogni Periodo assicurativo, dichiarare alla **Compagnia** l'importo totale di tali elementi variabili registrati.



## Quanto e come devo pagare?

- Il premio pattuito dovrà essere pagato agli **Assicuatori** tramite l'Intermediario secondo le rate, gli importi e le relative date di scadenza indicate sulla **Scheda di Polizza**. Qualsiasi altro premio successivo dovrà essere pagato entro 15 (quindici) giorni dalla rispettiva data di scadenza.
- Il premio per ogni periodo assicurativo dovrà essere sempre versato per intero, anche quando è stato accordato un piano di pagamento dilazionato, ed anche quando vi è un accordo di versamento di un premio di deposito all'effetto della **Polizza**, con successiva regolazione alla data di scadenza.
- L'eventuale premio di regolazione dovrà essere pagato agli **Assicuatori** al ricevimento dell'atto di regolazione premio.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura entra in vigore e termina alle date rispettivamente indicate nella **Scheda di Polizza** (corrispondenti al **Periodo di Validità** della **Polizza**). A questo contratto non si applica il tacito rinnovo previsto dall'Art. 1899 del Codice Civile.



## Come posso disdire la polizza?

- Se la **Polizza** ha durata pluriennale, ciascuna delle parti potrà recedere da questo contratto alla data di scadenza di ogni Periodo assicurativo annuale, dandone comunicazione scritta all'altra parte con preavviso di 30 (trenta) giorni.
- L'**Assicuratore** può recedere dal contratto prima della scadenza solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

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

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

**Prodotto: "STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE"**

**Data di realizzazione: 31/10/2024, 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 Legale 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](http://www.bh-italia.com), indirizzo di posta elettronica: [direzione@bh-italia.com](mailto:direzione@bh-italia.com) (Posta Elettronica Certificata: [bh-italia@legalmail.it](mailto: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](http://www.bankofengland.co.uk/PRA/Pages/default.aspx)) della Financial Conduct Authority ([www.fca.org.uk](http://www.fca.org.uk)) e dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)).

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2023) di **BHItalia®** è di 82,63 milioni di Euro.

L'importo del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) di **BHItalia®** è di 35,96 milioni di Euro, l'importo del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è di 8,99 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 81,03 milioni 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 225,3%.

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2023) di Berkshire Hathaway International Insurance Limited è di 540,17 milioni di Euro, formato da un capitale sociale di 392,27 milioni di Euro e da riserve patrimoniali di 147,90 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\$ 1,10381 (tasso di cambio al 31 Dicembre 2023).

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è di 125,28 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è di 31,32 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 592,31 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 472,8%.

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](http://www.berkshirehathaway.com)

[www.nationalindemnity.com](http://www.nationalindemnity.com)

Al contratto si applica la legge italiana



## Che cosa è assicurato?

### Ad Integrazione di quanto già riportato nel DIP base:

#### ✓ **Dolo e Colpa Grave**

L'assicurazione coprirà anche la responsabilità dell'Assicurato per i Danni causati da Dolo e Colpa Grave perpetrati nel corso dell'attività del Contraente da una qualsiasi persona per la quale il Contraente è considerata legalmente responsabile in caso di dolo, con inclusione di tutti i Dipendenti e fatto salvo il diritto di rivalsa della Compagnia nei confronti dei soggetti responsabili.

#### ✓ **Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO)**

L'Assicurazione RCO:

- si estende anche alla copertura delle Malattie Professionali che si manifestano per la prima volta nel corso del **Periodo di Validità della Polizza** e causate da un comportamento colposo dell'**Assicurato** verificatosi nel corso del **Periodo di Validità della Polizza**.
- sarà valida a condizione che l'**Assicurato** sia in regola con gli obblighi di legge relativi all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni professionali. In deroga a quanto sopra, l'Assicurazione RCO sarà valida se un'irregolarità viene commessa in buona fede e sia stata generata da un errore, da una dimenticanza o da un'omissione di dichiarazione di attività occasionale o da un'interpretazione errata, o erronea, delle regole applicabili.

Gli **Assicuratori** saranno anche responsabili in caso di responsabilità personale dei **Dipendenti** che sovrintendono all'osservanza dei regolamenti previsti dal Decreto Legislativo n. 626 del 19 settembre 1994, relativo alla sicurezza e alla salute sul luogo di lavoro all'interno dei locali del **Contraente**.

#### ✓ **Inquinamento accidentale**

La copertura prestata da questa assicurazione si estende alla copertura dei **Danni** generati da **Inquinamento Ambientale** connessi alle attività descritte nel **Modulo di Proposta**, sempre che siano stati causati esclusivamente da un evento improvviso, inatteso e accidentale. Gli **Assicuratori** indennizzeranno anche l'**Assicurato**, fino a un importo non superiore al 10% del sottolimite indicato nella **Scheda di Polizza**, per tutti i costi sostenuti, previo consenso scritto e valido, per neutralizzare, o ridurre, le conseguenze dell'evento verificatosi. Questo sottolimite comprenderà anche le spese sostenute dall'**Assicurato**.

#### ✓ **Sviluppo di Incendi**

**Danno** causato direttamente da fuoco o da esplosione originato in un qualsiasi locale nel quale si svolgono le attività indicate nel **Modulo di Proposta**, o da un qualsiasi oggetto utilizzato dall'Assicurato per svolgere tali attività, che coinvolga qualsiasi bene mobile o immobile appartenente a una qualsiasi **Terza Parte**.

#### ✓ **Beni in Deposito**

**Danno** sofferto dai pazienti e dagli ospiti, causato dalla sottrazione, perdita, scomparsa o deterioramento di un **Bene Materiale** sia esso stato consegnato o meno, in base a quanto previsto dagli Artt. da 1783 a 1786 del Codice Civile.

#### ✓ **Interruzione dell'Attività di Terze Parti.**

**Danno** causato dall'interruzione parziale o totale di attività o servizi industriali, commerciali, artigianali, agricole.

#### ✓ **Postuma Decennale per Cessazione di Attività in favore degli Esercenti la Professione Sanitaria.**

In favore degli esercenti la professione sanitaria in garanzia ai sensi della presente **Polizza** per la propria Responsabilità Civile Personale, ai sensi della definizione di **Assicurato**, in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa in costanza della presente polizza, la **Compagnia** concederà un periodo di ultrattivitÀ (estendibile agli eredi) della copertura per le **Richieste di risarcimento** presentate per la prima volta entro i 10 (dieci) anni successivi alla data di cessazione dell'attività e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattività della copertura.

#### ✓ **Raccolta, Distribuzione e Utilizzo di Sangue o di Prodotti Ematici** - o loro derivati pronti per l'uso - anche se a rischio di infezione HIV, a condizione che l'**Assicurato** abbia eseguito tutte le analisi preventive sul sangue, così come previsto dalle leggi e dalle circolari ministeriali pertinenti e in vigore al momento dell'evento. Questa assicurazione non comprende la copertura delle responsabilità dei produttori o fornitori di tali prodotti ematici.

### **Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?**

#### **OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO**

<b>Retroattività Illimitata</b>	Il presente contratto prevede un periodo di retroattività illimitato con l'applicazione di un sovra premio.
---------------------------------	---



## Che cosa non è assicurato?

<b>Rischi esclusi</b>	<p>Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alle esclusioni di polizza:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✖ Frode o furto, <u>per entrambi salvo quanto previsto per i Beni in Deposito</u>, e qualsiasi atto deliberato o intenzionale (sia esso fisico o psicologico) quando l'<b>Assicurato</b>, o qualsiasi altra persona, azienda o entità direttamente incaricata da e operante in nome o per conto dell'<b>Assicurato</b>, intenda infliggere lesioni, sofferenze, offese, danni od ottenere benefici finanziari illeciti, <u>con eccezione delle responsabilità derivate, attribuibili al Contraente ed emergenti da tale atto deliberato o intenzionale</u>.</li><li>✖ Proprietà, possesso o utilizzo di aeromobili, natanti, hovercraft, veicoli a motore, rimorchi o altri sistemi di trasporto, <u>con esclusione di quelli previsti dalla copertura Responsabilità per Committenza Veicoli a Motore</u>.</li><li>✖ Rapporti di impiego con <b>Dipendenti</b> e assistenti, o discriminazioni di qualsiasi tipo nei confronti della persona, molestie sessuali e/o condotta non appropriata e condizioni simili, <u>a meno che tale Richiesta di Risarcimento sia esclusivamente correlata a lesioni fisiche</u> (ma con esclusione della parte di Richiesta di Risarcimento connessa a stress emotivo, angoscia mentale e/o stress mentale, <u>a meno che le leggi non prevedano espressamente l'obbligatorietà di assicurare questa parte della Richiesta di Risarcimento</u>).</li><li>✖ Qualsiasi <b>Richiesta di Risarcimento</b> relativa ad effetti nocivi o tossici sull'organismo conseguenti al rilascio di materiale metallico nelle protesi dell'anca realizzate con tecnologia "metal on metal" ed a qualsiasi conseguenza riconducibile a tale rischi come - a titolo esemplificativo e non esaustivo - i danni sofferti per eventuali sostituzioni di dette protesi e conseguenti reimpianti; <u>la presente esclusione non opera per gli eventuali danni non riconducibili alla tipologia sopra indicata e riconducibili, in tutto o in parte, alla responsabilità del Contraente / dell'Assicurato e direttamente imputabili alla prestazione dallo stesso erogata</u>.</li><li>✖ Proprietà, possesso o utilizzo di aeromobili, natanti, hovercraft, veicoli a motore, rimorchi o altri sistemi di trasporto, <u>con esclusione di quelli previsti dalla copertura Responsabilità per Committenza Veicoli a Motore</u>.</li><li>✖ Una qualsiasi delle condizioni seguenti:<ul style="list-style-type: none"><li>- radioattività, trasformazione o trasmutazione di atomi, siano esse naturali o artificiali (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, acceleratori ecc.) <u>diverse da quelle previste dalla copertura Sorgenti Radioattive</u>;</li><li>- possesso o utilizzo di sostanze esplosive, <u>a meno che tale uso sia necessario al Contraente per l'esecuzione dei lavori commissionati</u>.</li></ul></li></ul>
-----------------------	---



## Ci sono limiti di copertura?

	<p>Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente ai limiti di copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>! Gli <b>Assicuatori</b> non saranno responsabili dei costi sostenuti dal <b>Contraente</b>, o dall'<b>Assicurato</b> per l'assistenza di legali ed esperti non nominati dagli <b>Assicuatori</b>.</li><li>! Limiti globali indicati in <b>Polizza</b> della responsabilità totale degli <b>Assicuatori</b>, che non potranno mai superare, in qualsiasi circostanza e per qualsiasi ragione, l'importo indicato nella <b>Scheda di Polizza</b>, indipendentemente dal numero di <b>Richieste di Risarcimento</b> e/o dal numero di Articoli applicabili e/o dal numero di <b>Assicurati</b> e/o dal numero di richiedenti.</li><li>! <b>Limiti Temporali di questa Assicurazione</b> ["Claims Made" (Richieste di Risarcimento Presentate)] e <b>Retroattività</b>.</li><li>! <b>S.I.R. - Self Insured Retention:</b> Importo che il <b>Contraente / l'Assicurato</b> tiene a proprio carico per ciascun sinistro, e che non interessa in alcun modo la garanzia assicurativa, <u>intendendosi quale fascia di rischio non assicurata</u>. La copertura assicurativa garantita da questa <b>Polizza</b> è soggetta alla condizione che una parte del rischio venga assunto dal <b>Contraente</b> sotto forma di <b>S.I.R. - Self Insured Retention</b> per ogni e ciascuna <b>Richiesta di Risarcimento</b>, con gli importi indicati nella <b>Scheda di Polizza</b>.</li><li>! <b>Recupero e Rivalsa:</b> Nei confronti dei <b>Dipendenti</b> e dei medici rientranti nella definizione di <b>Assicurato</b>, è fatto salvo il <b>diritto di rivalsa della Compagnia</b> e quello di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, comma 1, C.C. solo per fatti da loro cagionati con dolo o colpa grave.</li></ul>
--	--



## A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo si rivolge a Strutture Sanitarie e Sociosanitarie Private e Cliniche Private.



## Quali costi devo sostenere?

Il Premio Annuale a carico del Contraente è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari che sono pari in media al 10% 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><b>Ufficio Reclami</b>  <b>Berkshire Hathaway International Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia</b>  Corso Italia 13, 20122 - Milano MI  Fax: +39 02 49524987  E-mail: <a href="mailto:reclami@bh-italia.com">reclami@bh-italia.com</a></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: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a></p> <p>In alternativa, i reclami possono essere presentati all'Autorità di Vigilanza del Regno Unito, <b>Financial Conduct Authority (FCA)</b>, 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, ovvero all'Autorità preposta <b>Financial Ombudsman Service (FOS)</b>, 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 <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (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.



