

## SET INFORMATIVO

(Mod. 135 22 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 31.05.2022)

### PROFESSIONE MEDICA

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

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 ADESIONE** in allegato alle **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Il presente documento include inoltre:

5. **INFORMATIVA PRIVACY**

### AVVERTENZA:

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO**

# Assicurazione in forma Collettiva per la Responsabilità Civile Professionale degli Operatori Sanitari

DIP - Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di Assicurazione Danni

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

Prodotto: "PROFESSIONE MEDICA"

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 Professionale degli Operatori Sanitari in conseguenza di **Danni** causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la Responsabilità per Colpa Grave e R.C.O.



## Che cosa è assicurato?

- ✓ **Responsabilità Civile Professionale:** la **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo, di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata.
- ✓ La **Compagnia** risponde:
  - Dei **Danni** cagionati a Terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale;
  - Delle azioni di rivalsa esperite dalla struttura, clinica o istituto a cui presti la tua opera, o esperite dall'**Assicuratore** della struttura stessa;
  - Le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 n° 222
  - **Danni** derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
- ✓ **Colpa Grave:** nei casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, la **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare qualora sia dichiarato, con sentenza dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi nel merito, responsabile o corresponsabile per colpa grave
- ✓ Sono coperte le **Richieste di Risarcimento** ricevute dall'**Assicurato** per la prima volta nel **Periodo di Assicurazione** e denunciate nel medesimo periodo (forma "**Claims Made**") per fatti commessi in tale periodo o per fatti accaduti nel **Periodo di Retroattività** (pari ad almeno 10 anni anteriori alla data di effetto della polizza, o illimitatamente) non conosciuti alla data di effetto della polizza.
- ✓ **Responsabilità Civile Dipendenti (R.C.O.):** la **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di quanto sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile 1) per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'**Assicurazione**, oppure 2) dei danni cagionati ai prestatori di lavoro per morte e per lesioni personali. La garanzia della R.C.O. è inoltre estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura.



## Che cosa non è assicurato?

- ✗ Tutti i **Sinistri** relativi a fatti dannosi accaduti prima dell'inizio del **Periodo di Retroattività**

- ✗ Sono considerati **Fatti Noti** e quindi non coperti dalla presente Polizza di **Assicurazione** tutte le **Richieste di Risarcimento** già notificate e/o a conoscenza dell'**Assicurato**
- ✗ Le perdite che eccedono i Massimali pattuiti
- ✗ Fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che, per qualunque motivo o causa, l'**Assicurato** venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale ovvero licenziato per giusta causa
- ✗ **Danni** che siano conseguenza dell'inottemperanza a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di informazione e consenso informato
- ✗ Pretese per la mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato, nonché attività ed operazioni di mera chirurgia estetica
- ✗ Obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'**Assicurato**, oppure relative ai cosiddetti **Danni** di natura punitiva o di carattere esemplare
- ✗ **Danni** derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione
- ✗ **Danni** derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione
- ✗ **Danni** riconducibili a proprietà, possesso e uso di veicoli o natanti a motore nonché alla loro circolazione
- ✗ **Danni** causati da Perdite patrimoniali pure (ad eccezione di coloro che hanno dichiarato nel **Modulo di Adesione** di svolgere l'attività di Medico Legale e Medicina del Lavoro). Si intendono comunque escluse dalla copertura le **Richieste di Risarcimento** derivanti da **Danni** cagionati da errori od omissioni derivanti dall'esercizio dell'attività amministrativa
- ✗ **Danni** conseguenti a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di **Assicurato**
- ✗ **Danni** riconducibili alla violazione in materia di protezione dei dati personali così come definite dalla normativa tempo per tempo vigente
- ✗ Attività esercitata o svolta dall'**Assicurato** che non possa essere ricompresa tra quelle inerenti e conseguenti le abilitazioni e la specializzazione dell'**Assicurato** stesso relativa alla presente **Polizza Collettiva**
- ✗ Sanzioni Internazionali



### Ci sono limiti di copertura?

- ! Le coperture assicurative operano nei limiti dei massimali assicurati (da Euro 1.000.000 a Euro 5.000.000 euro).
- ! Le attività professionali assicurabili (*Specializzazioni Mediche Assicurabili*) sono quelle riportate nel **Modulo di Adesione**.



### Dove vale la copertura?

- ✓ L'**Assicurazione** vale per le **Richieste di Risarcimento** originate da fatti dannosi accaduti o da comportamenti colposi posti in essere nel territorio di tutti i Paesi Europei.
- ✓ È condizione essenziale per l'operatività dell'**Assicurazione** che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne devono essere fatte valere in Italia.



### Che obblighi ho?

- Pagare il **Premio** secondo le rate, gli importi e le relative date di scadenza indicate nel **Certificato di Assicurazione**.
- Quando si sottoscrive il contratto, si ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.
- L'**Assicurato** deve dare comunicazione scritta alla **Compagnia** di ogni aggravamento del rischio.
- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione della polizza.
- In caso di **Sinistro**, esso deve essere denunciato per iscritto alla **Compagnia** entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui l'**Assicurato** stesso ne è venuto a conoscenza.
- In caso di **Sinistro**, l'**Assicurato** deve inoltre comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il **Sinistro** a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri. L'inadempimento di tale obbligo comporterà la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1910 Cod. Civ.).
- Senza il previo consenso scritto della **Compagnia**, l'**Assicurato** non deve in alcun caso e per qualsivoglia motivo ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare **Danni** e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la **Compagnia** si riserva il diritto di negare l'indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior **Danno**.
- È necessario comunicare tempestivamente alla **Compagnia** la cessazione dell'attività professionale e la richiesta di ultrattività (postuma) della copertura assicurativa, regolando il relativo **Premio** aggiuntivo.



### Quanto e come devo pagare?

Il **Premio** deve essere pagato prima della data di decorrenza della polizza tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico. È possibile scegliere se pagare l'intero **Premio** annuo, oppure optare per il frazionamento semestrale. Il **Premio** è comprensivo di accessori e di imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Se viene scelto il frazionamento semestrale, si dovrà pagare anche la seconda semestralità alla scadenza stabilita. Essendo previsto il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annua si dovrà pagare il **Premio** annuo di **Rinnovo**.

Ai sensi dell'Art. 1901 Cod. Civ., in caso di mancato pagamento del **Premio** o della rata di **Premio** successivo alla stipulazione del contratto, l'**Assicurazione** resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalle ore 24.00 della data di decorrenza indicata sul **Certificato di Assicurazione** se pagato il **Premio**, oppure dalla data di pagamento del **Premio** se successiva, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato sul **Certificato di Assicurazione**. La copertura si rinnova automaticamente alla scadenza annuale, salvo il caso di mancato **Rinnovo** automatico dei singoli Certificati di **Assicurazione** conseguente alla cessazione della **Polizza Collettiva** e salvo che non venga inviata disdetta da parte dell'**Assicurato**.



### Come posso disdire la polizza?

Se si è un consumatore (come definito dal D.lgs 206 del 2005) ed il contratto è stato venduto a distanza, si ha 14 giorni di tempo dalla data di conclusione del contratto per recedere dallo stesso, senza dover indicare alcun motivo.

È possibile inviare disdetta della polizza da parte dell'**Assicurato**, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

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

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

Prodotto: "PROFESSIONE MEDICA"

Data di realizzazione: 31/05/2022, 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 2021) di **BHItalia**® è di 84,75 milioni di Euro.

L'importo del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) di **BHItalia**® è di 25,77 milioni di Euro, l'importo del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è di 6,44 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 72,97 migliaia di Euro. Il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*), che rappresenta il rapporto tra l'importo dei fondi propri ammissibili alla copertura e il requisito patrimoniale di solvibilità, è del 283%.

Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria della Branch (SFCR) disponibile al seguente indirizzo: <https://www.bh-italia.it/#intro>

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2021) di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** è di 485,53 milioni di Euro, formato da un capitale sociale di 381,69 milioni di Euro e da riserve patrimoniali di 103,84 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\$ 1,134418501 (tasso di cambio al 31 Dicembre 2021).

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è di 173,46 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è di 43,37 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 506,38 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 292%.

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 indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente all'oggetto della presente copertura assicurativa:

### Responsabilità Civile

- ✓ La **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo, di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel **Modulo di Adesione** e riportata alla sezione "Specialità Mediche Assicurabili", allegato che costituisce parte integrante del contratto, sempreché l'**Assicurato** abbia sottoscritto il **Modulo di Adesione** e che risulti in regola con il versamento del **Premio** nei termini dovuti e che abbia le qualificazioni, le specializzazioni e le abilitazioni necessarie richieste dalla normativa vigente di volta in volta applicabile.

### Responsabilità Civile per Colpa Grave

- ✓ Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, la **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare nei limiti previsti dalla legge e nel rispetto dei massimali di polizza, solo qualora egli sia dichiarato - con sentenza dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste - responsabile o corresponsabile per colpa grave (in quest'ultimo caso pro-quota e senza obbligo di solidarietà).
- ✓ L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'**Assicurato** con la **Compagnia** non farà cumulo con la presente polizza. L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'**Assicurato** con altro assicuratore è soggetta alle previsioni di polizza in merito ad "Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio".

### R.C.O.

- ✓ La **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:
  - 1) ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
  - 2) ai sensi delle disposizioni del codice civile a titolo di risarcimento dei danni non rientranti nella disciplina del D. P. R. del 30 giugno 1965, n. 1124, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1), per morte e per lesioni personali.
- ✓ La garanzia della R.C.O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro) e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'Assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella d'inizio copertura del **Certificato di Assicurazione**.

L'Assicurazione è prestata, per ciascun Sinistro e per ciascun **Periodo di Assicurazione**, fino alla concorrenza del **Massimale**.