## REGIME FISCALE

Al contratto si applica la legge italiana.

**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

# STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE

Mod. 456 24 Condizioni di Assicurazione RCG STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE - Ed. 31.10.2024

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE MEDICA, RESPONSABILITÀ DEL DATORE DI LAVORO, RESPONSABILITÀ CIVILE E COPERTURE ASSOCIATE PER STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE

stipulata fra il **Contraente** indicato al punto 1 della **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 precise per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

- **RESPONSABILITÀ CIVILE - RESPONSABILITÀ MEDICA E RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (ASSICURAZIONE RCT)**
- **RESPONSABILITÀ DEL DATORE DI LAVORO (ASSICURAZIONE RCO)**

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

### AVVERTENZA:

*Il Contraente si assume l'impegno di consegnare la documentazione contrattuale al singolo Assicurato*

## INDICE

<b>FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA .....</b>	<b>4</b>
<b>NOTE IMPORTANTI PER L'ASSICURATO .....</b>	<b>8</b>
<b>GLOSSARIO .....</b>	<b>8</b>
<b>ARTICOLI 1.1 - 1.4 - ARTICOLI E COPERTURE AGGIUNTIVE .....</b>	<b>11</b>
1.1 Responsabilità Civile - Responsabilità Medica e Responsabilità Civile verso Terzi (Assicurazione RCT).....	11
1.2 Dolo e Colpa Grave.....	11
1.3 Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO).....	11
1.4 Inquinamento Accidentale.....	12
<b>ARTICOLO 1.5 - ALTRE ATTIVITÀ CHE RIENTRANO NELLA COPERTURA PRESTATA DA QUESTA POLIZZA .....</b>	<b>12</b>
1.5 Altri Elementi della Copertura.....	12
1.5.1 Edifici e Terreni.....	12
1.5.2 Sorgenti Radioattive .....	12
1.5.3 Conferimento dei Rifiuti.....	12
1.5.4 Atti di Pazienti o di Minori .....	12
1.5.5 Tabelloni e Segnali .....	12
1.5.6 Fornitura di Prodotti Medici .....	12
1.5.7 Attività di Laboratorio .....	12
1.5.8 Uso di Apparecchiature .....	12
1.5.9 Servizi Medici .....	12
<b>ARTICOLI 1.6 - 1.8 - ATTIVITÀ ACCESSORIE CHE RIENTRANO NELLA COPERTURA PRESTATA DA QUESTA POLIZZA .....</b>	<b>12</b>
1.6 Assicurazioni Accessorie .....	13
1.6.1 Sviluppo di Incendi.....	13
1.6.2 Beni in Deposito .....	13
1.6.3 Interruzione dell'Attività di Terze Parti.....	13
1.6.4 Raccolta, Distribuzione e Utilizzo di Sangue o di Prodotti Ematici .....	13
1.6.5 Terapie Speciali.....	13
1.6.6 Conduzione di Mense Interne .....	13
1.6.7 Partecipazione a Mercati, Esposizioni e Fiere .....	13
1.6.8 Gestione delle Attività di Manutenzione e di Pulizia - Proprietà Circostanti.....	13
1.6.9 Responsabilità in qualità di Committente .....	13
1.7 Clausola di Cooperazione e Spese Legali .....	13
1.8 Responsabilità per Committenza Veicoli a Motore.....	14
<b>ARTICOLI 2.1 - 2.21 - ESCLUSIONI.....</b>	<b>14</b>
<b>ARTICOLI 3.1 - 3.3 - CONDIZIONI IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO.....</b>	<b>16</b>
3.1 Denuncia in caso di Richiesta di Risarcimento .....	16
3.2 Clausola di Cooperazione .....	17

3.3 Nessuna Ammissione di Responsabilità.....	17
<b>ARTICOLI 4.1 - 4.11 - CONDIZIONI RELATIVE ALLA PORTATA DI QUESTA ASSICURAZIONE.....</b>	<b>17</b>
4.1 Durata Contrattuale - Diritto di Recesso ad ogni Data di Scadenza.....	17
4.2 Limitazione Territoriale e Limiti Temporali di questa Assicurazione [“Claims Made” (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività.....	17
4.2.1 Limitazione Territoriale .....	17
4.2.2 Limiti Temporali di questa Assicurazione [“Claims Made” (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività .....	17
4.2.3 Postuma Decennale per Cessazione di Attività in favore degli Esercenti la Professione Sanitaria .....	17
4.3 Clausola MDO .....	18
4.4 Altra Assicurazione.....	18
4.4.1 Assicurazione Sottoscritta dal Contraente .....	18
4.4.2 Assicurazione Sottoscritta dall'Assicurato.....	18
4.4.3 Obbligo di Trasmettere le Richieste di Risarcimento a tutti gli Assicuratori Coinvolti.....	18
4.5 Ragionevoli Precauzioni .....	18
4.6 Clausola sugli Strumenti .....	18
4.7 Recupero e Rivalsa .....	18
4.8 Rinuncia alla Surroga .....	19
4.9 Diritti di Recesso .....	19
4.10 S.I.R. - Self Insured Retention per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento .....	19
4.11 Variazione del Rischio .....	20
<b>ARTICOLI 5.1 - 5.10 - ALTRE CONDIZIONI.....</b>	<b>20</b>
5.1 Data di Effetto - Pagamento del Premio.....	20
5.2 Regolazione del Premio .....	20
5.3 Tasse e Imposte.....	20
5.4 Modifiche Contrattuali .....	20
5.5 Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio .....	20
5.6 Clausola Intermediario - Comunicazioni agli Assicuratori.....	21
5.7 Giurisdizione (e Competenza Locale).....	21
5.8 Legislazione Applicabile.....	21
5.9 Responsabilità Disgiunta.....	21
5.10 Reclami .....	21
5.11 Facoltà di Revisione/Recesso in seguito a Cambiamenti Normativi.....	21
<b>FACSIMILE MODULO DI PROPOSTA.....</b>	<b>23</b>

## FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA

POLIZZA N° 20...RCG000...-.....

CONTRAENTE:

Codice Fiscale o Partita IVA:

1. Contraente: Altre persone giuridiche assicurate:

**Codice Fiscale o Partita IVA:**

**Periodo di Validità della Polizza:**

2. Effetto: Dalle ore 00:01 del  
3. Scadenza: Alle ore 00:01 del

**Data di Continuità:**

2.1 Ore 00:01 del

4. **Data Retroattività:** Ore 00:01 del

5. **Limite dell'Indennizzo per Risarcimento  
(Responsabilità Civile e Responsabilità del  
Datore di Lavoro):** EUR

6. **Limite Aggregato dell'Indennizzo:** EUR

7. **Sottolimite dell'Indennizzo  
(Dolo e ColpaGrave):** EUR

8. **Sottolimite dell'Indennizzo  
(Responsabilità del Datore di Lavoro):** EUR

9. **Raccolta, Distribuzione e  
Uso di Sangue:** EUR

10. **Sottolimite  
Inquinamento Accidentale:** EUR

11. **Sottolimite per Sviluppo di Incendi:** EUR

12. **Sottolimite Articoli Depositati:** EUR

13. **Sottolimite Interruzione Attività di  
Terze Parti:** EUR

14. **Sottolimite Altre Coperture Accessorie:** EUR

15. **S.I.R. - Self Insured Retention  
per ogni e ciascuna Richiesta di  
Risarcimento:** EUR

- 16. S.I.R. - Self Insured Retention Aggregata**  
Annuale, operante sugli importi dei  
sinistri al netto della S.I.R. - Self Insured  
Retention per ogni e ciascuna Richiesta di  
Risarcimento di cui al precedente punto  
15: EUR
- 17. S.I.R. - Self Insured Retention Speciale:** EUR
- 18. Clausola MDO:** EUR
- 19. Premio Annuo Imponibile:** EUR (100%) a cui vanno aggiunte le imposte di Legge, pari ad EUR.  
 Le rate di premio devono essere pagate entro i seguenti termini:  
 • 30 giorni dalla data di scadenza della prima rata, e  
 • 15 giorni dalla data di scadenza della seconda rata,  
 con i seguenti importi:
- | Data di scadenza rata | Premio Imponibile (EUR) | Imposte (22,25%) (EUR) | Premio Totale (EUR) |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|
|                       |                         |                        |                     |
|                       |                         |                        |                     |
|                       |                         |                        |                     |
- Fermo l'importo del premio minimo imponibile per il periodo, il premio è regolabile alla scadenza al tasso annuo del \_\_\_ per mille imponibile, da calcolarsi pro-rata per il periodo, a cui vanno aggiunte le imposte di Legge, sul Fatturato annuo a consuntivo 20\_\_.
- 20. Informazioni relative a Fatturato/Retribuzioni:** EUR Fatturato a preventivo o consuntivo 20\_\_
- 21. Intermediario (Broker):**
- 22. Intermediario (Agente):**
- 23. Data Modulo di Proposta:** .../.../.....
- 24. Informativa Precontrattuale e Condizioni di Assicurazione:** Mod. 156 24 Set Informativo RCG STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE - Ed. 31.10. 2024.  
 Mod. 456 24 Condizioni di Assicurazione RCG STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE - Ed. 31.10.2024
- 25. Allegati / Atti di Variazione:** --

Milano, ... / ... / .....

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA

Per quanto previsto dagli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il **Contraente** dichiara qui:

- (a) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione "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**.

Il **Contraente** anche per conto delle altre persone assicurate, così come definite nel Punto 12 del Glossario, dichiara 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. 156 24 Set Informativo RCG STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE - Ed. 31.10.2024", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 456 24 Condizioni di Assicurazione RCG STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE - Ed. 31.10.2024", dei relativi Allegati ed Atti di Variazione indicati nella **Scheda di Polizza**, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

A conferma di quanto sopra, e ad ogni effetto di legge di cui agli artt.1341 e 1342 c.c. il **Contraente** sottoscrive per specifica approvazione le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 456 24 Condizioni di Assicurazione RCG STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE - Ed. 31.10.2024":

#### Glossario

12 - Limiti e Sottolimiti dell'Indennizzo

#### Articoli e Coperture Aggiuntive

Art. 1.3 - Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO)

#### Esclusioni

Artt. da 2.1 a 2.21 compresi

#### Condizioni in Caso di Richiesta di Risarcimento

Art. 3.1 - Denuncia in Caso di Richiesta di Risarcimento

Art. 3.2 - Clausola di Cooperazione

Art. 3.3 - Nessuna Ammissione di Responsabilità

#### Condizioni Relative alla Portata di Questa Assicurazione

Art. 4.1 - Durata Contrattuale - Diritto di Recesso ad Ogni Data di Scadenza

Art. 4.2.1 - Limitazione Territoriale

Art. 4.2.2 - Limiti Temporali di Questa Assicurazione ["Claims Made" (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività

Art. 4.3 - Clausola MDO

Art. 4.4 - Altra Assicurazione (Artt. da 4.4.1 a 4.4.3 compresi)

Art. 4.7 - Recupero e Rivalsa

Art. 4.10 - S.I.R. - Self Insured Retention per Ogni e Ciascuna Richiesta di Risarcimento (Artt. da 4.10.1 a 4.10.4 compresi)

Art. 4.11 - Variazione del Rischio

#### Altre Condizioni

Art. 5.1 - Data di Effetto - Pagamento del Premio

Art. 5.2 - Regolazione del Premio

Art. 5.10 - Eccezioni Opponibili.

Art. 5.12 - Rinvio alle Norme di Legge.

Milano, ... / ... / .....

IL CONTRAENTE

## **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. 31.05.2023** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personalii 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.

Milano, ... /.../.....

IL CONTRAENTE

## **COMUNICAZIONE DEI SINISTRI**

La comunicazione deve essere inoltrata per scritto dall'**Assicurato** (o dal suo Intermediario) e indirizzata a:

**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 >

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

\*\*\*

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

Il **Modulo di Proposta**, datato come indicato nella **Scheda di Polizza**, e qualsiasi altra informazione recepita e accettata dagli **Assicuatori** costituiscono la base, e sono considerate parte integrante, di questa **Polizza**.

La sezione “Glossario” seguente descrive il significato dei termini che appaiono in grassetto.