L'Assicurazione è prestata nella forma "**Claims Made**", ossia nella forma volta a rendere indenne l'**Assicurato** dalle Richieste di Risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il **Periodo di Assicurazione** in corso e da lui denunciate alla **Compagnia** durante lo stesso Periodo o entro i 30 giorni successivi alla scadenza dello stesso purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il **Periodo di Assicurazione** e purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il **Periodo di Retroattività**, e comunque non inferiore a 10 anni antecedenti alla data di effetto del Certificato.

L'Assicurazione è prestata sulla base delle informazioni fornite dall'**Assicurato** e contenute nel **Modulo di Adesione** che forma parte integrante della presente Polizza.

La **Compagnia** assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze a nome dell'**Assicurato** tanto in sede stragiudiziale che in sede giudiziale, sia civile che penale, designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'**Assicurato** stesso.

Sono a carico della **Compagnia** le spese legali sopportate per assistere e difendere l'**Assicurato** in caso di Sinistro, in aggiunta al **Massimale** stabilito, ma entro il limite del 25% del **Massimale** medesimo. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto **Massimale**, le spese vengono ripartite fra la **Compagnia** e l'**Assicurato** in proporzione del rispettivo interesse.

### Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

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

##### **Retroattività Illimitata**

L'**Assicurato** ha facoltà di richiedere un **Periodo di Retroattività** illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra premio pari al **10% del Premio annuale previsto per la Specialità Medica Assicurabile e relativo Massimale**.

<b>Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione</b>	<p>In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale dell'<b>Assicurato</b>, debitamente documentata, la copertura assicurativa s'intende estesa ad un periodo di ultrattività per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura (incluso il <b>Periodo di Retroattività</b> della copertura stessa) restando inteso che l'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.</p> <p>L'attivazione di questa copertura comporta il pagamento di un sovra-premio pari al <b>200% del Premio annuale previsto per la Specializzazione Medica assicurata</b>, ed il tempestivo invio - a mezzo raccomandata A.R. o a mezzo posta elettronica certificata - prima della data di cessazione dell'attività professionale - di una comunicazione in merito all'intenzione dell'<b>Assicurato</b> di attivare la copertura di cui al presente articolo.</p> <p>Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'Assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.</p> <p>Per i sinistri risarcibili ai sensi della presente estensione di garanzia, il <b>Massimale</b> previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della <b>Compagnia</b> per l'intero periodo di copertura a partire dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione definitiva dell'attività professionale, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'Assicurazione.</p>
---	--



### 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>✘ Sono esclusi dalla copertura tutti i Sinistri che derivano da Richieste di Risarcimento che sono state notificate all'<b>Assicurato</b> nel corso del <b>Periodo di Assicurazione</b>, e che sono stati denunciati da quest'ultimo alla <b>Compagnia</b> in una data successiva alla data di scadenza del <b>Periodo di Assicurazione</b> in corso;</li> <li>✘ Sono escluse le richieste di Risarcimento conseguenti a <b>Fatti Noti</b> all'<b>Assicurato</b> prima della data di effetto della Polizza, anche se questi ultimi non sono mai stati denunciati ai precedenti assicuratori e anche se dichiarati nel <b>Modulo di Adesione</b>;</li> <li>✘ Sono escluse le richieste di Risarcimento relative a Danni che si verifichino a causa di esplosioni o emanazioni di calore o di radiazioni, derivanti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale dichiarata dall'<b>Assicurato</b> al momento della stipulazione della Polizza;</li> <li>✘ Esclusione per 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'<b>Assicurato</b> o il <b>Contraente</b> 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 esaustivo le sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (UK 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;</li> <li>✘ In caso di responsabilità dell'eventuale medico sostituto (definito ai sensi di quanto previsto dall'A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche ed integrazioni) per fatti da quest'ultimo commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di <b>Assicurato</b>, la Polizza dà copertura solo ed esclusivamente a secondo rischio sulla polizza personale stipulata dal sostituto in questione e nei limiti del massimale applicabile, a condizione che il sostituto sia in possesso dei titoli di studio, abilitazioni e specializzazioni appropriati, come previsto dalla normativa vigente per il tipo di sostituzione in questione;</li> <li>✘ La <b>Compagnia</b> non riconosce le spese incontrate dall'<b>Assicurato</b> per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'<b>Assicurato</b>.</li> </ul>
-----------------------	---



## Ci sono limiti di copertura?

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

- ! In caso di responsabilità solidale dell'**Assicurato** con altri responsabili, la **Compagnia** risponde solo per la quota di pertinenza dell'**Assicurato**.
- ! In caso di esistenza di altre polizze sottoscritte dall'**Assicurato** ed operanti per il medesimo evento la presente assicurazione opererà esclusivamente a secondo rischio rispetto alle medesime e per l'importo di danno eccedente il massimale delle stesse.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di sinistro?

#### Denuncia del sinistro:

Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue.

L'**Assicurato** deve denunciare per iscritto alla **Compagnia**, ed in copia all'intermediario autorizzato a concludere il contratto, qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'**Assicurato** o all'ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'**Assicurato** il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale, entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui l'**Assicurato** stesso ne è venuto a conoscenza.

Quanto sopra si applica in relazione a qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia, atti e/o comunicazioni della magistratura penale o degli organi di polizia giudiziaria notificati all'**Assicurato** o comunicazioni inviate alla struttura sanitaria di appartenenza, di cui l'**Assicurato** venga a conoscenza che possa dare origine a una **Richiesta di Risarcimento** nei confronti dell'**Assicurato** stesso.

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

Alla denuncia devono far seguito immediatamente e comunque entro ulteriori 15 giorni i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

In caso di avviso di sinistri effettuato direttamente con procedure cautelari ed urgenti ovvero a procedure diverse da quella ordinaria ovvero a procedure ordinarie con termini di costituzione inferiori a quelle previste per il giudizio ordinario ovvero a procedure di conciliazione e mediazione (volontaria o obbligatoria) con comparizione inferiore ai 10 giorni, l'**Assicurato** si impegna a trasmettere alla **Compagnia** l'atto ricevuto in notificazione entro il termine di 3 giorni dal ricevimento unitamente a tutti i documenti utili per la gestione della controversia o per la predisposizione delle difese tecnico giuridiche.

La denuncia di Sinistro va inoltrata 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](mailto:sinistri@bh-italia.com)  
PEC: [sinistri.bh-italia@legalmail.it](mailto:sinistri.bh-italia@legalmail.it)

oppure all'Agenzia alla quale è stato appoggiato il Contratto.

La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui all'Art. 696-bis c.p.c è obbligatoria per l'**Assicurato** e la **Compagnia**, e per tutta la durata del procedimento.

L'**Assicurato** si impegna a fornire tempestivamente alla **Compagnia** la documentazione, medica e non, necessaria per l'espletamento delle formalità previste dalla legge in relazione al tentativo obbligatorio di conciliazione e/o alla mediazione obbligatoria.

**Assistenza diretta/in convenzione:** *Non prevista.*

**Gestione da parte di altre imprese:** *Non prevista.*

	<p><b>Prescrizione:</b></p> <p>Come previsto dall'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche e integrazioni, il diritto al pagamento delle rate di <b>Premio</b> si prescrive in 1 (un) anno dalle singole scadenze.</p> <p>Ai sensi dell'Art. 22, comma 14 della Legge N. 221 del 17 Dicembre 2012 di conversione con modificazioni del D. L. N. 179 del 18 Ottobre 2012, gli altri diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione Danni si prescrivono nel termine di 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda; nell'assicurazione della Responsabilità civile il termine di 2 (due) anni decorre dal giorno in cui il terzo danneggiato ha richiesto il risarcimento all'<b>Assicurato</b> o ha promosso contro questo l'azione.</p> <p>La comunicazione all'Assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell' <b>Assicurato/Contraente</b> , relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio rese all'atto della stipulazione della Polizza possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell' <b>Assicurato</b> ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione (articoli 1892 e 1893 Cod. Civ.).
<b>Obblighi dell'impresa</b>	L'impresa si impegna a pagare all' <b>Assicurato</b> gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla data dell'accordo di definizione del sinistro.



### Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	<p><b>Modalità di pagamento</b></p> <p>Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ai fini della determinazione del <b>Premio</b> annuale di cui alla presente Assicurazione, si dovrà fare riferimento alla apposita tabella denominata "Specialità Mediche Assicurabili"</li> <li>- Qualora l'aderente svolga più attività professionali, dovrà indicarle tutte nel <b>Modulo di Adesione</b>. In questo caso il <b>Premio</b> da corrispondere sarà pari all'importo riferito all'attività di più alto rischio.</li> </ul> <p><b>Oneri fiscali</b></p> <p>Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'<b>Assicurato</b>. La <b>Compagnia</b> non sarà in alcun caso responsabile riguardo al pagamento di tali oneri.</p>
<b>Rimborso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'<b>Assicurato</b> ha diritto al rimborso del <b>Premio</b> pagato e non goduto al netto degli oneri fiscali che per legge restano a suo carico nell'ipotesi di esercizio del diritto di ripensamento previsto nei casi di acquisto a distanza della copertura.</li> <li>- L'<b>Assicurato</b> ha diritto al rimborso del <b>Premio</b> pagato in caso di recesso per sinistro validamente esercitato dalla <b>Compagnia</b>. Quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, rimborserà all'<b>Assicurato</b> la parte di <b>Premio</b>, al netto delle imposte di legge, relativa al periodo di rischio non corso.</li> </ul>



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il primo <b>Periodo di Assicurazione</b> ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato sul <b>Certificato di Assicurazione</b> se il <b>Premio</b> o la prima rata di <b>Premio</b> sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.</li> <li>- Ad ogni scadenza, pagato il <b>Premio</b> convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo <b>Periodo di Assicurazione</b>, distinto dal precedente e dal successivo.</li> <li>- L'<b>Assicurato</b> ha facoltà di manifestare la volontà di non rinnovare la propria copertura mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti inviata almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale; in mancanza di tale manifestazione la copertura si intende prorogata di un anno e così successivamente.</li> <li>- A seguito del pagamento avvenuto, la <b>Compagnia</b> rilascerà all'<b>Assicurato</b> un regolare Certificato contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del <b>Premio</b>.</li> </ul>
---------------	--



<b>Sospensione</b>	In caso di mancato pagamento del <b>Premio</b> o della rata di <b>Premio</b> successivo alla stipulazione del contratto, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.
--------------------	--



## Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	L' <b>Assicurato</b> ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione, agli Assicuratori, anche per il tramite dell'Intermediario. Il termine che precede decorre dal giorno della ricezione della Polizza da Parte dell' <b>Assicurato</b> .
<b>Risoluzione</b>	In caso di emanazione di nuova normativa in ambito di responsabilità medico sanitaria ovvero in caso di cambiamenti della normativa esistente in tale ambito (ivi inclusa l'emanazione dei Decreti Attuativi della Legge n. 24/2017), le parti concordano che la <b>Compagnia</b> avrà la facoltà di modificare la quantificazione del <b>Premio</b> ovvero che ciascuna delle Parti avrà la facoltà di recedere dal contratto, mediante invio di raccomandata A.R., con un preavviso di 30 (trenta) giorni dalla data della stessa.