Con questo documento si certifica che, a fronte del pagamento del premio specificato in questa **Polizza**, gli **Assicuatori** si impegnano a prestare l’assicurazione in base ai termini, alle condizioni, alle limitazioni e alle esclusioni qui riportati, o comunque confermati. Gli **Assicuatori** si impegnano a pagare, senza comunque mai superare, l’importo indicato nei **Limi**ti e **Sottolimi**ti di **Indennizzo**, fermo restando quanto previsto dalla **S.I.R. - Self Insured Retention** concordata.

A conferma di quanto sopra, questa **Polizza** è stata sottoscritta nel luogo e alla data indicati nella **Scheda di Polizza**.

### **NOTE IMPORTANTI PER L'ASSICURATO**

Questo è un contratto di assicurazione legalmente vincolante. Gli **Assicuatori** raccomandano al **Contraente** di leggerlo attentamente per verificare che sia conforme a tutti i requisiti dell'**Assicurato** e per prendere visione, e comprendere chiaramente, tutti i termini, le condizioni, le limitazioni e le esclusioni della **Polizza**.

Nel caso di richieste di chiarimenti, o di qualsiasi modifica a questa **Polizza**, il **Contraente** deve inoltrare tale richiesta all’**Intermediario**, che ha confermato l’attivazione di questa **Polizza**, così come riportato nella **Scheda di Polizza**.

### **GLOSSARIO**

#### **1 - RICHIESTA DI RISARCIMENTO:**

La garanzia assicurativa è prestata nella forma «claims made», operando per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel periodo di validità della polizza e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi in tale periodo e nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, ovvero dopo la data di retroattività indicata al Punto 4 della Scheda di Polizza.

#### **2 - DATA DI CONTINUITÀ:**

La prima data di decorrenza dell’assicurazione stipulata fra il **Contraente** e gli **Assicuatori**, indipendentemente dal numero delle **Polizze** sottoscritte, dalla quale sia stata garantita la continuità di questa assicurazione, senza periodi di interruzione di copertura. In caso di periodi di interruzione di copertura dell’assicurazione, che hanno determinato mancata continuità, la **Data di Continuità** sarà la prima data in seguito alla quale si è avuta la continuità della copertura stipulata con gli **Assicuatori**. Tale data verrà indicata al Punto 2.1 della **Scheda di Polizza**.

#### **3 - CONTRAENTE:**

Azienda che acquista questa assicurazione per sé stessa e/o per conto di altre persone giuridiche assicurate, così come elencate nel Punto 1 della **Scheda di Polizza**.

#### **4 - DANNO(I):**

Danno, sia esso “patrimoniale” o “non patrimoniale”, causato da decesso o da lesione fisica, oppure da danno o perdita di **Beni Materiali**.

#### **5 - S.I.R. - SELF INSURED RETENTION:**

Importo specificato ai Punti 15, 16 e 17 della **Scheda di Polizza**, quota di rischio non trasferita al mercato assicurativo e gestita in proprio dalla struttura assicurata anche in termini di corrispondente gestione, istruzione e liquidazione del sinistro.

#### **6 - FRANCHIGIA:**

Elemento integrante della polizza di assicurazione che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell’assicurato ed espressa in valore assoluto. La opposizione di franchigia impegna comunque l’assicuratore alla gestione del sinistro.

## 7 – SINISTRO O RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

Una qualsiasi delle condizioni seguenti:

- a. Qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi in vigenza di polizza per il risarcimento dei danni subiti come conseguenza della sua attività;
- b. la citazione dell'assicurato in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato;
- c. Una qualsiasi azione legale o amministrativa nei confronti dell'**Assicurato**;
- d. qualsiasi mandato o ingiunzione nei confronti dell'**Assicurato**;

Per tutto quanto previsto dai punti (a) - (d) di cui sopra quando una **Terza Parte** manifesta all'**Assicurato** la propria intenzione di considerare l'**Assicurato** responsabile del **Danno**, oppure trasmette una richiesta di risarcimento formale.

## 8 - DIPENDENTE:

Qualsiasi persona fisica coperta da assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul luogo di lavoro e che opera alle dirette dipendenze del **Contraente** in base a un contratto di assunzione o di apprendistato sottoscritto con il **Contraente**. Questa definizione comprende anche qualsiasi persona impiegata in “attività socialmente utili” e qualsiasi studente, titolare di borsa di studio, lavoratore interinale o altre persone che prestano la propria attività in condizioni di prova, o di addestramento, sotto il diretto controllo e la guida del **Contraente**.

## 9 - INQUINAMENTO AMBIENTALE:

Contaminazione di acque e/o aria e/o suolo e/o sottosuolo, generata dall'azione di qualsiasi sostanza rilasciata, scaricata, dispersa, depositata o in qualsiasi altro modo emessa da un qualsiasi impianto, o gruppo di impianti, utilizzati dall'**Assicurato**.

## 10 - MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA:

Qualsiasi medico indipendente che:

- (a) affitta studi, locali e/o attrezzature dal **Contraente**, o che in qualsiasi modo presta autonomamente la propria attività medica e la cui attività non è sotto la diretta supervisione del **Contraente**; oppure che
- (b) svolge una qualsiasi altra attività professionale e/o opera presso, o in altre, strutture o locali, durante lo stesso periodo nel quale tale medico presta la propria attività nei locali del **Contraente**.

Questa definizione si estende, e comprende, le persone fisiche che fanno parte di una equipe medica diretta, o sotto la supervisione, di tale medico professionista indipendente.

## 11 - INDENNIZZO:

Importo dovuto dagli **Assicuratori** in caso di una **Richiesta di Risarcimento** coperta da questa assicurazione.

## 12 - ASSICURATO:

- (a) Il **Contraente**;
- (b) Tutti i **Dipendenti del Contraente**;
- (c) Tutti i medici “Convenzionati”, e qualsiasi altro operatore sanitario quando presti la propria attività in base a un progetto specifico temporale ed esclusivamente a favore del **Contraente** (compresi i dipendenti definiti “Co.Co.Co.”, o posizione equivalente, e i dipendenti definiti “Co.Co.Pro.”, o progetti specifici equivalenti) e limitatamente alla loro effettiva attività o fornitura di servizi per, o a nome, del **Contraente**;
- (d) Tutti i medici che collaborano con la struttura assicurata a qualunque titolo, anche se scelti dal paziente ed ancorché non dipendenti della struttura stessa, limitatamente all'esercizio della professione sanitaria svolta presso le strutture sanitarie del **Contraente** e/o alla loro effettiva attività o fornitura di servizi per, o a nome del **Contraente**.

## 13 - LIMITI E SOTTOLIMITI DELL'INDENNIZZO:

L'Assicurazione è prestata fino alla concorrenza del Massimale indicato nella Scheda di Polizza, distinguendosi tra:

### Massimale per sinistro:

La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che obbliga la Compagnia e che quest'ultima sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ogni Sinistro;

### Massimale per anno:

La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che obbliga la Compagnia e che quest'ultima è tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i Sinistri relativi ad un medesimo Periodo di Assicurazione, indipendentemente da quante siano le

Richieste di Risarcimento ed il numero delle persone danneggiate. Salvo il caso di Assicurazione limitata alla sola garanzia "Colpa Grave" in tutti gli altri casi il massimale annuo è pari al triplo del massimale per sinistro. Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula claims made altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).

In ogni caso, verranno applicati i sottolimiti seguenti:

Per quanto riguarda l'Art. 1.2 (Dolo e Colpa Grave) l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, previsto da questa **Polizza**, sarà quello indicato al Punto 7 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di richiedenti e/o dal numero di **Assicurati**.

Per quanto riguarda l'Art. 1.3 (Responsabilità del Datore di Lavoro) l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, previsto da questa **Polizza**, sarà quello indicato al Punto 8 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di richiedenti e/o dal numero di **Assicurati**.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, alla Raccolta, Distribuzione e Utilizzo di Sangue, l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, previsto da questa **Polizza**, sarà quello indicato al Punto 9 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di richiedenti e/o dal numero di **Assicurati**.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, all'Inquinamento Ambientale, l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, previsto da questa **Polizza**, sarà quello indicato al Punto 10 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di richiedenti e/o dal numero di **Assicurati** e/o dal numero di Articoli applicabili.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, a Incendio o Esplosione, in base a quanto indicato dall'Art. 1.6.1., l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, previsto da questa **Polizza**, sarà quello indicato al Punto 11 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di richiedenti e/o dal numero di **Assicurati** e/o dal numero di Articoli applicabili.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, alla copertura fornita dall'Art. 1.6.2 (Beni in Deposito), l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, previsto da questa **Polizza**, sarà quello indicato al Punto 12 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di richiedenti e/o dal numero di **Assicurati**.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, alla copertura fornita dall'Art. 1.6.3 (Interruzione dell'Attività di Terze Parti), l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, previsto da questa **Polizza**, sarà quello indicato al Punto 13 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di richiedenti e/o dal numero di **Assicurati**.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, alla copertura fornita per le Attività Accessorie di cui agli Artt. da 1.6.5 a 1.6.9 (compresi), l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, previsto da questa **Polizza**, sarà quello indicato al Punto 14 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di richiedenti e/o dal numero di **Assicurati**.

#### 14 - POLIZZA:

Questo documento, emesso e sottoscritto dal **Contraente** e dagli **Assicuratori**, che comprova l'esistenza di un contratto di assicurazione.

#### 15 - PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA:

Il **Periodo di Validità della Polizza** corrisponde al periodo compreso fra la data di decorrenza e quella di scadenza (entrambe all'ora indicata), come indicato nei Punti 2 e 3 della **Scheda di Polizza**.

#### 16 - BENI MATERIALI:

Oggetti fisici e animali.

#### 17 -FATTURATO:

L'ammontare dei ricavi delle vendite e delle prestazioni indicate alla voce A.1 del Conto Economico del Bilancio d'esercizio.

## 18 - MODULO DI PROPOSTA:

Modulo trasmesso dal **Contraente** agli **Assicuratori**, contenente le informazioni di sottoscrizione sulle quali gli **Assicuratori** si baseranno per valutare le esposizioni coperte da questa **Polizza**. Costituisce la base, e parte integrante, di questa **Polizza**. La comunicazione di dichiarazioni imprecise, o la mancata comunicazione da parte dell'**Assicurato** di qualsiasi fatto materiale del quale gli **Assicuratori** avrebbero dovuto essere messi al corrente, potrebbero modificare il punto di vista degli **Assicuratori** per quanto riguarda i rischi coperti, portare alla perdita totale o parziale del diritto dell'**Assicurato** di richiedere gli indennizzi previsti e alla rescissione di questo contratto di assicurazione, così come previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

## 19 - SCHEMA DI POLIZZA:

Modulo intestato “**Scheda di Polizza**”, allegato a questa **Polizza**, che ne è parte integrante, e contenente i dettagli del contratto e altre specifiche alle quali si fa riferimento.

## 20 - TERZE PARTI:

Qualsiasi persona che non sia un **Dipendente**, o un “convenzionato” (così come definito al Punto 11 (c) del “Glossario”), verrà considerata una **Terza Parte** ai fini dell’assicurazione sulla responsabilità civile (R.C.). Ai fini dell’assicurazione sulla responsabilità civile (R.C.), un **Dipendente**, o un “convenzionato” (così come definito al Punto 11 (c) del “Glossario”), verrà considerata una **Terza Parte** nel caso in cui subisca un **Danno** quando non è in servizio, oppure quando utilizza i servizi forniti dall’**Assicurato**.

## 21 - ASSICURATORI / COMPAGNIA:

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, Corso Italia, 13 - 20122 Milano.

### ARTICOLI 1.1 - 1.4 - ARTICOLI E COPERTURE AGGIUNTIVE

Gli **Assicuratori** si impegneranno a risarcire l’**Assicurato** in base ai termini, alle condizioni, alle limitazioni e alle esclusioni di questa **Polizza** in base a quanto segue.

#### 1.1 Responsabilità Civile - Responsabilità Medica e Responsabilità Civile verso Terzi (Assicurazione RCT)

La Compagnia si impegna a tenere indenne la struttura dai rischi derivanti dalla sua attività specificate nel Modulo di Proposta per la copertura della responsabilità contrattuale di quanto sia tenuta a pagare a titolo di risarcimento per danni patrimoniali e non patrimoniali (capitale, interessi e spese) cagionati a terzi e prestatori d’opera dal personale operante a qualunque titolo presso la stessa, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, sperimentazione e ricerca clinica, ed estesa alle prestazioni sanitarie svolte nell’ambito di attività di sperimentazione e ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché’ attraverso la telemedicina.