## A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo si rivolge alle persone fisiche debitamente munite dei titoli di studio e delle abilitazioni e specializzazioni necessarie richieste dalla legge per lo svolgimento dell'attività professionale medica.



## Quali costi devo sostenere?

Il **Premio** Annuale previsto per la categoria di appartenenza a carico dell'aderente della **Polizza Collettiva** è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari che sono pari in media al 24,25% del **Premio** Imponibile.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<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). 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 <b>Compagnia</b>, 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>
<b>All'IVASS</b>	<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:**

<b>Mediazione</b>	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).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

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

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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### PROFESSIONE MEDICA

Mod. 435 22 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 31.05.2022

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

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 degli associati/iscritti al **Contraente** che ne abbiano fatto richiesta e che abbiamo corrisposto il relativo **Premio**, ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

**(1) RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E GENERALE**

**(2) RESPONSABILITÀ CIVILE DIPENDENTI - R.C.O.**

*Il presente contratto è stato redatto secondo le Linee Guida del Tavolo di lavoro ANIA "Contratti Semplici e Chiari".*

#### **AVVERTENZA:**

***Il Contraente si assume l'impegno di consegnare il Set Informativo al singolo aderente prima della sottoscrizione del contratto, nonché il Certificato di Assicurazione al singolo Assicurato che abbia aderito alla Polizza Collettiva e che abbia corrisposto il relativo Premio.***

## INDICE

<b>FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA</b> .....	<b>4</b>
<b>CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> .....	<b>6</b>
<b>I) GLOSSARIO</b> .....	<b>6</b>
<b>II) DESCRIZIONE DEL RISCHIO - ATTIVITÀ ASSICURATA</b> .....	<b>9</b>
<b>III) LIMITI</b> .....	<b>9</b>
<b>IV) NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE</b> .....	<b>10</b>
Art. 1) Oggetto dell'Assicurazione.....	10
Art. 2) Forma dell'Assicurazione "Claims Made" - Retroattività .....	10
Art. 3) Definizione di Terzo.....	11
Art. 4) Esclusioni .....	11
Art. 5) Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro - Gestione Sinistri e Gestione Vertenze - Spese Legali .....	12
Art. 6) Pagamento del Premio .....	13
Art. 7) Durata della Polizza - Adesione all'Assicurazione - Rinnovo.....	14
Art. 8) Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività .....	14
Art. 9) Oneri Fiscali .....	14
Art. 10) Giurisdizione e Foro Competente .....	15
Art. 11) Legge Applicabile - Rinvio alle Norme di Legge .....	15
Art. 12) Esclusioni Sanzioni Internazionali .....	15
Art. 13) Responsabilità Solidale .....	15
Art. 14) Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio .....	15
Art. 15) Diminuzione e Aggravamento del Rischio .....	16
Art. 16) Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio .....	16
Art. 17) Recesso in Caso di Sinistro .....	16
Art. 18) Surrogazione - Rivalsa - Regresso.....	17
Art. 19) Gestione della Polizza - Clausola Broker .....	17
Art. 20) Recesso per Ripensamento in Caso di Vendita a Distanza.....	17
Art. 21) Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione .....	17
Art. 22) Tentativo Obbligatorio di Conciliazione- Mediazione Obbligatoria .....	18
Art. 23) Clausola Risolutiva Espressa.....	18
Art. 24) Oggetto dell'Assicurazione R.C.O.....	18
Art. 25) Denuncia dei Danni R.C.O. ....	18
Art. 26) Studi Associati o Società .....	19

<b>ALLEGATO 1.....</b>	<b>20</b>
Specialità Mediche Assicurabili .....	20
<b>FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE .....</b>	<b>25</b>
<b>FACSIMILE MODULO DI ADESIONE .....</b>	<b>27</b>

## FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA

1. **Contraente:** .....
- Periodo di Validità della Polizza**  
**Collettiva:**
2. **Effetto:** dalle ore 00:01 del .....
3. **Scadenza:** alle ore 00:01 del .....
4. **Data Retroattività:** dalle ore 00:01 del ..... (10 anni).  
Opzione Retroattività Illimitata di cui all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione:  
sovra-premio 10% del Premio annuale di tariffa applicabile.
5. **Limite dell'Indennizzo per Riscarcimento**  
A scelta tra EUR 1.000.000,00 , EUR 2.000.000,00 , EUR 3.000.000,00 ed EUR 5.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie.
6. **Limite Aggregato dell'Indennizzo, per ciascun Assicurato:** Lo stesso limite prescelto per il *Limite dell'Indennizzo per Riscarcimento*.
7. **Franchigia per ogni e ciascuna Richiesta di Riscarcimento:** Nessuna.
8. **Premi Anni Lordi:** I premi esposti nell'Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione, "Specialità Mediche Assicurabili".  
Sovra-premio per l'attivazione della Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività di cui all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione: ..... % del Premio annuale di tariffa applicabile.
9. **Intermediario (Broker):** .....
10. **Intermediario (Agente):** .....
11. **Informativa Precontrattuale e Condizioni di Assicurazione:**
  - Mod. 135 22 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 31.05.2022
  - Mod. 435 22 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 31.05.2022
12. **Allegati / Atti di Variazione:** Allegato 1 - "Specialità Mediche Assicurabili".

Milano,

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

### 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 >**

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

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel **Mod. 435 22 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 31.05.2022** e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa **Polizza Collettiva**;
- (B) Formulazione temporale dell'**Assicurazione "Claims Made"**;
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente **Assicurazione**.

Il **Contraente** dichiara inoltre di aver ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte della Polizza **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, in particolare del "**Mod. 135 22 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 31.05.2022**", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "**Mod. 435 22 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 31.05.2022**", dei relativi Allegati ed Atti di Variazione indicati nel Punto 12 della **Scheda di Polizza**, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Ai sensi del Titolo II, Capo I, Art. 9 del Regolamento **IVASS N° 41 del 02 Agosto, 2018** è fatto obbligo il **Contraente** di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il **Set Informativo** nonché le Condizioni contrattuali complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della **Polizza Collettiva**.

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

- |  |   |
|--|---|
| Art. 2 Forma dell'Assicurazione "Claims Made" - Retroattività  | Art. 13 Responsabilità Solidale   |
| Art. 4 Esclusioni  | Art. 14 Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio                     |
| Art. 5 Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro - Gestione Sinistri e Gestione Vertenze - Spese Legali | Art. 15 Diminuzione e Aggravamento del Rischio                                  |
| Art. 6 Pagamento del Premio  | Art. 16 Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio |
| Art. 7 Durata della Polizza - Adesione all'Assicurazione - Rinnovo   | Art. 17 Recesso in Caso di Sinistro   |
| Art. 8 Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività                                     | Art. 18 Surrogazione - Rivalsa - Regresso                                       |
| Art. 10 Giurisdizione e Foro Competente  | Art. 21 Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione                            |
| Art. 12 Esclusioni Sanzioni Internazionali   | Art. 22 Tentativo Obbligatorio di Conciliazione - Mediazione Obbligatoria       |
|  | Art. 23 Clausola Risolutiva Espresa   |

Data ..... FIRMA DEL CONTRAENTE .....

## CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

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

Data ..... FIRMA DEL CONTRAENTE .....

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### I) GLOSSARIO

Le Parti concordano che i seguenti termini utilizzati nel presente contratto avranno i significati qui di seguito riportati:

- Compagnia:** La Società Assicuratrice che stipula il presente contratto;
- Assicurato:** La persona fisica debitamente munita dei titoli di studio e delle abilitazioni e specializzazioni necessarie richieste dalla legge ed indicate espressamente nella **Scheda di Polizza**, che svolge la propria attività professionale secondo le modalità indicate nel **Modulo di Adesione** e riportate nella **Scheda di Polizza**;
- Contraente:** Il soggetto indicato al punto 1 della **Scheda di Polizza** che, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 55 comma 2 del Regolamento **IVASS** 40/2018, sottoscrive la presente **Polizza Collettiva** in qualità di mandatario non essendo beneficiario né vincolatario delle prestazioni assicurative né dei diritti derivanti dal contratto stesso, e non assumendo alcuna obbligazione in merito al pagamento dei premi dovuti dai singoli **Assicurati**, neppure in caso di omesso versamento o insolvenza dei medesimi;
- Assicurazione:** Il contratto di **Assicurazione**;
- Polizza Collettiva:** Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova della stipulazione del contratto di **Assicurazione**.
- Set Informativo:** Il documento che la **Compagnia** è tenuta a consegnare al **Contraente** e, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa, all'aderente prima che il contratto sia stipulato, contenente il DIP Danni, il DIP Aggiuntivo Danni, le Condizioni di **Assicurazione** comprensive di Glossario, il Facsimile del **Modulo di Adesione** ed il documento di Informativa Privacy;
- Scheda di Polizza:** Il documento contrattuale che definisce gli accordi stipulati tra la **Compagnia** ed il **Contraente** della presente **Polizza Collettiva**;
- Modulo di Adesione:** Il documento che costituisce parte integrante di questa Polizza in cui sono indicati i dati dell'**Assicurato**, l'attività professionale svolta dallo stesso e le dichiarazioni relative a **Richieste di Risarcimento** e/o **Fatti Noti**;
- Certificato di Assicurazione:** Il documento riepilogativo degli estremi della copertura del singolo **Assicurato**;
- Intermediario/Broker:** L'intermediario di assicurazioni che ha collocato il contratto di **Assicurazione** agendo su incarico del **Contraente** (Broker) ovvero su incarico della **Compagnia** (Agente);
- Franchigia:** L'importo espresso in valore assoluto che viene dedotto dalla somma indennizzabile e che l'**Assicurato** tiene a suo carico;