L’Assicurazione RCT sarà valida anche nel caso di qualsiasi azione intentata dall’INPS in base all’Art. 14 della Legge 222 del 12.06.1984, e sue successive modifiche o integrazioni.

#### 1.2 Dolo e Colpa Grave

L’assicurazione coprirà anche (fatte salve le esclusioni di cui all’Art. 2.1-2.21) la responsabilità dell’**Assicurato** per i **Danni** causati da Dolo e Colpa Grave perpetrati nel corso dell’attività del **Contraente** da una qualsiasi persona per la quale il **Contraente** è considerata legalmente responsabile in caso di dolo, con inclusione di tutti i **Dipendenti**. Questo articolo non limita in alcun modo i diritti di rivalsa degli **Assicuratori** di cui all’Art. 4.7.

#### 1.3 Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO)

Gli **Assicuratori** terranno indenne l’**Assicurato** per tutte le somme che l’**Assicurato** sia legalmente tenuto a pagare:

- agli enti assicurativi obbligatori (INAIL, INPS o altri enti) per i loro diritti di rivalsa;
- al richiedente, o agli eredi del richiedente, per il **Danno** o il maggiore danno (Danno Differenziale) come previsto dal Codice Civile Italiano.

L’Assicurazione RCO si estende anche alla copertura delle Malattie Professionali (con esclusione di qualsiasi malattia correlata all’amiante) che si manifestano per la prima volta nel corso del **Periodo di Validità della Polizza** e causate da un comportamento colposo dell’**Assicurato** verificatosi nel corso del **Periodo di Validità della Polizza**.

L’Assicurazione RCO sarà valida a condizione che l’**Assicurato** sia in regola con gli obblighi di legge relativi all’assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni professionali. In deroga a quanto sopra, l’Assicurazione RCO sarà valida se un’irregolarità viene commessa in buona fede e sia stata generata da un errore, da una dimenticanza o da un’omissione di dichiarazione di attività occasionale o da un’interpretazione errata, o erronea, delle regole applicabili.

Gli **Assicuratori** saranno anche responsabili in caso di responsabilità personale dei **Dipendenti** che sovrintendono all'osservanza dei regolamenti previsti dal Decreto Legislativo n. 626 del 19 settembre 1994, relativo alla sicurezza e alla salute sul luogo di lavoro all'interno dei locali del **Contraente**.

#### 1.4 Inquinamento Accidentale

La copertura prestata da questa assicurazione si estende alla copertura dei **Danni** generati da **Inquinamento Ambientale** connessi alle attività descritte nel **Modulo di Proposta**, sempre che siano stati causati esclusivamente da un evento improvviso, inatteso e accidentale. Gli **Assicuratori** indennizzeranno anche l'**Assicurato**, fino a un importo non superiore al 10% del sottolimite indicato al Punto 10 della **Scheda di Polizza**, per tutti i costi sostenuti, previo consenso scritto e valido, per neutralizzare, o ridurre, le conseguenze dell'evento verificatosi. Questo sottolimite comprenderà anche le spese sostenute dall'**Assicurato**.

### ARTICOLO 1.5 - ALTRE ATTIVITÀ CHE RIENTRANO NELLA COPERTURA PRESTATA DA QUESTA POLIZZA

#### 1.5 Altri Elementi della Copertura

I seguenti elementi della copertura vengono elencati per definirne la relativa portata.

**1.5.1 Edifici e Terreni** - Responsabilità emergente dalla proprietà, o dall'occupazione temporanea o continua, di qualsiasi edificio, unità edificata, locali e terreni utilizzati per le attività specificate in questa **Polizza**, ivi compresi gli impianti fissi, gli ascensori, i montacarichi, le scale mobili, i collegamenti radio e TV, le recinzioni, i cancelli elettrici e apparecchiature simili, e qualsiasi altra installazione o impianto, comprese le aree all'aperto utilizzate come giardini, parchi (compresi gli alberi ad alto fusto), i parcheggi, le aree di movimentazione delle merci e/o i depositi a cielo aperto.

**1.5.2 Sorgenti Radioattive - Danni** causati dal possesso o utilizzo di sorgenti radioattive o magnetiche connesse alle attività indicate nel **Modulo di Proposta** e conformi a quanto prescritto dalla legislazione vigente e dalle indicazioni delle Autorità competenti.

**1.5.3 Conferimento dei Rifiuti** - Responsabilità emergente dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi ad aziende specificatamente autorizzate al trattamento, in base a quanto previsto dalle leggi in vigore. La copertura si estende anche alla morte o agli infortuni subiti da una qualsiasi **Terza Parte** a seguito di un incidente verificatosi durante il trasporto o lo smaltimento dei rifiuti. Questa assicurazione non si estende alla copertura della responsabilità diretta di tali aziende di smaltimento.

**1.5.4 Atti di Pazienti o di Minori - Danno** subito da una qualsiasi **Terza Parte**, o da qualsiasi **Dipendente**, provocato da atti commessi dai pazienti in cura presso l'**Assicurato**, o da minori, studenti e altri ospiti che si trovano nei locali del **Contraente**.

**1.5.5 Tabelloni e Segnali** - Responsabilità emergente dal possesso, installazione, uso e manutenzione di tabelloni, targhe, cartelloni, segnali e insegne per la segnalazione di strade o percorsi, direzioni o messaggi pubblicitari.

**1.5.6 Fornitura di Prodotti Medici** - Fornitura, distribuzione e/o utilizzo di prodotti farmaceutici, parafarmaceutici e/o protesi. Questa **Polizza**, tuttavia, non coprirà i difetti di tali prodotti, così come più specificamente escluso dall'Art. 2.12.

**1.5.7 Attività di Laboratorio** - Gestione di laboratori chimici e di analisi che rilasciano e distribuiscono referti, che si occupano della conservazione e della distribuzione di archivi e documenti connessi con le attività indicate nel **Modulo di Proposta**.

**1.5.8 Uso di Apparecchiature** - Apparecchiature mediche o elettromedicali, oppure diagnostiche e terapeutiche, comprese quelle per i raggi X, radioisotopi, radionuclidi e ogni altra apparecchiatura di questo tipo.

**1.5.9 Servizi Medici** - Forniti ai pazienti presso il loro domicilio o altri luoghi, in nome o per conto del **Contraente**.

### ARTICOLI 1.6 - 1.8 - ATTIVITÀ ACCESSORIE CHE RIENTRANO NELLA COPERTURA PRESTATA DA QUESTA POLIZZA

Questa assicurazione coprirà tutte le attività indicate nel **Modulo di Proposta**, comprese quelle seguenti, quando espletate dall'**Assicurato**:

## 1.6 Assicurazioni Accessorie

I seguenti elementi della copertura vengono elencati per definirne la relativa portata e, quando previsti, i **Sottolimiti di Indennizzo** relativi.

**1.6.1 Sviluppo di Incendi - Danno** causato direttamente da fuoco o da esplosione originato in un qualsiasi locale nel quale si svolgono le attività indicate nel **Modulo di Proposta**, o da un qualsiasi oggetto utilizzato dall'**Assicurato** per svolgere tali attività, che coinvolga qualsiasi bene mobile o immobile appartenente a una qualsiasi **Terza Parte**.

**1.6.2 Beni in Deposito - Danno** sofferto dai pazienti e dagli ospiti, causato dalla sottrazione, perdita, scomparsa o deterioramento di un **Bene Materiale**, sia esso stato consegnato o meno, in base a quanto previsto dagli Artt. da 1783 a 1786 del Codice Civile.

**1.6.3 Interruzione dell'Attività di Terze Parti - Danno** causato dall'interruzione parziale o totale di attività o servizi industriali, commerciali, artigianali, agricole.

**1.6.4 Raccolta, Distribuzione e Utilizzo di Sangue o di Prodotti Ematici** - o loro derivati pronti per l'uso - anche se a rischio di infezione HIV - a condizione che l'**Assicurato** abbia eseguito tutte le analisi preventive sul sangue, così come previsto dalle leggi e dalle circolari ministeriali pertinenti e in vigore al momento dell'evento. Questa assicurazione non comprende la copertura delle responsabilità dei produttori o fornitori di tali prodotti ematici.

**1.6.5 Terapie Speciali** - Come quelle di "pet therapy" (zooterapia, ovvero terapia basata sull'interazione uomo-animale), "ippoterapia" (terapia basata sull'interazione uomo-cavallo) e l'idroterapia per la riabilitazione.

**1.6.6 Conduzione di Mense Interne**, e di punti vendita, gestiti dal **Contraente**.

**1.6.7 Partecipazione a Mercati, Esposizioni e Fiere** e attività promozionali di qualsiasi tipo, compresi il montaggio e lo smontaggio di stand e l'affitto a **Terze Parti** di strutture ospedaliere destinate all'organizzazione di tali attività.

**1.6.8 Gestione delle Attività di Manutenzione e di Pulizia - Proprietà Circostanti** - Responsabilità emergente dalle attività correlate alla manutenzione, ristrutturazione, riadattamento, ampliamento, demolizione, ricostruzione, pulizia ordinaria e straordinaria di una qualsiasi proprietà indicata all'Art. 1.5.1. Quando queste attività vengono svolte da una **Terza Parte**, la copertura sarà limitata alla responsabilità che spetta al **Contraente** nel suo ruolo di supervisore o di committente.

Nei casi in cui il **Contraente** decida di affidare le attività sopra menzionate, o la gestione e la manutenzione di qualsiasi attività accessoria, a una persona giuridica o fisica:

- questa assicurazione estenderà la propria copertura ai **Danni** subiti da una **Terza Parte** da parte di tale persona giuridica o fisica, ma sempre in base a quanto previsto dall'Art. 4.7 (Recupero e Rivalsa);
- ciascuna di queste persone giuridiche o fisiche, il **Contraente** e i **Dipendenti**, verranno reciprocamente considerati **Terza Parte** nei confronti l'uno dell'altro.

La copertura sarà anche prestata per i **Danni** causati alle proprietà circostanti, comprese le linee interrate e le tubature, anche nel caso in cui tali **Danni** siano riconducibili a frane, smottamenti o altri cedimenti causati dai lavori.

**1.6.9 Responsabilità in qualità di Committente** - La responsabilità delle azioni del **Contraente**, in quanto committente di persone o aziende delegate, incaricate o affidatarie di appalto dal **Contraente** per l'espletamento di lavori, servizi o operazioni connessi alle attività indicate nel **Modulo di Proposta** o effettuati su qualsiasi proprietà del **Contraente**.

## 1.7 Clausola di Cooperazione e Spese Legali

Gli **Assicuratori** gestiranno ogni **Richiesta di Risarcimento** emergente da questo contratto, anche in sede legale e per quanto previsto per la mediazione / conciliazione obbligatoria dal Decreto Legislativo 28/2010, indipendentemente dal fatto che si tratti di una responsabilità civile o penale, fino al compimento delle proprie azioni di difesa previste dall'Art. 1917 del Codice Civile.

Gli **Assicuratori**, fintanto che avranno interessi nella propria difesa, subentreranno e condurranno ogni vertenza, sia essa giudiziaria o extragiudiziaria, in nome dell'**Assicurato**, incaricando, quando necessario, legali ed esperti e avvalendosi di tutti i diritti e le azioni di pertinenza dell'**Assicurato**. Il diritto di difesa degli **Assicuratori** rimarrà tale anche nel caso in cui una vertenza preveda un importo che rientra nella **S.I.R. - Self Insured Retention**.

Tutte le spese legali sostenute per opporsi a un'azione intentata contro l'**Assicurato** saranno a carico degli **Assicuratori** fino a un importo aggiuntivo pari a un quarto del **Limite o Sottolimite di Indennizzo** corrispondente alla relativa **Richiesta di Risarcimento**. Se l'importo della **Richiesta di Risarcimento** eccede tale **Limite di Indennizzo**, le spese legali verranno proporzionalmente suddivise fra l'**Assicurato** e gli **Assicuratori**, in proporzione al rispettivo interesse, così come previsto dall'Art. 1917 del Codice Civile.

Gli **Assicuratori** non saranno responsabili dei costi sostenuti dal **Contraente**, o dall'**Assicurato** per l'assistenza di legali ed esperti non nominati dagli **Assicuratori**.

## 1.8 Responsabilità per Committenza Veicoli a Motore

Gli **Assicuratori** copriranno anche le responsabilità dell'**Assicurato** derivanti da:

- (a) il ruolo di committente ricoperto dal **Contraente**, in base all'Art. 2049 del Codice Civile, per i **Danni**, comprese le lesioni ai terzi trasportati, causati da un qualsiasi **Dipendente** quando è alla guida di un veicolo a motore, sempre che tale veicolo a motore non sia di proprietà e non sia stato noleggiato o locato dal **Contraente**;
- (b) uso di biciclette e altri veicoli a pedali;
- (c) uso e guida, all'interno dei locali nei quali si svolgono le attività specificate in questa **Polizza**, di veicoli in generale, compresi i veicoli a motore, i veicoli a trazione elettrica, i veicoli semoventi, gli impianti e le attrezzature, anche quando il conducente non è specificatamente autorizzato alla loro conduzione in base alle leggi in vigore;
- (d) **Danni**, con esclusione del furto o del tentato furto, causati a qualsiasi mezzo di trasporto di **Terze Parti** e alle merci sullo stesso trasportate mentre si trovano all'interno delle aree dove si svolgono operazioni di carico e scarico specificate in questa **Polizza**;
- (e) **Danni** ai veicoli di proprietà di **Terze Parti**, o di un qualsiasi **Dipendente**, quando si trovano parcheggiati nelle aree nelle quali si svolgono le attività specificate in questa **Polizza**, con esclusione dei **Danni** alle merci trasportate.

Tuttavia, questo Art. 1.8 non sarà applicabile per qualsiasi rischio che ricada nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria dei veicoli a motore, come stabilito dal Decreto Legislativo N° 209 del 7.9.2005, e successive modifiche, integrazioni e regolamenti attuativi, così come esclusi dall'Art. 2.4.

## ARTICOLI 2.1 - 2.21 - ESCLUSIONI

Questa **Polizza** non si applica ad alcuna Richiesta di Risarcimento derivante direttamente o indirettamente, o in qualsiasi modo correlata, a:

### 2.1 Una qualsiasi delle condizioni seguenti:

- (i) qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** già nota all'**Assicurato** alla data di effetto di questa **Polizza**, come indicato nel Punto 2 della **Scheda di Polizza**, anche nel caso in cui non sia stata mai notificata agli assicuratori precedenti;
- (ii) qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** notificata agli **Assicuratori** dopo il **Periodo di Validità della Polizza** (o dopo i 30 giorni di tolleranza indicati all'Art. 3.1);
- (iii) qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** emergente da fatti o circostanze noti all'**Assicurato** prima della **Data di Continuità** - indicata nel Punto 2.1 della **Scheda di Polizza** - in base a quanto previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il **Contraente/ l'Assicurato** ha il dovere di dichiarare, prima della data di effetto di questa **Polizza**, indicata nel Punto 2 della **Scheda di Polizza**, qualsiasi fatto o circostanza che potrebbe dare origine a una **Richiesta di Risarcimento** liquidabile in base a questa **Polizza**. Quanto sopra comprende qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** relativa a fatti che sono stati oggetto di procedimenti/indagini civili/penali, o qualsiasi altro tipo di indagine, analisi o altro procedimento ufficiale avviato da un ente o istituzione preposta, legalmente autorizzata a indagare sulle attività dell'**Assicurato**, senza che una **Terza Parte** abbia ritenuto l'**Assicurato** responsabile, e/o che abbia richiesto un indennizzo, anche nel

caso in cui le indagini siano state sollecitate da tale **Terza Parte**, e che l'**Assicurato** fosse, o potesse essere, a conoscenza dell'esistenza di tale indagine (per es., confisca, avviso di garanzia, rinvio a giudizio, e qualsiasi altra comunicazione/servizio che potesse rendere nota l'esistenza di tale indagine). Tuttavia, per quanto riguarda queste azioni, sebbene non siano considerate **Richieste di Risarcimento ai sensi di questa Polizza**, gli **Assicuratori**, a loro giudizio insindacabile, saranno autorizzati ad assumere la difesa legale così come prevista dalla clausola 1.7 delle Spese legali, per ridurre al minimo le possibilità della **Richiesta di Risarcimento**, senza però che tale azione venga considerata come riconoscimento di una **Richiesta di Risarcimento**, né di copertura.

**2.2 Qualsiasi Richiesta di Risarcimento** determinata dall'attività di esercenti la professione sanitaria che abbiano agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente, con l'eccezione di qualsiasi responsabilità dell'**Assicurato** emergente dal comportamento di tali esercenti la professione sanitaria.

**2.3** Una qualsiasi delle condizioni seguenti:

- (i) frode o furto, per entrambi a meno che non sia stato concordato diversamente in base all'Art. 1.6.2., e qualsiasi atto deliberato o intenzionale (sia esso fisico o psicologico) quando l'**Assicurato**, o qualsiasi altra persona, azienda o entità direttamente incaricata da e operante in nome o per conto dell'**Assicurato**, intenda infliggere lesioni, sofferenze, offese, danni od ottenere benefici finanziari illeciti, con eccezione delle responsabilità derivate, attribuibili al **Contraente** ed emergenti da tale atto deliberato o intenzionale;
- (ii) qualsiasi negligenza nella riparazione di edifici o di terreni, oppure assenza di ragionevole manutenzione di edifici o di terreni.

**2.4** Una qualsiasi delle condizioni seguenti:

- (i) qualsiasi rischio che ricada nell'ambito delle assicurazioni obbligatorie per i veicoli a motore, come previsto dal Decreto Legislativo N° 209 del 7.9.2005, e successive modificazioni, integrazioni o regolamenti attuativi;
- (ii) proprietà, possesso o utilizzo di aeromobili, natanti, hovercraft, veicoli a motore, rimorchi o altri sistemi di trasporto, con esclusione di quelli coperti e indicati dall'Art. 1.8, Responsabilità per Committenza Veicoli a Motore.

**2.5** Qualsiasi macchinario, bene o prodotto realizzato, lavorato, imballato, distribuito o venduto dall'**Assicurato**, dopo la sua consegna a una **Terza Parte**.

**2.6** Mancato funzionamento, parziale o totale, di computers, sistemi computerizzati, programmi o applicazioni nel corretto riconoscimento di date di calendario.

**2.7** Rapporti di impiego con **Dipendenti** e assistenti, o discriminazioni di qualsiasi tipo nei confronti della persona, molestie sessuali e/o condotta non appropriata e condizioni simili, a meno che tale **Richiesta di Risarcimento** sia esclusivamente correlata a lesioni fisiche (ma con esclusione della parte di **Richiesta di Risarcimento** connessa a stress emotivo, angoscia mentale e/o stress mentale, a meno che le leggi non prevedano espressamente l'obbligatorietà di assicurare questa parte della **Richiesta di Risarcimento**).

**2.8** **Danni** punitivi o esemplari, penalità, multe e qualsiasi altra sanzione inflitta all'**Assicurato**.

**2.9** Danni derivanti da pretese per mancata rispondenza dell'intervento di chirurgia estetica all'impegno di risultato estetico assunto dall'**Assicurato**.

**2.10** Uso, da parte del **Contraente**, o presenza nei locali del **Contraente**, di amianto, silice o muffe tossiche.

**2.11** Eventi, errori o omissioni verificatisi prima della data di retroattività specificata al Punto 4 della **Scheda di Polizza**.

**2.12** Qualsiasi perdita o danno causato da, o al quale abbia materialmente contribuito, l'adozione di un medicinale, farmaco, prodotto parafarmaceutico e/o protesi evidentemente difettoso/a, prescritto o fornito dall'**Assicurato** (Responsabilità Civile Prodotti).

**2.13** Sperimentazioni cliniche.

**2.14** Una qualsiasi delle condizioni seguenti:

- (i) guerra (dichiarata o meno), invasioni, atti ostili di nemici, ostilità o qualsiasi altro atto simile, situazione od operazione bellica, azione bellica di forze armate regolari o irregolari o di altre autorità, volte a impedire o a difendersi da un attacco reale o previsto;
- (ii) insurrezioni, ribellioni, rivoluzioni, rivolte, tentativi di colpo di stato, sollevamenti popolari o qualsiasi azione intrapresa da una qualsiasi autorità governativa o militare per impedire o contrastare una di queste situazioni;
- (iii) rilascio, esplosione o utilizzo di armi di distruzione di massa, che prevedano o meno la fissione o la fusione nucleare o la presenza di agenti chimici, biologici, radioattivi o simili, da parte di chiunque, in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione;
- (iv) azioni terroristiche (indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che abbia contribuito in concorrenza, o in sequenza, alla responsabilità) o qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o sopprimere l'azione terroristica;
- (v) radioattività, trasformazione o trasmutazione di atomi, siano esse naturali o artificiali (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, acceleratori ecc.) diverse da quelle previste dall'Art. 1.5.2;
- (vi) possesso o utilizzo di sostanze esplosive, a meno che tale uso sia necessario al **Contraente** per l'esecuzione dei lavori commissionati.

**2.15** Qualsiasi situazione in base alla quale l'**Assicurato** goda (o per la quale potrebbe godere, indipendentemente dall'esistenza di questa **Polizza**) di indennizzi previsti da un qualsiasi altro contratto di assicurazione, a eccezione di quando tale altra assicurazione abbia la funzione di assicurazione in eccedenza specifica per garantire un indennizzo integrativo dell'importo liquidabile in base a questa **Polizza**.

**2.16** Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** avanzata da, o in nome e per conto dell'**Assicurato** (salvo quanto previsto dall'Art. 1.3 RCO, o quando il **Dipendente**, o il "convenzionato", venga considerato **Terza Parte**).

**2.17** Influenza suina, influenza aviaria e/o varianti significative di entrambi i ceppi.

**2.18** Encefalopatia spongiforme trasmissibile (TSE), compresi, ma non limitatamente ad esse, l'encefalopatia spongiforme bovina, la malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o qualsiasi variante di tali patologie.

**2.19** Stafilococco aureo resistente alla meticillina (MRSA) e sue varianti.

**2.20** Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** relativa ad effetti nocivi o tossici sull'organismo conseguenti al rilascio di materiale metallico nelle protesi dell'anca realizzate con tecnologia "metal on metal" ed a qualsiasi conseguenza riconducibile a tale rischi come - a titolo esemplificativo e non esaustivo - i danni sofferti per eventuali sostituzioni di dette protesi e conseguenti reimpianti; la presente esclusione non esplica i suoi effetti per gli eventuali danni non riconducibili alla tipologia sopra indicata e riconducibili, in tutto o in parte, alla responsabilità del **Contraente** / dell'**Assicurato** e direttamente imputabili alla prestazione dallo stesso erogata.

**2.21** 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.

### ARTICOLI 3.1 - 3.3 - CONDIZIONI IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO

#### 3.1 Denuncia in caso di Richiesta di Risarcimento

La condizione preliminare per ottenere l'indennizzo previsto da questa **Polizza**, prevede che l'**Assicurato** invii, nel più breve tempo possibile durante il **Periodo di Validità della Polizza** [e comunque non oltre **30 (trenta)** giorni da quando è venuto a conoscenza del fatto], una denuncia agli **Assicuratori** di qualsiasi **Richiesta di Risarcimento**.

Tale denuncia dovrà contenere i dettagli completi dell'azione, dell'errore o dell'omissione, della transazione o dell'evento che ha dato origine alla **Richiesta di Risarcimento** e/o la perdita, compresa la data di tale azione, errore o omissione, transazione o evento, il nome(i) della persona(e) responsabile di tale atto, errore o omissione, transazione o evento, il nome(i) del possibile richiedente(i) e l'importo prevedibile della **Richiesta di Risarcimento**.

Se, per ragioni esclusivamente pratiche, l'**Assicurato** non è in grado di inviare la comunicazione entro il **Periodo di Validità della Polizza**, viene concesso un ulteriore periodo di tolleranza di **30 (trenta)** giorni, sempre che l'**Assicurato** sia venuto a conoscenza della **Richiesta di Risarcimento** entro il **Periodo di Validità della Polizza**. Questa **Polizza** non potrà prendere in considerazione alcuna **Richiesta di Risarcimento** denunciata dopo tale periodo di tolleranza.

Il **Contraente**, entro i tempi previsti, dovrà fornire al reparto sinistri indicato dagli **Assicuratori**, e all'indirizzo riportato nella **Scheda di Polizza**, tutte le informazioni, la documentazione e le evidenze ragionevolmente necessarie.

Per quanto riguarda l'Assicurazione RCO, il **Contraente** dovrà anche denunciare qualsiasi decesso o qualsiasi incidente soggetti a indagine giudiziaria in base alla legislazione sugli infortuni sul luogo di lavoro, in tale secondo caso il termine di **30 (trenta)** giorni per la denuncia decorre dalla data nella quale il **Contraente** ha ricevuto notifica di tale inchiesta. Il **Contraente** dovrà comunicare al reparto sinistri degli **Assicuratori** qualsiasi richiesta o azione intrapresa dal richiedente, o dagli eredi del richiedente, e quelle degli enti assicurativi competenti e dovrà trasmettere tempestivamente qualsiasi documentazione ricevuta relativa alla vertenza.