<b>Massimale:</b>	La somma massima indicata nella <b>Scheda di Polizza</b> che obbliga la <b>Compagnia</b> e che quest'ultima sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ogni <b>Sinistro</b> e per l'insieme di tutti i Sinistri relativi ad un medesimo <b>Periodo di Assicurazione</b> , indipendentemente da quante siano le <b>Richieste di Risarcimento</b> ed il numero delle persone danneggiate;
<b>Diritto di Ripensamento:</b>	La facoltà dell' <b>Assicurato</b> di recedere dal contratto annullandone gli effetti;
<b>Fatti Noti:</b>	Qualsiasi fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare <b>Richieste di Risarcimento</b> da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall' <b>Assicurato</b> (e dai suoi sostituti temporanei, questi ultimi alle condizioni espressamente indicate nella Polizza) e che è stato portato a conoscenza dell' <b>Assicurato</b> . A titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono per <b>Fatti Noti</b> fatti, situazioni, circostanze o comunicazioni, notizie, querele, denunce, atti giudiziari, indagini - anche interne - della Direzione Sanitaria mentre non sono considerate <b>Fatti Noti</b> le relazioni tecniche chieste dalla Direzione Sanitaria ad eccezione dei casi in cui - unitamente alla richiesta di dette relazioni - all' <b>Assicurato</b> non venga comunicato o gli venga portata a conoscenza in qualsivoglia modo l'esistenza di una richiesta di danni relativa a fatti in cui l' <b>Assicurato</b> medesimo era coinvolto;
<b>"Claims Made":</b>	Il tipo di copertura garantita in base alla quale le garanzie assicurative operano con riferimento alle <b>Richieste di Risarcimento</b> pervenute alla <b>Compagnia</b> per la prima volta durante il <b>Periodo di Assicurazione</b> anche se relative a fatti antecedenti alla data di effetto della Polizza stessa;
<b>Periodo di Assicurazione:</b>	Il periodo ricompreso tra la data di effetto e la data di scadenza come risultanti dalla <b>Scheda di Polizza</b> ad eccezione di quanto previsto ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1901 Codice civile. Successivamente al primo <b>Periodo di Assicurazione</b> , il <b>Periodo di Assicurazione</b> corrisponde a ciascuna annualità di <b>Rinnovo</b> della Polizza;
<b>Periodo di Retroattività:</b>	Il periodo antecedente la data di effetto dell' <b>Assicurazione</b> come indicato nella <b>Scheda di Polizza</b> , entro cui devono essere accaduti i fatti oggetto della denuncia contenuti nelle <b>Richieste di Risarcimento</b> pervenute durante il periodo di validità della Polizza;
<b>Premio:</b>	L'importo dovuto dall' <b>Assicurato</b> alla <b>Compagnia</b> ;
<b>Rinnovo:</b>	La stipulazione del contratto di <b>Assicurazione</b> per un successivo e nuovo <b>Periodo di Assicurazione</b> ;
<b>Recesso:</b>	La dichiarazione unilaterale avente l'effetto di cessare l'effetto del contratto di <b>Assicurazione</b> ;
<b>Attività Diagnostica e Chirurgica Invasiva:</b>	L'attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o la cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di strumenti o dispositivi medici all'interno dell'organismo a fini diagnostici e/o a fini terapeutici;

<b>Attività Chirurgica Minore:</b>	L'attività che comporta interventi chirurgici che implicano taglio e sutura di tessuto in anestesia locale;
<b>Attività Intramoenia e Requisiti Soggettivi:</b>	L'attività libero professionale svolta all'interno di strutture ospedaliere e al di là dell'impegno di servizio. Tale attività può essere svolta dai soggetti che esercitano la professione medica e che rispondono ai seguenti requisiti: <ol style="list-style-type: none"><li>personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale con qualifica di dirigente;</li><li>personale laureato e medico di ruolo in servizio nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia delle aree tecnico scientifiche e sociosanitarie;</li><li>dipendenti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto privato;</li><li>docenti universitari e ricercatori che effettuano attività assistenziale presso cliniche ed istituti universitari di ricovero e cura anche se gestiti direttamente dalle università;</li><li>personale autorizzato ad operare presso studi privati o strutture non accreditate purché nel rispetto delle previsioni di cui al D.M. Sanità 31 luglio 1997 e successivamente negli atti adottati dai direttori generali delle strutture sanitarie;</li></ol>
<b>Attività extramoenia:</b>	L'attività svolta al di fuori della struttura ospedaliera/clinica;
<b>Rischio:</b>	La probabilità che si verifichi un evento;
<b>Responsabilità Contrattuale:</b>	Il danno conseguente ad un inadempimento o alla violazione di una obbligazione assunta con la stipulazione di un contratto;
<b>Responsabilità Extracontrattuale:</b>	Il danno derivante da fatto illecito ai sensi e per gli effetti dell'Art. 2043 del Codice civile;
<b>Danno:</b>	La conseguenza pregiudizievole del fatto illecito o dell'evento dell' <b>Assicurato</b> , conseguenza che può essere patrimoniale o non patrimoniale;
<b>Danno Non Patrimoniale:</b>	Qualsivoglia danno conseguente a lesioni personali o a morte e non inerente la sfera patrimoniale del danneggiato;
<b>Danno Patrimoniale:</b>	Qualsivoglia pregiudizio economico conseguente al danneggiamento di cose e/o animali ed inerente la sfera patrimoniale del danneggiato;
<b>Perdite Patrimoniali Pure:</b>	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, diretta o indiretta, di danni materiali e corporali quali morte, lesioni personali, danneggiamento di cose e/o animali;
<b>Risarcimento, Indennizzo o Indennità:</b>	L'importo dovuto dalla <b>Compagnia</b> in caso di <b>Sinistro</b> ;
<b>Richiesta di Risarcimento:</b>	Quella che, per prima, tra le seguenti circostanze venga a conoscenza dell' <b>Assicurato</b> nel corso di ciascun <b>Periodo di Assicurazione</b> :

- a) La comunicazione scritta (escluse la querela e quella relativa al procedimento penale) con cui il terzo manifesta all'**Assicurato** medesimo l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o **Perdite Patrimoniali** cagionati da fatto colposo o da errore o da omissione attribuiti all'**Assicurato** o a persona della quale l'**Assicurato** debba rispondere, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- b) La citazione in giudizio o la chiamata in causa notificata all'**Assicurato** per fatto colposo o errore o omissione;
- c) L'azione giudiziaria promossa in qualsiasi forma contro l'**Assicurato** (anche ai sensi degli artt. 696 e 696 bis C.P.C.) relativamente alle responsabilità di cui all'oggetto della Polizza;
- d) La notifica effettuata all'**Assicurato** di un atto di costituzione di "Parte Civile" da parte di un terzo in un procedimento penale;
- e) La ricezione da parte dell'**Assicurato** di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010;
- f) Qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia atti e/o comunicazioni della magistratura penale o degli organi di polizia giudiziaria notificati all'**Assicurato**;
- g) Comunicazioni inviate all'**Assicurato** dalla Struttura Sanitaria presso cui presta la propria attività ai sensi dell'Art. 13 Legge N. 24/2017;
- h) La citazione o la chiamata in causa dell'**Assicurato** da parte della Struttura Sanitaria e/o della **Compagnia** di Assicurazioni con l'imputazione di Colpa Grave nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge.

**Sinistro:** La **Richiesta di Risarcimento** da parte di un terzo per il risarcimento di danni per cui è stata stipulata la Polizza;

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

## II) DESCRIZIONE DEL RISCHIO - ATTIVITÀ ASSICURATA

La garanzia è operante per quanto previsto dall'Art. 1 - "Oggetto dell'**Assicurazione**" della sezione IV) "Norme che Regolano l'**Assicurazione** in Generale", in relazione allo svolgimento dell'attività professionale dell'**Assicurato** come dichiarato nel **Modulo di Adesione** e come riportato nel **Certificato di Assicurazione**.

## III) LIMITI

Saranno operanti i seguenti limiti:

- 1) **LIMITI DI INDENNIZZO** - L'**Assicurazione** è prestata, per ciascun **Sinistro** e per ciascun **Periodo di Assicurazione**, fino alla concorrenza del **Massimale** indicato nella **Scheda di Polizza**.
- 2) **LIMITI TERRITORIALI** - L'**Assicurazione** vale per le **Richieste di Risarcimento** originate da fatti dannosi accaduti o da comportamenti colposi posti in essere nel territorio di tutti i Paesi Europei. È condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. **La Compagnia, pertanto, non è obbligata per Richieste di Risarcimento fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.**

- 3) **FRANCHIGIA** - Qualora nella **Scheda di Polizza** fosse indicato un importo di **Franchigia**, l'**Assicurazione** si intenderà prestata con la detrazione, per ogni **Sinistro**, di detto importo che rimarrà a carico dell'**Assicurato**.