Al termine di ogni periodo assicurativo, gli **Assicuratori**, tramite il proprio reparto sinistri, forniranno al **Contraente** un rapporto dettagliato di tutti le **Richieste di Risarcimento** registrate.

### 3.2 Clausola di Cooperazione

Quale condizione preliminare per ottenere l'indennizzo previsto da questa **Polizza**, l'**Assicurato** dovrà:

- (a) fornire tempestivamente agli **Assicuratori** tutti i dettagli relativi a ogni **Richiesta di Risarcimento** e/o ogni situazione per la quale l'**Assicurato** richieda l'indennizzo ai termini di questa **Polizza**;
- (b) fornire tempestivamente agli **Assicuratori**, e/o ai loro rappresentanti, consulenti legali e/o agenti, la collaborazione e l'assistenza che verrà ragionevolmente richiesta;
- (c) assicurare che tutta la documentazione relativa a ogni **Richiesta di Risarcimento** venga conservata nella sua completezza e che non venga in alcun modo distrutta, o altrimenti eliminata, o trasmessa a **Terze Parti**, a eccezione dei propri consulenti legali, senza aver prima ottenuto l'autorizzazione scritta da parte degli **Assicuratori**;
- (d) in base a quanto previsto dall'Art. 1260 del Codice Civile Italiano gli **Assicuratori** saranno assegnatari, ovvero in base a quanto previsto dall'Art. 1916 del Codice Civile Italiano avranno diritto di surroga, di tutti i diritti e possibilità di azione dell'**Assicurato** nei confronti di **Terze Parti**, prima o dopo aver liquidato un indennizzo ai termini di questa **Polizza**. L'**Assicurato** dovrà fornire gratuitamente agli **Assicuratori** tutta l'assistenza che questi ragionevolmente richiederanno nel corso di ogni richiesta di risarcimento o azione nei confronti di **Terze Parti**.

### 3.3 Nessuna Ammissione di Responsabilità

Quale condizione preliminare per ottenere l'indennizzo previsto da questa **Polizza**, l'**Assicurato** (o qualsiasi persona, azienda o società che agisce in nome o per conto dell'**Assicurato**) non dovrà rilasciare dichiarazioni di responsabilità, proporre compromessi, stabilire od offrire alcun pagamento in relazione alla **Richiesta di Risarcimento** senza aver prima ottenuto l'autorizzazione scritta da parte degli **Assicuratori**.

## ARTICOLI 4.1 - 4.11 - CONDIZIONI RELATIVE ALLA PORTATA DI QUESTA ASSICURAZIONE

### 4.1 Durata Contrattuale - Diritto di Recesso ad ogni Data di Scadenza

L'assicurazione entrerà in vigore e terminerà alle date rispettivamente indicate nella **Scheda di Polizza** (corrispondenti al **Periodo di Validità della Polizza**). A questo contratto non si applica il tacito rinnovo previsto dall'Art. 1899 del Codice Civile.

Se questa **Polizza** ha durata pluriennale, ciascuna delle parti potrà recedere da questo contratto alla data di scadenza di ogni periodo assicurativo annuale, dandone comunicazione scritta all'altra parte con preavviso di 30 (trenta) giorni. Le parti possono concordare un periodo assicurativo che sia inferiore ad un anno completo.

In caso di contratto avente durata annuale senza tacito rinnovo lo stesso cesserà alla naturale scadenza senza obbligo di disdetta

### 4.2 Limitazione Territoriale e Limiti Temporali di questa Assicurazione [“Claims Made” (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività

#### 4.2.1 Limitazione Territoriale

Per quanto riguarda la **Responsabilità Civile Medica e Responsabilità Civile verso Terzi (Assicurazione RCT)** questa assicurazione coprirà il **Danno(i)** verificatosi in Italia soggetto a **Richieste di Risarcimento** avanzate in qualsiasi Paese del mondo, con esclusione delle **Richieste di Risarcimento** avanzate presso qualsiasi Tribunale degli Stati Uniti d'America, del Canada o del Messico, ovvero avanzate in qualsiasi altra nazione per ottenere la ratifica di un giudizio o di un'ingiunzione di un Tribunale degli Stati Uniti d'America, del Canada o del Messico.

Per quanto riguarda la **Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO)**, questa assicurazione coprirà il **Danno(i)** verificatosi in qualsiasi Paese del mondo, ma solo per le **Richieste di Risarcimento** assoggettate alla giurisdizione Italiana.

#### 4.2.2 Limiti Temporali di questa Assicurazione [“Claims Made” (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività

Questa assicurazione copre i **Danni** in base al concetto “Claims Made” (Richieste di Risarcimento Presentate) in relazione alle Richieste di Risarcimento presentate per la prima volta nel corso del **Periodo di Validità della Polizza**, sempre che siano una conseguenza di eventi verificatisi, o di errori od omissioni commessi, dopo la data di retroattività indicata al Punto 4 della **Scheda di Polizza** [minimo 10 (dieci) anni] e sempre che l'**Assicurato** ne dia comunicazione agli **Assicuratori**, nel rispetto di quanto previsto degli Artt. da 3.1 a 3.3, nel corso del **Periodo di Validità della Polizza** e in ogni caso non oltre il 30° (trentesimo) giorno dopo la scadenza del **Periodo di Validità della Polizza**.

#### 4.2.3 Postuma Decennale per Cessazione di Attività in favore degli Esercenti la Professione Sanitaria

In favore degli esercenti la professione sanitaria in garanzia ai sensi della presente **Polizza** per la propria Responsabilità Civile Personale ai sensi del Punto 11 - “Assicurato”, capitolo Glossario, limitatamente all'esercizio della professione sanitaria svolta presso le strutture sanitarie

dell'**Assicurato** e/o alla loro effettiva attività o fornitura di servizi per, o a nome dell'**Assicurato** in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa in costanza della presente **Polizza**, la **Compagnia** concederà un periodo di ultrattivitÀ (estendibile agli eredi) della copertura per le **Richieste di Risarcimento** presentate per la prima volta entro i 10 (dieci) anni successivi alla data di cessazione dell'attività e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della **Polizza**, incluso il periodo di retroattività della copertura.

#### 4.3 Clausola MDO

AI sensi della normativa vigente, e segnatamente della Legge Gelli e dei relativi Decreti Attuativi, l'**Assicurato** deve garantire che:

- (a) tutti gli esercenti la professione sanitaria che abbiano agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente abbiano stipulato una specifica Polizza assicurativa ai sensi della Legge n. 24/2017.
- (b) l'**Assicurato** intraprenda tutti i passi ragionevoli per garantire i diritti e le azioni di surroga degli **Assicuratori** e dovrà anche collaborare con gli **Assicuratori** fornendo loro tutta l'assistenza ragionevole nel corso dell'azione di recupero;
- (c) tutto il personale medico incaricato da e/o che agisce in nome o per conto dell'**Assicurato** e/o che opera nei locali del **Contraente** sia in possesso dell'autorizzazione all'esercizio della professione medica prevista dal Ministero della Salute o da altri enti autorizzati al rilascio e alla registrazione dell'autorizzazione all'esercizio della professione.

#### 4.4 Altra Assicurazione

##### 4.4.1 Assicurazione Sottoscritta dal Contraente

Se una **Richiesta di Risarcimento** è coperta anche da un'altra assicurazione, sottoscritta dal **Contraente**, questa assicurazione avrà effetto solo su base "eccesso di perdita", ovvero, dopo che sarà stato raggiunto il limite di indennizzo dell'altra assicurazione, e sarà sempre e comunque soggetta ai **Limiti di Indennizzo** ed alla **S.I.R. - Self Insured Retention** previsti da questa **Polizza**.

##### 4.4.2 Assicurazione Sottoscritta dall'Assicurato

Se una **Richiesta di Risarcimento** è coperta anche da un'altra assicurazione personale o collettiva sottoscritta individualmente da un medico, da un operatore o da qualsiasi altra persona qui assicurata, verrà applicato quanto previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile e questa assicurazione contribuirà all'indennizzo nella dovuta proporzione, ma sempre e comunque entro i **Limiti di Indennizzo** e oltre la **S.I.R. - Self Insured Retention** previsti da questa **Polizza**. Questa clausola si applicherà anche nel caso in cui l'assicurazione sottoscritta dal singolo **Assicurato** sia

di tipo "eccesso di perdita", e in nessun caso questo contratto potrà essere utilizzato come contratto di assicurazione primario in deroga a quanto previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile.

##### 4.4.3 Obbligo di Trasmettere le Richieste di Risarcimento a tutti gli Assicuratori Coinvolti

L'obbligo di informare gli **Assicuratori** dell'esistenza di un'altra assicurazione sorge solo nel caso di una **Richiesta di Risarcimento**. In entrambi i casi di cui agli Artt. 4.4.1. e 4.4.2 precedenti, l'**Assicurato** dovrà inviare una comunicazione a tutti gli assicuratori coinvolti entro i termini stabiliti dalle rispettive **Polizze**, indicando a ciascuno il nome degli altri assicuratori, come previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile.

#### 4.5 Ragionevoli Precauzioni

L'**Assicurato** dovrà adottare tutte le precauzioni ragionevoli per evitare incidenti e per evitare o interrompere qualsiasi attività che potrebbe essere causa di responsabilità civile, e dovrà adottare tutti i passi ragionevoli per rispettare e adeguarsi a tutte le normative o le leggi, gli obblighi e i requisiti delle autorità locali.

#### 4.6 Clausola sugli Strumenti

Quale condizione preliminare per ottenere l'indennizzo dagli **Assicuratori** è che qualsiasi strumento o mezzo utilizzato, o che si prevede di utilizzare, per l'attività dell'**Assicurato**, e destinato a venire a contatto con fluidi corporei (siano essi umani o animali) o che debba penetrare tessuti (siano essi umani o animali) venga manipolato, usato e riposto in base alle istruzioni fornite dal produttore e, se previsto dal produttore e dal Ministero della Salute o ente equivalente che lo si possa utilizzare più di una volta, venga debitamente sterilizzato prima dell'uso:

- (a) usando solo apparecchiature di sterilizzazione specificatamente approvate dal produttore e conformi alle istruzioni, raccomandazioni o indicazioni di tale produttore;
- (b) in conformità alle indicazioni del Ministero della Salute, o enti equivalenti.

#### 4.7 Recupero e Rivalsa

In virtù di quanto previsto dagli Artt.1916 e 1260 del Codice Civile la **Compagnia** si surroga in via di rivalsa in tutti i diritti spettanti all'**Assicurato** nei confronti di terzi responsabili nei limiti di quanto liquidato o da liquidare a titolo di indennizzi e spese.

In particolare, per gli esercenti la professione sanitaria che abbiano agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente è fatto salvo il diritto di rivalsa della **Compagnia** e quello di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, comma 1, C.C., fermo l'obbligo per tali soggetti di stipulare una specifica Polizza assicurativa per la Responsabilità Civile Professionale ai sensi dell'Art. 10, comma 2, Legge N. 24/2017, come previsto dal precedente Art. 4.3 "Clausola MDO", paragrafo (a).

Per i soggetti di cui ai punti (b), (c) e (d) del Punto 11 - "Assicurato" del Glossario è fatto salvo il diritto di rivalsa della **Compagnia** e quello di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, comma 1, C.C. solo per fatti da loro cagionati con dolo o colpa grave, anche se non accertati giudizialmente, nei limiti stabiliti dall'Art. 9, comma 6, Legge N. 24/2017, fermo l'obbligo per gli stessi di stipulare una specifica Polizza assicurativa per la Colpa Grave ai sensi dell'Art. 10, comma 3, Legge N. 24/2017, salvo che il Contratto Collettivo Nazionale non escluda tale facoltà da parte del Datore di Lavoro nei confronti dei **Dipendenti**.