## IV) NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

### Art. 1) Oggetto dell'Assicurazione

#### A) Responsabilità Civile

In relazione alla Responsabilità Civile, la **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo, di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel **Modulo di Adesione** e riportata nell'Allegato 1 alla sezione "Specialità Mediche Assicurabili", che costituisce parte integrante del contratto, sempreché l'**Assicurato** abbia sottoscritto il **Modulo di Adesione** e che risulti in regola con il versamento del **Premio** nei termini dovuti e che abbia le qualificazioni, le specializzazioni e le abilitazioni necessarie richieste dalla normativa vigente di volta in volta applicabile.

La **Compagnia** risponde:

- dei Danni cagionati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale predetta;
- delle eventuali azioni di rivalsa esperite dalla struttura, clinica o istituto a cui l'**Assicurato** presta la propria opera, o esperite dal suo Assicuratore, ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi;
- delle eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222;
- i Danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici anche se tali interventi non sono connessi alla attività professionale dichiarata.

#### B) Responsabilità Civile per Colpa Grave

Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, la **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare nei limiti previsti dalla legge e nel rispetto dei massimali di polizza, solo qualora egli sia dichiarato - con sentenza dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste - responsabile o coresponsabile per colpa grave (in quest'ultimo caso pro-quota e senza obbligo di solidarietà).

L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'**Assicurato** con la **Compagnia** non farà cumulo con la presente polizza. L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'**Assicurato** con altro assicuratore è soggetta alle previsioni di cui all'Art. 16 delle Condizioni di **Assicurazione**.

### Art. 2) Forma dell'Assicurazione "Claims Made" - Retroattività

L'**Assicurazione** è prestata nella forma "**Claims Made**", ossia nella forma volta a rendere indenne l'**Assicurato** dalle **Richieste di Risarcimento** da questi ricevute per la prima volta durante il **Periodo di Assicurazione** in corso e da lui denunciate alla **Compagnia** durante lo stesso Periodo o entro i 30 giorni successivi alla scadenza dello stesso purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il **Periodo di Assicurazione** e purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il **Periodo di Retroattività** come indicato nella **Scheda di Polizza**, e comunque non inferiore a 10 anni antecedenti la data di effetto della Polizza.

L'Assicurato ha facoltà di richiedere un **Periodo di Retroattività** illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra-prezzo pari al 10% del **Premio**.

Il **Contraente/Assicurato** dichiara, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, sia in relazione al periodo di validità della presente polizza sia in relazione al periodo di copertura pregressa, di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun elemento e/o sinistro che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del contratto al di fuori di quanto incluso nel **Modulo di Adesione** e conferma di essere cosciente che l'inesattezza della dichiarazione resa comporta la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata.

Resta inteso che la garanzia non vale per i reclami che risultano essere già stati presentati all'Assicurato prima dell'inizio del **Periodo di Assicurazione** di questa polizza o per quelli che si riferiscono a fatti e/o comportamenti posti in essere anteriormente al **Periodo di Retroattività** della Polizza.

L'Assicurazione è prestata sulla base delle informazioni fornite dall'Assicurato e contenute nel **Modulo di Adesione** che forma parte integrante della presente Polizza.

### Art. 3) Definizione di Terzo

Agli effetti della Polizza non sono considerati terzi il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori, i figli e i nipoti dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive anche se non presente nello stato di famiglia.

### Art. 4) Esclusioni

Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims made" e, come tale, è temporalmente limitata nella presente Polizza, dalla copertura sono esclusi:

1. Tutti i Sinistri che derivano da **Richieste di Risarcimento** che sono state notificate all'Assicurato nel corso del **Periodo di Assicurazione**, e che sono stati denunciati da quest'ultimo alla **Compagnia** in una data successiva alla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione** in corso e fermo restando quanto previsto a riguardo dal successivo Art. 5.
2. Tutti i Sinistri relativi a fatti dannosi accaduti prima dell'inizio del **Periodo di Retroattività** stabilito nella **Scheda di Polizza**.

Sono inoltre escluse dall'Assicurazione le richieste di Risarcimento:

- a. conseguenti a **Fatti Noti** all'Assicurato prima della data di effetto della Polizza, anche se questi ultimi non sono mai stati denunciati ai precedenti assicuratori e anche se dichiarati nel **Modulo di Adesione**;
- b. conseguenti a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che, per qualunque motivo o causa, l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale ovvero licenziato per giusta causa;
- c. relative a Danni che siano conseguenza dell'inottemperanza a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di informazione e consenso informato ed in particolare, ma non esclusivamente, dal capo IV del Codice di Deontologia Medica ("Informazione e Consenso");

- d. relative a pretese per la mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'**Assicurato**;
- e. relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'**Assicurato**, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (i cosiddetti "Punitive or Exemplary Damages");
- f. relative a Danni che si verifichino a causa di esplosioni o emanazioni di calore o di radiazioni, derivanti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale dichiarata dall'**Assicurato** al momento della stipulazione della presente Polizza;
- g. relative a Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- h. relative a Danni derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- i. relative a Danni riconducibili a proprietà, possesso e uso di veicoli o natanti a motore nonché alla loro circolazione;
- l. relative a Danni causati da **Perdite Patrimoniali Pure**, così come definite in Polizza, ad eccezione di coloro che hanno dichiarato nel **Modulo di Adesione** di svolgere l'attività di Medico Legale e Medicina del Lavoro. Fermo restando che devono comunque intendersi escluse dalla copertura le **Richieste di Risarcimento** derivanti da danni cagionati da errori od omissioni derivanti dall'esercizio dell'attività amministrativa;
- m. relative a Danni conseguenti a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di **Assicurato** ad esclusione di quanto espressamente previsto nel successivo Art. 16, ultimo comma;
- n. riconducibili alla violazione in materia di protezione dei dati personali così come definite dalla normativa tempo per tempo vigente;
- o. relative a qualsiasi attività esercitata o svolta dall'**Assicurato** che non possa essere ricompresa tra quelle inerenti e conseguenti le abilitazioni e la specializzazione dell'**Assicurato** stesso relativa alla presente **Polizza Collettiva**;
- p. relative ad attività ed operazioni di mera chirurgia estetica.

## Art. 5) Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro - Gestione Sinistri e Gestione Vertenze - Spese Legali

**5.1 L'Assicurato deve denunciare per scritta alla Compagnia** ed in copia all'intermediario autorizzato a concludere il contratto qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'**Assicurato** o all'ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'**Assicurato** il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia atti e/o comunicazioni della magistratura penale o degli organi di polizia giudiziaria notificati all'**Assicurato** o comunicazioni inviate alla struttura sanitaria di appartenenza, di cui l'**Assicurato** venga a conoscenza che possa dare origine a una **Richiesta di Risarcimento** nei confronti dell'**Assicurato** entro **30 (trenta) giorni dal momento in cui l'Assicurato stesso ne è venuto a conoscenza**.

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

Alla denuncia devono far seguito immediatamente e comunque entro ulteriori 15 giorni i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al **Sinistro**, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

In caso di avviso di sinistri effettuato direttamente con procedure cautelari ed urgenti ovvero a procedure diverse da quella ordinaria ovvero a procedure ordinarie con termini di costituzione inferiori a quelle previste per il giudizio ordinario ovvero a procedure di conciliazione e mediazione (volontaria o obbligatoria) con comparizione inferiore ai 10 giorni, l'**Assicurato** si impegna a trasmettere alla **Compagnia** l'atto ricevuto in notificazione entro il termine di 3 giorni dal ricevimento unitamente a tutti i documenti utili per la gestione della controversia o per la predisposizione delle difese tecnico giuridiche.

La denuncia di **Sinistro** va inoltrata 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 >**

Senza il previo consenso scritto della **Compagnia**, l'**Assicurato** non deve in alcun caso e per qualsivoglia motivo ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la **Compagnia** si riserva il diritto di negare l'indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.

- 5.2** La **Compagnia** assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze a nome dell'**Assicurato** tanto in sede stragiudiziale che in sede giudiziale, sia civile che penale, designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'**Assicurato** stesso.

Sono a carico della **Compagnia** le spese legali sopportate per assistere e difendere l'**Assicurato** in caso di **Sinistro**, in aggiunta al **Massimale** stabilito in Polizza, ma entro il limite del 25% del **massimale** medesimo. **Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Compagnia e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.**

La **Compagnia** non riconosce le spese incontrate dall'**Assicurato** per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'**Assicurato**.

## Art. 6) Pagamento del Premio

Ai fini della determinazione del **Premio** annuale di cui alla presente **Assicurazione**, si dovrà fare riferimento alla tabella "Specialità Mediche Assicurabili" di cui all'Allegato 1.

Il primo **Periodo di Assicurazione** ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato nella **Scheda di Polizza** se il **Premio** o la prima rata di **Premio** sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il **Premio** convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo **Periodo di Assicurazione**, distinto dal precedente e dal successivo.

**Ai sensi dell'Art. 1901 Cod. Civ., in caso di mancato pagamento del Premio o della rata di Premio successivo alla stipulazione del contratto, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.**

Resta inteso che qualora l'aderente svolga più attività, dovrà indicarle tutte nel **Modulo di Adesione**. In questo caso il **Premio** da corrisondersi sarà pari all'importo riferito all'attività di più alto rischio.

## Art. 7) Durata della Polizza - Adesione all'Assicurazione - Rinnovo

La presente Polizza Collettiva ha durata **12 (dodici) mesi con tacito rinnovo**, con effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato al punto 2 e scadenza alle ore **24:00** del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, fermo quanto previsto all'Art. 6 - "Pagamento del Premio".

In caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire il Contratto in essere da parte del Contraente o della Compagnia, da effettuare mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno **90 giorni prima della scadenza della polizza**, quest'ultimo s'intende prorogato di un anno e così successivamente.

I singoli assicurati, per contro, hanno facoltà di **manifestare la volontà di non rinnovare la propria copertura mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti inviata almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale**; in mancanza di tale manifestazione la copertura si intende prorogata di un anno e così successivamente.