#### 4.8 Rinuncia alla Surroga

Gli **Assicuatori** concordano di rinunciare al loro diritto di surroga, ad eccezione dei casi di dolo e/o quando sia il **Contraente** a decidere di procedere, nei seguenti casi:

- (a) società, enti benefici e organizzazioni senza scopo di lucro che possono cooperare con l'**Assicurato** nelle attività indicate nella **Scheda di Polizza**;
- (b) altre categorie, se presenti, di personale non direttamente assunto dal **Contraente**, per il quale viene richiesta un'assicurazione obbligatoria a spese del **Contraente**;
- (c) persone disabili o portatori di handicap, temporaneamente ospitate per terapie di recupero nei locali del **Contraente**;
- (d) persone che partecipano a programmi di istruzione, socializzazione, riabilitazione e terapeutici;
- (e) minori affidati, o posti sotto la tutela o custodia, del **Contraente** da parte di un Tribunale.

#### 4.9 Diritti di Recesso

Non è previsto il recesso per sinistro, come da normativa vigente.

L'assicuratore può recedere dal contratto prima della scadenza solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

Qualsiasi azione intrapresa dagli **Assicuatori**, compresa la richiesta di premi dopo il recesso, non dovrà essere considerata come una rinuncia ai loro diritti di recesso.

#### 4.10 S.I.R. - Self Insured Retention per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento

La copertura assicurativa garantita da questa **Polizza** è soggetta alla condizione che una parte del rischio venga assunto dal **Contraente** sotto forma di **S.I.R. - Self Insured Retention** per ogni e ciascuna **Richiesta di Risarcimento**, così come definito ai Punti 15, 16 e 17 della **Scheda di Polizza**.

**4.10.1** La gestione e la definizione di ogni **Richiesta di Risarcimento** debitamente denunciata agli **Assicuatori** verranno eseguite dagli **Assicuatori** tramite il proprio reparto sinistri e con l'assistenza del reparto appropriato del **Contraente**. Verrà applicato quanto previsto dagli Artt. 3.1, 3.2 e 3.3 e i criteri indicati nell'Art. 1.7.

**4.10.2** Gli **Assicuatori** comunicheranno al **Contraente** ogni singolo pagamento da liquidare come indennizzo e spese del richiedente, tenendo in considerazione qualsiasi altra assicurazione coinvolta e la **S.I.R. - Self Insured Retention**, così come riportata ai Punti 15, 16 e 17 della **Scheda di Polizza**.

**4.10.3** Ogni pagamento dovrà essere liquidato nel più breve tempo possibile e, in ogni caso, non oltre 30 (trenta) giorni lavorativi a partire dal ricevimento della ricevuta liberatoria o di una dichiarazione di accettazione firmata dal ricevente.

**4.10.4** Qualsiasi costo aggiuntivo determinato da un mancato pagamento o da un pagamento ritardato o parziale, oppure da un pagamento di indennizzi e/o di spese non preventivamente approvati dal reparto sinistri della **Compagnia** sarà completamente a carico del **Contraente** e non pregiudicherà i diritti degli **Assicuatori**.

Il diritto di recesso di cui al precedente Art. 4.9 sarà applicabile anche quando la **Richiesta di Risarcimento** rientra nella **S.I.R. - Self Insured Retention**.

#### 4.11 Variazione del Rischio

Il **Contraente** dovrà comunicare per iscritto, e non appena possibile, agli **Assicuratori** ogni situazione che comporti un aumento del rischio. Un aumento del rischio non noto o non espressamente accettato dagli **Assicuratori** può comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'**Assicurato** all'indennizzo, e la cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 del Codice Civile). Se si verificano cambiamenti nel corso del **Periodo di Validità della Polizza** che influiscono sul rischio, gli **Assicuratori** possono richiedere modifiche anche sostanziali ai termini della **Polizza** in vigore.

Se il **Contraente** non accetta la(e) modifica(he) proposta(e) entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione della modifica(he), gli **Assicuratori** saranno autorizzati a recedere da questo contratto, dandone comunicazione al **Contraente** con 60 (sessanta) giorni di preavviso.

### ARTICOLI 5.1 - 5.10 - ALTRE CONDIZIONI

#### 5.1 Data di Effetto - Pagamento del Premio

La presente assicurazione entra in vigore alla data indicata al Punto 2 della **Scheda di Polizza** e il premio dovrà essere pagato agli **Assicuratori** tramite l'Intermediario, secondo le rate, gli importi e le relative date di scadenza indicate nella **Scheda di Polizza**. Qualsiasi altro premio successivo dovrà essere pagato entro 15 (quindici) giorni dalla rispettiva data di scadenza, ovvero nei termini previsti dalla Scheda di Polizza.

In caso di mancato pagamento del premio, si applicano le previsioni dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Salvo quanto diversamente concordato con approvazioni speciali sottoscritte di questa **Polizza**, tutti i premi devono essere versati a **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, Corso Italia, 13 - 20122 Milano, e trasmessi tramite gli Intermediari indicati nei Punti 21 e 22 della **Scheda di Polizza**.

Il premio per ogni periodo assicurativo dovrà essere sempre versato per intero, anche quando è stato accordato un piano di pagamento dilazionato, ed anche quando vi è un accordo di versamento di un premio di deposito all'effetto della **Polizza**, con successiva regolazione alla data di scadenza.

#### 5.2 Regolazione del Premio

Nel caso in cui il premio indicato al Punto 19 della **Scheda di Polizza** sia soggetto a regolazione sulla base di elementi variabili, il **Contraente** dovrà pagare un premio minimo a deposito, non rimborsabile, in occasione dell'effetto di ogni periodo assicurativo, calcolato applicando il tasso di premio concordato all'importo totale di tali elementi variabili, stimati per il periodo assicurativo. Entro i 6 (sei) mesi successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, il **Contraente**, dovrà dichiarare per scritto agli **Assicuratori** l'importo totale di tali elementi variabili registrati nel corso dello stesso periodo. Il premio finale verrà calcolato applicando lo stesso tasso all'importo così dichiarato.

Al ricevimento dell'atto di regolazione premio, il **Contraente** dovrà pagare agli **Assicuratori** la differenza fra il premio finale ed il premio minimo a deposito. Nel caso in cui il **Contraente** non dichiari, o dichiari elementi variabili non veri o non corretti per il calcolo del premio assicurativo, gli **Assicuratori** avranno automaticamente il diritto di recuperare tutti gli indennizzi pagati ai termini di questa **Polizza**, con l'aggiunta degli interessi ragionevolmente maturati.

Gli **Assicuratori** saranno autorizzati in qualsiasi momento, nei limiti di quanto previsto dalla legge, ad effettuare verifiche e controlli e il **Contraente** dovrà, da parte sua, fornire tutti i chiarimenti e la documentazione necessari.

#### 5.3 Tasse e Imposte

Tutte le tasse e le imposte relative a questa assicurazione sono a carico del **Contraente**. Gli **Assicuratori** non hanno alcuna responsabilità riguardo al pagamento di tali oneri.

#### 5.4 Modifiche Contrattuali

Qualsiasi modifica a questo contratto deve essere fatta esclusivamente per iscritto e controfirmata dal **Contraente** e dagli **Assicuratori**.

#### 5.5 Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio

Le dichiarazioni non accurate o la mancata comunicazione da parte del **Contraente** o dell'**Assicurato** di circostanze che devono essere note per la valutazione del rischio possono portare alla perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo previsto dalla **Polizza** ed alla cessazione del contratto di assicurazione, in base a quanto previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

## 5.6 Clausola Intermediario - Comunicazioni agli Assicuratori

Il **Contraente** conferma espressamente che, in conformità a quanto previsto dal Decreto Legislativo N° 209 del 7.9.2005, e successive modificazioni, integrazioni o regolamenti attuativi, ha affidato la gestione e l'esecuzione di questo contratto all'**Intermediario** indicato al Punto 21 della **Scheda di Polizza**.

Il **Contraente** riconosce, pertanto, che ogni comunicazione relativa a questa assicurazione verrà inoltrata tramite l'**Intermediario** sopra citato, delegato dal **Contraente** a gestire tutte le attività relative a questo contratto. Questo articolo non riduce in alcun modo le condizioni previste per le comunicazioni agli **Assicuratori** riportate nell'Art. 3.1.

## 5.7 Giurisdizione (e Competenza Locale)

Il Tribunale competente per ogni controversia sarà quello della giurisdizione nella quale il **Contraente** ha la propria sede legale.

## 5.8 Legisiazione Applicabile

Per l'interpretazione di questo contratto e per qualsiasi elemento non espressamente regolato dalle condizioni, clausole e definizioni contenute in questo contratto, o allo stesso aggiunte con appendice sottoscritta da entrambe le parti, si farà riferimento esclusivo alla legislazione della Repubblica Italiana. In deroga a possibili diverse interpretazioni, questo contratto dovrà essere interpretato in modo imparziale tra il **Contraente** e gli **Assicuratori**; senza limitazione alcuna, qualora la formulazione scritta di questa **Polizza** dovesse essere considerata ambigua, qualsiasi vertenza emergente dovrà essere risolta nel modo più conforme a quanto previsto dalle clausole, stipulazioni, esclusioni e condizioni relative, senza alcuna presunzione o arbitraria interpretazione o assunzione a favore del **Contraente** o degli **Assicuratori**.

## 5.9 Responsabilità Solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non), gli **Assicuratori** rispondono per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

## 5.10 Eccezioni Opponibili

Sono opponibili al danneggiato, previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificamente per iscritto, le seguenti eccezioni:

- i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
- fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori del periodo di retroattività;
- le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'Art. 4.10 SIR "S.I.R. - Self Insured Retention per Ogni e Ciascuna Richiesta di Risarcimento".
- il mancato pagamento del premio

## 5.11 Reclami

In caso di domande o richieste di chiarimenti circa la vostra **Polizza** o riguardanti la gestione delle **Richieste di Risarcimento**, contattare, in prima istanza:

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, Corso Italia, 13 - 20122 Milano.

## 5.12 Rinvio alle Norme di Legge

Le parti si danno reciprocamente atto che il premio è stato determinato sulla base delle previsioni contenute nella vigente normativa in materia di Responsabilità Civile.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge (L.24/2017 Gelli-Bianco, di seguito anche "Legge"; Decreto n°232 del 15 Dicembre 2023 e G.U 1 Marzo 2024).

La presente **Polizza** è composta da 30 (trenta) pagine, comprensive del Facsimile **Modulo di Proposta**.

## LA COMPAGNIA

Per quanto previsto dagli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il **Contraente** dichiara qui:

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

Il **Contraente** anche per conto delle altre persone assicurate, così come definite nel Punto 12 del Glossario, dichiara 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. 156 24 Set Informativo RCG STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE - Ed. 31.10.2024", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 456 24 Condizioni di Assicurazione RCG STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE - Ed. 31.10.2024", dei relativi Allegati ed Atti di Variazione indicati nella **Scheda di Polizza**, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

A conferma di quanto sopra, e ad ogni effetto di legge di cui agli artt.1341 e 1342 c.c. il **Contraente** sottoscrive per specifica approvazione le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 456 24 Condizioni di Assicurazione RCG STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE - Ed. 31.10.2024":

#### Glossario

12 - Limiti e Sottolimiti dell'Indennizzo

#### Articoli e Coperture Aggiuntive

Art. 1.3 - Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO)

#### Esclusioni

Artt. da 2.1 a 2.21 compresi

#### Condizioni in Caso di Richiesta di Risarcimento

Art. 3.1 - Denuncia in Caso di Richiesta di Risarcimento

Art. 3.2 - Clausola di Cooperazione

Art. 3.3 - Nessuna Ammissione di Responsabilità

#### Condizioni Relative alla Portata di Questa Assicurazione

Art. 4.1 - Durata Contrattuale - Diritto di Recesso ad Ogni Data di Scadenza

Art. 4.2.1 - Limitazione Territoriale

Art. 4.2.2 - Limiti Temporali di Questa Assicurazione ["Claims Made" (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività

Art. 4.3 - Clausola MDO

Art. 4.4 - Altra Assicurazione (Artt. da 4.4.1 a 4.4.3 compresi)

Art. 4.7 - Recupero e Rivalsa

Art. 4.10 - S.I.R. - Self Insured Retention per Ogni e Ciascuna Richiesta di Risarcimento (Artt. da 4.10.1 a 4.10.4 compresi)

Art. 4.11 - Variazione del Rischio

#### Altre Condizioni

Art. 5.1 - Data di Effetto - Pagamento del Premio

Art. 5.2 - Regolazione del Premio

Art. 5.10 - Eccezioni Opponibili.

Art. 5.12 - Rinvio alle Norme di Legge.

Milano, ... / ... / .....

IL CONTRAENTE

## STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE

### FACSIMILE MODULO DI PROPOSTA

SI PREGA DI COMPLETARE UN QUESTIONARIO PER OGNI STRUTTURA DA ASSICURARE

ANAGRAFICA	DATI DEL PROPONENTE	
	Ragione Sociale del Proponente	
	P.IVA	
	Indirizzo	
	Città	
	Provincia	
	Paese/Stato	
	Data di costituzione	
	Sito WEB e Recapito Telefonico	
	Mail da utilizzare per accedere all'Area Riservata	
DATI DELLA STRUTTURA DA ASSICURARE		
Ragione Sociale Struttura da Assicurare		
P.IVA		
Indirizzo		
Città		
Provincia		
Paese/Stato		
Data di costituzione		
Sito WEB e Recapito Telefonico		
Mail da utilizzare per accedere all'Area Riservata		

TIPO DI STRUTTURA	La Struttura è Pubblica o Privata?
	La Struttura è convenzionata con il SSN?

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
**International Insurance Limited**  
Sede Legale: 4th Floor, 8 Fenchurch Place,  
London, EC3M 4AJ, United Kingdom  
Capitale Sociale Interamente Versato: US\$ 432.997.752  
Autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla  
Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority  
N° diriferimento PRA / FCA 202967  
Registrata in Inghilterra e Galles, N° di Registrazione Società: 3230337  
Numero VAT: 656897271

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
**Rappresentanza Generale per l'Italia**  
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia  
Fondo di Dotazione Interamente Versato € 92.100.000  
Iscritta in data 11.5.2021 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  
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 1945358  
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,  
Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

		<b>NOME ASSICUR ATORE</b>	<b>MASSIMALE PER SINISTRO</b>	<b>MASSIMALE AGGREGATO ANNUO</b>	<b>RITENZIONE PER SINISTRO</b>	<b>RITENZIONE AGGREGATA ANNUA</b>	<b>CLAIMS MADE / LOSS OCCURRENCE</b>	<b>RETRO ATTIVITÀ</b>	<b>PREMIO ANNUO LORDO</b>
<b>STATUS ASSICURATIVO E ASSICURATORI PRECEDENTI</b>	Anno precedente - 5								
	Anno precedente - 4								
	Anno precedente - 3								
	Anno precedente - 2								
	Anno precedente - 1								
	Anno corrente								
	Data Scadenza della polizza Anno corrente								
	È previsto un periodo di postuma o suppletivo che consenta di notificare agli assicuratori in corso dei sinistri relativi a eventi verificatisi nell'anno di polizza, ma denunciati negli anni successivi?								
	È mai stata rifiutata / annullata / disdetta una Polizza Assicurativa per i medesimi rischi? Per quale motivo?								

<b>FATTURATO</b>	Consuntivo anno precedente - 2	EUR
	Consuntivo anno precedente - 1	EUR
	Stima anno corrente	EUR
	% attività Ostetricia e Ginecologia su fatturato annuo corrente	
	% attività Ortopedia su fatturato annuo corrente	
<b>RETRIBUZIONI</b>	Stima Retribuzioni anno corrente (personale dipendente + non dipendente)	EUR

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia  
Fondo di Dotazione Interamente Versato € 92.100.000  
Iscritta in data 11.5.2021 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  
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 1945358  
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,  
Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

<b>DESCRIZIONE DEL RISCHIO</b>	Descrizione del Rischio su principali attività sanitarie svolte nella struttura	
	Nr. Accessi annuali per prestazioni mediche indipendentemente dai ricoveri	
	Nr. Sale operatorie	

	Nr. Annuo Nascite totali	
	Nr. Annuo Nascite con taglio cesareo	
	Nr. Annuo Nati con Handicap	
	Nr. Annuo Nati con tasso di "apgar" pari o inferiore a 6	
	Nr. Annuo Nati morti	
	Nr. Annuo Decessi dopo la nascita	
	Nr. Annuo Nati con gravi menomazioni	

<b>FOCUS CARTELLE CLINICHE</b>	Esistono procedure formali per la compilazione della cartella clinica che siano adeguate a precisi standard di qualità?	
--------------------------------	---	--

<b>FOCUS RISK MANAGEMENT</b>	È presente un Risk Manager addetto alla gestione dei rischi della struttura?	
	È presente un sistema di gestione della qualità certificato? Quale?	
	Indicare le procedure di Risk Management / prevenzione e gestione dei rischi:	

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
International Insurance Limited  
Sede Legale: 4th Floor, 8 Fenchurch Place,  
London, EC3M 4AJ, United Kingdom  
Capitale Sociale Interamente Versato: US\$ 432.997.752  
Autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla  
Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority  
N° di riferimento PRA / FCA 202967  
Registrata in Inghilterra e Galles, N° di Registrazione Società: 3230337  
Numero VAT: 656897271

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia  
Fondo di Dotazione Interamente Versato € 92.100.000  
Iscritta in data 11.5.2021 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  
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 1945358  
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,  
Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

AREA MEDICA	POSTI LETTO			MEDICI DIPENDENTI			MEDICI CONVENZIONATI			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI CON FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SENZA FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE		
	C O N V. S S N	P R I V A T I	D A Y H O S P.	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI
PRONTO SOCCORSO															
CARDIO CHIRURGIA															
CARDIOLOGIA															
CHIRURGIA GENERALE															
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE															
CHIRURGIA PEDIATRICA															
CHIRURGIA PLASTICA															
CHIRURGIA VASCOLARE															
DERMATOLOGIA															
TRICOLOGIA															
GERIATRIA															
GINECOLOGIA															
EMATOLOGIA															
EMODIALISI															
GASTROENTEROLOGIA															
IMMUNOLOGIA															
MALATTIE ENDOCRINE															
MALATTIE INFETTIVE															
MEDICINA GENERALE															
MEDICINA DEL LAVORO															
NEFROLOGIA															
NEUROCHIRURGIA															
NEUROLOGIA															
NEUROPSICHIATRIA															
OCULISTICA															

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Sede Legale: 4th Floor, 8 Fenchurch Place,  
London, EC3M 4AJ, United Kingdom  
Capitale Sociale Interamente Versato: US\$ 432,997,752  
Autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla  
Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority  
N° di riferimento PRA / FCA 202967  
Registrata in Inghilterra e Galles, N° di Registrazione Società: 3230337  
Numero VAT: 656897271

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia  
Fondo di Dotazione Interamente Versato € 92.100.000  
Iscritta in data 11.5.2021 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  
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 1945358  
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,  
Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

AREA MEDICA	POSTI LETTO			MEDICI DIPENDENTI			MEDICI CONVENZIONATI			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI CON FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SENZA FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE		
	C O N V. S S N	P R I V. A T S I S P.	D A H O S P.	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI
ODONTOIATRIA / STOMATOLOGIA															
ONCOLOGIA															
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA															
OSTETRICIA / PARTI / NASCITE															
ORTORINOLARINGOLOGIA															
PNEUMATOLOGIA															
PSICOLOGIA															
RADIOLOGIA															
RIABILITAZIONE															
TERAPIA INTENSIVA															
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE															
CENTRO TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE															
AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE															
AMBULATORIO SPECIALISTICO															
CENTRI DI MEDICINA ESTETICA															
CENTRO DI DIALISI															
CENTRO DI RADIOTERAPIA															
LABORATORIO ANALISI															
POLIAMBULATORIO															
CENTRO MEDICO															

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
International Insurance Limited  
Sede Legale: 4th Floor, 8 Fenchurch Place,  
London, EC3M 4AJ, United Kingdom  
Capitale Sociale Interamente Versato: US\$ 432.997.752  
Autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla  
Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority  
N° diriferimento PRA / FCA 202967  
Registrata in Inghilterra e Galles, N° di Registrazione Società: 3230337  
Numero VAT: 656897271

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia  
Fondo di Dotazione Interamente Versato € 92.100.000  
Iscritta in data 11.5.2021 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  
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 1945358  
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,  
Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

AREA MEDICA	POSTI LETTO			MEDICI DIPENDENTI			MEDICI CONVENZIONATI			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI CON FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SENZA FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE		
	C O N V. S S N	P R I V A T I	D A Y H O S P.	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGI	NON CHIRURGI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI
STUDIO DI OMEOPATIA E AGOPUNTURA															
SERVIZI DI STUDI MEDICI DI MEDICINA GENERALE															
IGIENE E PROFILASSI															
CASE DI CURA DI LUNGA DEGENZA															
ALTRI ATTIVITÀ PARAMEDICHE INDIPIENDENTI															
STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER ANZIANI E DISABILI (R.S.A.)															
STRUTTURE DI ASSISTENZA SOCIALE E RESIDENZIALE (R.A.)															
STRUTTURE DI ASSISTENZA INFERNIERISTICA RESIDENZIALE PER ANZIANI															
STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER PERSONE AFFETTE DA RITARDI E DA DISTURBI MENTALI, O CHE ABUSANO DI SOSTANZE STUPEFACENTI															
ALTRÒ (SPECIFICARE)															

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Sede Legale: 4th Floor, 8 Fenchurch Place,  
London, EC3M 4AJ, United Kingdom  
Capitale Sociale Interamente Versato: US\$ 432.997.752  
Autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla  
Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority  
N° di riferimento PRA / FCA 202967  
Registrata in Inghilterra e Galles, N° di Registrazione Società: 3230337  
Numero VAT: 656897271

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia  
Fondo di Dotazione Interamente Versato € 92.100.000  
Iscritta in data 11.5.2021 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  
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 1945358  
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,  
Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

<b>INTERMEDIAZIONE</b>	Nome del Broker direttamente incaricato dall'Ente	
	Esiste mandato in esclusiva ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ALTRO Specificare: _____

<b>TARGET STRUTTURALE RICHIESTO</b>	Premio Annuo Imponibile richiesto al lordo di commissioni di intermediazione	EUR
	Massimale per Sinistro Richiesto	EUR
	Massimale in Aggregato Annuo Richiesto	EUR
	SIR /Scoperto per sinistro	EUR
	SIR in Aggregato Annuo richiesta	EUR
	Condizioni Particolari (Inclusioni, Esclusioni, Limiti Speciali/Sottolimiti speciali/Franchigie Speciali)	
	Retroattività richiesta (indicare n. di mesi/anni totali a ritroso dalla data di inizio della copertura)	

<b>SITUAZIONE SINISTRI ULTIMI 5 ANNI</b>	Il Contraente è a conoscenza di fatti o circostanze note dai quali possano derivare richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, compilare il modulo "SITUAZIONE SINISTRI ULTIMI 5 ANNI"
--	--

<b>SITUAZIONE SINISTRI ULTIMI 5 ANNI</b>											
<b>NOME STRUTTURA DI RIFERIMENTO</b>	<b>ASSICURATORE</b>	<b>CODICE SINISTRO</b>	<b>DATA ACCADIMENTO</b>	<b>DATA DENUNCIA</b>	<b>DESCRIZIONE EVENTO</b>	<b>REPARTO</b>	<b>ETÀ DANNEGGIATO</b>	<b>STATO SINISTRO</b>	<b>RICHIESTA DI CONTROPARTE</b>	<b>IMPORTO PAGATO (DALLA PRIMA LIRA E AL LORDO DI EVENTUALI RIVALSE)</b>	<b>IMPORTO RISERVATO (DALLA PRIMA LIRA E AL LORDO DI EVENTUALI RIVALSE)</b>
										EUR	EUR
										EUR	EUR
										EUR	EUR
										EUR	EUR
										EUR	EUR
										EUR	EUR
										EUR	EUR

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**  
**Rappresentanza Generale per l'Italia**  
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia  
Fondo di Dotazione Interamente Versato € 92.100.000  
Iscritta in data 11.5.2021 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  
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 1945358  
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,  
Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

## DICHIARAZIONI CONCLUSIVE

Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che nessuna informazione importante inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa, sottaciuta o alterata e riconosce che il presente questionario e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto del proponente costituisce la base dell'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente proposta per conto dell'Associazione Professionale o della Società e che gli assicurati hanno preso visione ed approvato la stessa così come compilata.

Il sottoscritto prendendo atto che le informazioni riportate costituiranno base essenziale per la valutazione del rischio e che il presente questionario diverrà parte integrante del contratto ove stipulato, dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

NOTA BENE: Si precisa che i sinistri già manifestati e riportati nell'elenco di cui sopra, nonché quelli eventualmente conseguenti ai fatti noti e circostanze riportate in questo questionario, non rientrano in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Milano, ... / ... / .....

IL PROPONENTE \_\_\_\_\_

## 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. 31.05.2023** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personalii 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.

Milano, ... / ... / .....

IL PROPONENTE \_\_\_\_\_

## 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



leggimate 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](mailto: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](mailto: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 \_\_\_\_\_

presso 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 \_\_\_\_\_