A seguito del pagamento avvenuto, la **Compagnia** rilascerà all'**Assicurato** un regolare Certificato contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del **Premio**.

## Art. 8) Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività

In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale dell'Assicurato, debitamente documentata, la copertura assicurativa s'intende estesa ad un periodo di ultrattività per le **Richieste di Risarcimento** presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura (incluso il **Periodo di Retroattività** della copertura stessa) restando inteso che l'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

L'attivazione di questa copertura comporta il pagamento di un sovra-premio pari a quanto indicato al punto 8 della Scheda di Polizza, ed il tempestivo invio - a mezzo raccomandata A.R. o a mezzo posta elettronica certificata - prima della data di cessazione dell'attività professionale - di una comunicazione in merito all'intenzione dell'Assicurato di attivare la copertura di cui al presente articolo.

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'Assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.

Per i sinistri risarcibili ai sensi della presente estensione di garanzia, il **Massimale previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di copertura a partire dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione definitiva dell'attività professionale**, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'Assicurazione.

## Art. 9) Oneri Fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'**Assicurazione** sono a carico dell'**Assicurato**. La **Compagnia** non sarà in alcun caso responsabile riguardo al pagamento di tali oneri.



## Art. 10) Giurisdizione e Foro Competente

Tutte le controversie relative al presente Contratto sono soggette alla esclusiva giurisdizione italiana.

Nei limiti del disposto del punto 2) del capitolo III - LIMITI (Limiti Territoriali), il Foro competente, a scelta della parte attrice è quello del luogo di residenza del convenuto, ovvero quello dove risiede l'Assicurato o la Direzione della Compagnia.

## Art. 11) Legge Applicabile - Rinvio alle Norme di Legge

Per quanto non diversamente regolato, la legge applicabile è quella della Repubblica Italiana.  
Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della Polizza, valgono le norme di Legge.

## Art. 12) Esclusioni 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 esaustivo le sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (UK 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.

## Art. 13) Responsabilità Solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la Compagnia risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, determinata sia in quota certa con sentenza, sia presuntivamente ex artt. 1298 e/o 2055 Cod. Civ.

## Art. 14) Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Assicurato per iscritto nel **Modulo di Adesione** formano la base della presente Polizza e ne fanno parte integrante a tutti gli effetti.

La **Compagnia** si riserva di non accettare la richiesta di adesione, o di accettarla a condizioni speciali che sono dalla stessa comunicate all'Assicurando nel termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla ricezione del **Modulo di Adesione**, nel caso in cui dallo stesso si rilevi un numero di sinistri superiori a 3 (tre).

**Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio rese all'atto della stipulazione della Polizza possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione (articoli 1892 e 1893 Cod. Civ.).**

**L'Assicurato/Contraente, ai sensi articoli 1892 e 1893 Cod. Civ., dichiara di non essere a conoscenza di Fatti Noti, così come definiti in Polizza, salvo quanto eventualmente indicato nel Modulo di Adesione.**

Le eventuali **Richieste di Risarcimento** derivanti da **Fatti Noti**, anche se dichiarati nel **Modulo di Adesione**, in qualsiasi caso, rimangono esclusi da questa **Assicurazione**.

## Art. 15) Diminuzione e Aggravamento del Rischio

**L'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio.**

Gli aggravamenti di **Rischio** non noti o non accettati dalla **Compagnia** possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'**Assicurazione** (Art. 1898 Cod. Civ.).

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il **Rischio**, la **Compagnia** può richiedere la relativa modificazione delle Condizioni in corso e ha il diritto di percepire la differenza di **Premio** corrispondente al maggior **Rischio** a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Nel caso in cui il **Contraente** non accetti le nuove Condizioni, la **Compagnia**, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni.

## Art. 16) Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio

**In caso di Sinistro, l'Assicurato deve comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il Sinistro a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri. L'inadempimento di tale obbligo comporterà la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1910 Cod. Civ.).**

In caso di esistenza di altre polizze sottoscritte dall'**Assicurato** ed operanti per il medesimo evento la presente **Assicurazione** opererà esclusivamente a secondo **Rischio** rispetto alle medesime e per l'importo di **Danno** eccedente il massimale delle stesse.

Resta inteso fra le Parti che la garanzia di secondo **Rischio** prestata con la presente polizza terminerà la sua efficacia alla data di scadenza della polizza di primo **Rischio** e proseguirà a primo **Rischio** fino alla scadenza originaria prevista dalla polizza stessa. I relativi premi saranno regolati a "pro rata giornaliero" ed il premio ottenuto andrà arrotondato all'Euro superiore.

**In caso d'inoperatività della prima polizza a causa di un mancato pagamento del premio, il massimale previsto da tale polizza rimarrà a carico dell'Assicurato stesso come franchigia.**

In caso di responsabilità dell'eventuale medico sostituto (definito ai sensi di quanto previsto dall'A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche ed integrazioni) per fatti da quest'ultimo commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di **Assicurato**, la Polizza dà copertura solo ed esclusivamente a secondo **Rischio** sulla polizza personale stipulata dal sostituto in questione e nei limiti di massimale e franchigia applicabili alla Polizza (sulla base delle Condizioni di cui alla **Scheda di Polizza**), a condizione che il sostituto sia in possesso dei titoli di studio, abilitazioni e specializzazioni appropriati, come previsto dalla normativa vigente per il tipo di sostituzione in questione.

## Art. 17) Recesso in Caso di Sinistro

**Il Recesso per Sinistro della Compagnia nei confronti del singolo Assicurato potrà avvenire solo in caso di reiterazione di una condotta colposa da parte dell'Assicurato stesso, accertata ovvero con sentenza definitiva passata in giudicato.**

**Il Recesso** sarà notificato con preavviso scritto di 30 giorni a decorrere dalla data di pagamento del secondo **Sinistro** o di un eventuale **Sinistro** successivo al secondo.

In caso di **Recesso** validamente esercitato dalla **Compagnia**, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del **Recesso** stesso, rimborserà all'**Assicurato** la parte di **Premio**, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

## Art. 18) Surrogazione - Rivalsa - Regresso

La **Compagnia** è surrogata, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di Danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'**Assicurato** può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'**Assicurato/Contraente** è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

La copertura ai sensi della presente Polizza è prestata secondo i limiti previsti in caso di azione di rivalsa nei confronti dell'**Assicurato** da parte di terzi così come previsti nella vigente normativa in ambito di responsabilità civile professionale nel settore sanitario.

Resta inoltre inteso tra le Parti che in caso di pagamento del risarcimento del **Danno** la **Compagnia** avrà il diritto di esercitare le azioni di regresso tra co-obbligati ai sensi dell'Art. 2055 cod. civ. e dell'Art. 1910 u. c. Cod. Civ.

## Art. 19) Gestione della Polizza - Clausola Broker

La **Compagnia** dichiara che l'emissione e la gestione dei contratti sono affidati all'**Intermediario** riportato nella **Scheda di Polizza**.

Con la sottoscrizione del **Modulo di Adesione**, l'**Assicurato** conferisce al **Broker** indicato nel **Modulo di Adesione** stesso il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di Assicurazione. È convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione fatta al **Broker** sarà considerata come fatta all'**Assicurato**;
- b. Ogni comunicazione fatta dal **Broker** sarà considerata come fatta dall'**Assicurato**.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'Art. 5 che resta invariato e confermato.

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

## Art. 20) Recesso per Ripensamento in Caso di Vendita a Distanza

L'**Assicurato** ha **14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di Recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza**, a mezzo invio di comunicazione, agli **Assicuratori**, anche per il tramite dell'**Intermediario**. Il termine che precede decorre dal giorno della ricezione della Polizza da Parte dell'**Assicurato**.

## Art. 21) Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

Ogni comunicazione inerente la Polizza deve essere fatta per iscritto a:

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**  
Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI  
E-mail: [direzione@bh-italia.com](mailto:direzione@bh-italia.com)  
PEC: [bh-italia@legalmail.it](mailto:bh-italia@legalmail.it)

e le eventuali variazioni o modifiche devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle Parti o da apposita appendice sottoscritta dalle Parti.

## Art. 22) Tentativo Obbligatorio di Conciliazione- Mediazione Obbligatoria

Prima di promuovere l'azione giudiziaria relativa a una controversia di risarcimento danni derivante da responsabilità sanitaria inerente la presente polizza, l'attore è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'Art. 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.

È fatta altresì salva per l'attore la possibilità di esperire in alternativa il procedimento di mediazione ai sensi dell'articolo 5, comma 1-bis, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. Il ricorso ex Art. 696 bis c.p.c. o il procedimento di mediazione sopra menzionato costituiscono condizione di procedibilità della domanda di risarcimento.

La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui al presente articolo è **obbligatoria per tutte le parti, e per tutta la durata del procedimento.**

L'**Assicurato** si impegna a fornire tempestivamente alla **Compagnia** la documentazione, medica e non, necessaria per l'espletamento delle formalità previste dalla legge in relazione al tentativo obbligatorio di conciliazione e/o alla mediazione obbligatoria.

## Art. 23) Clausola Risolutiva Espressa

In caso di emanazione di nuova normativa in ambito di responsabilità medico sanitaria ovvero in caso di cambiamenti della normativa esistente in tale ambito (ivi inclusa l'emanazione dei Decreti Attuativi della Legge n. 24/2017), le parti concordano che **la Compagnia avrà la facoltà di modificare la quantificazione del premio ovvero che ciascuna delle Parti avrà la facoltà di recedere mediante invio di raccomandata A.R. dal contratto con un preavviso di trenta giorni dalla data della stessa.**

## Art. 24) Oggetto dell'Assicurazione R.C.O.

La **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- 1) ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'**Assicurazione**;
- 2) ai sensi delle disposizioni del codice civile a titolo di risarcimento dei danni non rientranti nella disciplina del D. P. R. del 30 giugno 1965, n. 1124, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1), per morte e per lesioni personali.

La garanzia della R.C.O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL (ISTITUTO NAZIONALE ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO) e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, **purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'Assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella d'inizio copertura del Certificato di Assicurazione.**

**Se il numero di lavoratori dipendenti di cui sopra è superiore a quattro, la polizza è soggetta alla previa approvazione della direzione generale della Compagnia ed al pagamento di un sovra-premio da determinarsi dalla stessa.**

## Art. 25) Denuncia dei Danni R.C.O.

L'**Assicurato** è tenuto a denunciare alla **Compagnia** gli eventuali sinistri, solo ed esclusivamente:

- 1) in caso di un infortunio per il quale abbia luogo un'inchiesta giudiziaria a norma di legge;

- 2) in caso di **Richiesta di Risarcimento** o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INAIL qualora eserciti il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 del 30.06.1965;
- 3) in caso di **Richiesta di Risarcimento** o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale" ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984 N. 222.

## Art. 26) Studi Associati o Società

Qualora l'Assicurato fosse componente di uno Studio Associato, le garanzie R.C.T. e R.C.O. sono subordinate alla **condizione essenziale che tutti gli altri associati allo studio siano assicurati con questa polizza. In caso contrario l'Assicurato disporrà solo della garanzia di Responsabilità Professionale.**



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

Art. 2	Forma dell'Assicurazione "Claims Made" - Retroattività
Art. 4	Esclusioni
Art. 5	Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro - Gestione Sinistri e Gestione Vertenze - Spese Legali
Art. 6	Pagamento del Premio
Art. 7	Durata della Polizza - Adesione all'Assicurazione - Rinnovo
Art. 8	Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività
Art. 10	Giurisdizione e Foro Competente
Art. 12	Esclusioni Sanzioni Internazionali
Art. 13	Responsabilità Solidale
Art. 14	Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio
Art. 15	Diminuzione e Aggravamento del Rischio
Art. 16	Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio
Art. 17	Recesso in Caso di Sinistro
Art. 18	Surrogazione - Rivalsa - Regresso
Art. 21	Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione
Art. 22	Tentativo Obbligatorio di Conciliazione - Mediazione Obbligatoria
Art. 23	Clausola Risolutiva Espressa

## ALLEGATO 1

### Specialità Mediche Assicurabili

(indicare con una "X" l'attività esercitata ed il massimale scelto)

Il Premio annuo, tasse incluse, è calcolato in funzione del limite di indennizzo scelto dall'Assicurato (\*\*):

	MASSIMALI (in €) (*)		
	<input type="checkbox"/> 1.000.000	<input type="checkbox"/> 2.000.000	<input type="checkbox"/> 3.000.000
<input type="checkbox"/> Allergologo ed Immunologia Clinica			
<input type="checkbox"/> Amministratore di Struttura Sanitaria			
<input type="checkbox"/> Analista al microscopio			
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica			
<input type="checkbox"/> Andrologia senza int. chir.			
<input type="checkbox"/> Andrologo con attività chirurgica			
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione			
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione con attività invasiva			
<input type="checkbox"/> Angiologia con interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Angiologo			
<input type="checkbox"/> Assistente di Oftalmologia			
<input type="checkbox"/> Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo			
<input type="checkbox"/> Audiologo			
<input type="checkbox"/> Biochimica e chimica clinica			
<input type="checkbox"/> Biologo			
<input type="checkbox"/> Bionaturopata			
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia			
<input type="checkbox"/> Cardiologia			
<input type="checkbox"/> Cardiologia interventistica			
<input type="checkbox"/> Chiropratico			
<input type="checkbox"/> Chirurgia addominale			
<input type="checkbox"/> Chirurgia della mano			
<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza e 118			
<input type="checkbox"/> Chirurgia gastroenterologica			
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale			
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale			
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale (con attività estetica)			
<input type="checkbox"/> Chirurgia Ricostruttiva			
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica			
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare			
<input type="checkbox"/> Consulente della riabilitazione			
<input type="checkbox"/> Cosmetologo			
<input type="checkbox"/> Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)			
<input type="checkbox"/> Dermatologo e Venereologo			
<input type="checkbox"/> Diabetologo			
<input type="checkbox"/> Dietologo/Nutrizionista/Dietista			

## Specialità Mediche Assicurabili

(indicare con una "X" l'attività esercitata ed il massimale scelto)

Il Premio annuo, tasse incluse, è calcolato in funzione del limite di indennizzo scelto dall'Assicurato (\*\*):

	MASSIMALI (in €) (*)		
	<input type="checkbox"/> 1.000.000	<input type="checkbox"/> 2.000.000	<input type="checkbox"/> 3.000.000
<input type="checkbox"/> Dottore in Farmacia			
<input type="checkbox"/> Ematologia con attività invasive			
<input type="checkbox"/> Ematologia senza attività invasive			
<input type="checkbox"/> Endocrinochirurgia			
<input type="checkbox"/> Endocrinologo e malattie del ricambio			
<input type="checkbox"/> Epatologo			
<input type="checkbox"/> Epidemiologo/Biologo-statistico/Igiene e Medicina preventiva			
<input type="checkbox"/> Erborista			
<input type="checkbox"/> Estetista			
<input type="checkbox"/> Farmacia Ospedaliera			
<input type="checkbox"/> Farmacologia			
<input type="checkbox"/> Fisiatra			
<input type="checkbox"/> Fisico Medico			
<input type="checkbox"/> Fisioterapista			
<input type="checkbox"/> Foniatra			
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia			
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia (atti invasivi non minori)			
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia (chirurgia minore e endoscopia digestiva)			
<input type="checkbox"/> Geriatra			
<input type="checkbox"/> Ginecologia con interventi chirurgici incluso taglio cesareo in elezione e PMA			
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (esclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (inclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi senza assistenza al parto senza interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici e PMA			
<input type="checkbox"/> Ginecologia senza Ostetricia con interventi chirurgici e PMA			
<input type="checkbox"/> Igienista dentale			
<input type="checkbox"/> Immunologo			
<input type="checkbox"/> Infermiere			
<input type="checkbox"/> Infettivologo			
<input type="checkbox"/> Informatore scientifico della salute			
<input type="checkbox"/> Ingegnere biomedico			
<input type="checkbox"/> Kinesiologo			
<input type="checkbox"/> Logopedista			
<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologo			
<input type="checkbox"/> Malattie infettive con attività invasiva			
<input type="checkbox"/> Malattie infettive e tropicali			
<input type="checkbox"/> Massofisioterapista			

## Specialità Mediche Assicurabili

(indicare con una "X" l'attività esercitata ed il massimale scelto)

Il Premio annuo, tasse incluse, è calcolato in funzione del limite di indennizzo scelto dall'Assicurato (\*\*):

	MASSIMALI (in €) (*)		
	1.000.000	2.000.000	3.000.000
<input type="checkbox"/> Massoterapista			
<input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e spaziale			
<input type="checkbox"/> Medicina del lavoro			
<input type="checkbox"/> Medicina di comunità			
<input type="checkbox"/> Medicina estetica			
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (chirurgia minore)			
<input type="checkbox"/> Medicina Generale con attività invasiva			
<input type="checkbox"/> Medicina interna			
<input type="checkbox"/> Medicina interna con attività invasiva			
<input type="checkbox"/> Medicina nucleare			
<input type="checkbox"/> Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche			
<input type="checkbox"/> Medico codificatore di storia clinica del paziente			
<input type="checkbox"/> Medico Competente/Ispettore Sanitario/Medicina del lavoro			
<input type="checkbox"/> Medico dello sport			
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale o Medico Generico			
<input type="checkbox"/> Medico d'urgenza e 118			
<input type="checkbox"/> Medico Internista			
<input type="checkbox"/> Medico Legale			
<input type="checkbox"/> Medico Terapista della respirazione			
<input type="checkbox"/> Microbiologia/Virologia			
<input type="checkbox"/> Musicista Terapista			
<input type="checkbox"/> Naturopata / Nutripuntore			
<input type="checkbox"/> Nefrologia con attività invasiva			
<input type="checkbox"/> Nefrologo			
<input type="checkbox"/> Neolaureato (entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età)			
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia			
<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologo			
<input type="checkbox"/> Neurologia con atti invasivi			
<input type="checkbox"/> Neurologo			
<input type="checkbox"/> Neuropsichiatra infantile			
<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria			
<input type="checkbox"/> Oculistica con interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Oculistica senza interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia con implantologia "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia con implantologia "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia senza implantologia			
<input type="checkbox"/> Omeopata			



## Specialità Mediche Assicurabili

(indicare con una "X" l'attività esercitata ed il massimale scelto)

Il Premio annuo, tasse incluse, è calcolato in funzione del limite di indennizzo scelto dall'Assicurato (\*\*):

	MASSIMALI (in €) (*)		
	<input type="checkbox"/> 1.000.000	<input type="checkbox"/> 2.000.000	<input type="checkbox"/> 3.000.000
<input type="checkbox"/> Oncologia con interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Oncologia senza interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Operatore Socio-Sanitario			
<input type="checkbox"/> Optometrista			
<input type="checkbox"/> Ortesista/Protesista			
<input type="checkbox"/> Ortodontista			
<input type="checkbox"/> Ortopedia (chirurgia minore)			
<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali)			
<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia senza interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Ortopedista			
<input type="checkbox"/> Ortottista			
<input type="checkbox"/> Osteopata			
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria con interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria senza interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Patologo clinico			
<input type="checkbox"/> Pedagogista			
<input type="checkbox"/> Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)			
<input type="checkbox"/> Pediatria (chirurgia minore)			
<input type="checkbox"/> Pediatria chirurgica			
<input type="checkbox"/> Perfusionista			
<input type="checkbox"/> Personal trainer			
<input type="checkbox"/> Pneumologia con attività invasiva			
<input type="checkbox"/> Pneumologia senza attività invasiva			
<input type="checkbox"/> Podologo			
<input type="checkbox"/> Pranoterapeuta			
<input type="checkbox"/> Psichiatria			
<input type="checkbox"/> Psicoanalista			
<input type="checkbox"/> Psicologo/Psicologo Clinico			
<input type="checkbox"/> Psicoterapeuta			
<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica (no mammografia)			
<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica con mammografia			
<input type="checkbox"/> Radiologia (non invasiva)			
<input type="checkbox"/> Radiologia interventistica			
<input type="checkbox"/> Reumatologo			
<input type="checkbox"/> Riflessologo			
<input type="checkbox"/> Senologia			
<input type="checkbox"/> Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti			
<input type="checkbox"/> Sonografista/Ecografista			

## Specialità Mediche Assicurabili

(indicare con una "X" l'attività esercitata ed il massimale scelto)

Il Premio annuo, tasse incluse, è calcolato in funzione del limite di indennizzo scelto dall'Assicurato (\*\*):

	MASSIMALI (in €) (*)		
	<input type="checkbox"/> 1.000.000	<input type="checkbox"/> 2.000.000	<input type="checkbox"/> 3.000.000
<input type="checkbox"/> Specializzando (fino al compimento del 34° anno di età)			
<input type="checkbox"/> Tecnico Addetto di Farmacia			
<input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista			
<input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista			
<input type="checkbox"/> Tecnico degli ultrasuoni			
<input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro			
<input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica			
<input type="checkbox"/> Tecnico di medicina nucleare			
<input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia			
<input type="checkbox"/> Tecnico ECG			
<input type="checkbox"/> Tecnico nell'Alimentazione Dietetica			
<input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico			
<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico			
<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico			
<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica			
<input type="checkbox"/> Terapia del dolore con atti invasivi			
<input type="checkbox"/> Terapista del lavoro			
<input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva			
<input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale			
<input type="checkbox"/> Terapista Shiatsu			
<input type="checkbox"/> Tossicologo			
<input type="checkbox"/> Urologia			
<input type="checkbox"/> Urologia (No attività invasive)			

**(\*) Massimali:** è prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del 17,50% rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata alla comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all'Agenzia a cui è affidato il contratto.

**(\*\*) Medici Under 35:** è altresì previsto uno sconto del 25% sulla tariffa relativa al **Premio** annuo applicabile per quei medici (ad esclusione degli Specializzandi) che non abbiano compiuto il 36° anno di età.

**(\*\*\*) Neolaureato:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.

### Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività Professionale

L'attivazione della copertura postuma in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale (cfr. *Condizioni di Assicurazione, Art. 8*) comporta il **pagamento di un sovra-premio pari a quanto indicato al punto 8 della Scheda di Polizza** ed il tempestivo invio - a mezzo raccomandata A.R. o a mezzo posta elettronica certificata - prima della data di cessazione dell'attività professionale - di una comunicazione in merito all'intenzione dell'Assicurato di attivare la copertura di cui al presente articolo.

## FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

### PROFESSIONE MEDICA\_NOME DEL CONTRAENTE

Contratto di Assicurazione in Forma Collettiva per la Responsabilità Civile Professionale  
degli Esercenti la Professione Sanitaria  
Certificato di Assicurazione N°.....  
alla Polizza Collettiva N°.....

#### ASSICURATO

COGNOME / NOME - RAGIONE SOCIALE				
DOMICILIO / SEDE LEGALE VIA NUM		LOCALITÀ COMUNE	PROV.	C.A.P.
CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.	COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PROV.

#### MASSIMALI DI GARANZIA PER SINISTRO E PER ANNO

PER SINISTRO	PER ANNO

#### PREMIO (INCLUSO ACCESSORI ED IMPOSTE) ED ELEMENTI RELATIVI AL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO\*

PREMIO DI RATA RATA UNICA / PRIMA RATA / SECONDA RATA	PREMIO ANNUO	DECORRENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO DALLE ORE 24:00 DEL	SCADENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO ALLE ORE 24:00 DEL	FRAZIONAMENTO
(include imposte del 22.25%)	(include imposte del 22.25%)			

**\* IMPORTANTE:**

- La presente Assicurazione ha durata di 12 mesi;
- Il Premio annuale è unico e indivisibile (pertanto, in caso di frazionamento, la seconda rata di Premio è sempre dovuta);
- Dietro pagamento del Premio di rata, il periodo di copertura prestato dal presente Certificato di Assicurazione ha decorrenza e scadenza alle date indicate nella tabella.

SE L'ADERENTE È UNO STUDIO ASSOCIATO/SOCIETÀ LA GARANZIA È PRESTATO PER:	Nome e Cognome dell'Assicurato	Codice Fiscale
ATTIVITÀ ASSICURATA:		
DATA/N ISCRIZIONE ORDINE:		

#### LISTA GARANZIE


## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Polizze in corso per lo stesso rischio:	
Precedente Assicurazione:	
Sinistri negli ultimi 5 anni:	

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Prendo atto che l'operatività delle garanzie è subordinata all'effettivo pagamento del premio e ha efficacia dalle ore 24:00 della data del pagamento o da quella della decorrenza se posteriore.

Emessa il

L'ASSICURATO

LA COMPAGNIA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'importo di \_\_\_\_\_ è stato pagato oggi \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in mie mani. L'Esattore \_\_\_\_\_

## FACSIMILE MODULO DI ADESIONE

### PER LA SOLA RACCOLTA DATI AI FINI DELL'OTTENIMENTO DI UN PREVENTIVO R.C. PROFESSIONALE ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

La compilazione del presente Modulo di Adesione è riservata unicamente all'Aderente persona fisica che intende assicurarsi, nella forma "Claims Made", per la Responsabilità Civile Professionale degli Esercenti la Professione Sanitari in conseguenza di danni causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la Responsabilità per Colpa Grave e R.C.O.

È condizione essenziale per una corretta preventivazione rispondere a tutte le domande contenute nel questionario

\*Campi obbligatori

Intermediario Assicurativo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Ragione Sociale *
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

#### CONTRAENTE DELLA POLIZZA COLLETTIVA

\*Campi obbligatori

Ragione Sociale	*	
Partita IVA	*	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	*	
Indirizzo E-mail	*	
Indirizzo PEC	*	
N. Telefono - N. Fax	*	Telefono: _____ Fax: _____

#### ADERENTE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

\*Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Codice Fiscale	*	
Data e Luogo di Nascita	*	Data: / / Età al momento della compilazione del Modulo di Adesione: _____ Luogo: _____
Residenza	*	Indirizzo: _____ N. Civico: _____ C.A.P.: _____ Comune: _____ Provincia: _____ Stato: _____
Indirizzo E-mail personale <sup>1</sup> - PEC <small>1: Utilizzato per accedere all'Area Riservata</small>	*	E-mail pers.: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax - N. Cellulare	*	N. Tel: _____ N. Fax: _____ N. Cell: _____
Iscritto all'Ordine della provincia di ... / N° Iscrizione	*	Ordine della provincia di _____ / N° _____
Data iscrizione all'Ordine	*	Data: / / Età al momento dell'iscrizione all'Ordine: _____
Data Conseguimento Diploma di Specializzazione	*	Data: / /
Data di decorrenza richiesta	*	Data: / / (Ore 00:01 - 24:00 in base alla Polizza Collettiva di riferimento)

NEOLAUREATO: L'Aderente ha meno di anni 34 (trentaquattro) ed è iscritto all'Ordine Professionale da meno di anni 4 (quattro)?  SI  NO

SPECIALIZZANDO: L'Aderente è uno Specializzando con meno di anni 34 (trentaquattro)?  SI  NO

MEDICO UNDER 35: L'Aderente ha meno di anni 36 (trentasei)?  SI  NO

**ATTENZIONE:** La scontistica denominata "MEDICO UNDER 35" non è applicabile a Neolaureati e Specializzandi.

**ATTENZIONE:** Per richiedere la copertura "Neolaureato" oppure "Specializzando" selezionare l'omonimo campo nella tabella alla sezione denominata "ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA - SPECIALIZZAZIONI MEDICHE ASSICURABILI".

**A) L'Aderente è componente di uno Studio Associato?**

SI  NO

Ai sensi dell'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione le garanzie R.C.T. e R.C.O. sono subordinate alla condizione essenziale che tutti gli altri associati allo studio siano assicurati con la **Polizza Collettiva** per cui si richiede copertura con il presente **Modulo di Adesione**. In caso contrario l'Assicurato disporrà solo della garanzia di Responsabilità Professionale. Si segnala pertanto che dovrà essere compilato il **Modulo di Adesione** per tutti i componenti dello Studio Associato.

**A.1) Se la risposta è NO, si richiede di indicare il proprio numero di dipendenti ove presenti. N° dipendenti:** \_\_\_\_\_

Una volta indicato il numero di dipendenti, non rispondere alle sezioni A.2, A.3 e A.4 e continuare la compilazione del presente **Modulo di Adesione** a partire dalla sezione B.

**A.2) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):**

Ragione Sociale dello Studio Associato	
Partita IVA / Codice Fiscale	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax	Telefono: _____ Fax: _____
Nr. degli Associati componenti lo Studio	
Nr. degli Associati componenti lo Studio già assicurati con la <b>Polizza Collettiva</b> per cui si sta aderendo	
Nr. Dipendenti dello Studio	

**A.3) Al fine di poter proseguire la compilazione, l'Aderente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, lo Studio Associato sopraindicato:**

**a) non è a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:**

CONFERMO  NON CONFERMO

**ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione**

**b) non è a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:**

CONFERMO  NON CONFERMO

**ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione**

**A.4) Indicare se il Premio da corrispondere verrà pagato dallo Studio Associato in favore dell'Aderente**

SI  NO

**B) L'Aderente è socio di Strutture Private o studi medici (poliambulatori, dentistici, etc.)? <sup>1,2</sup>**

SI  NO

1) Si ricorda che la presente copertura assicurativa si rivolge all'Aderente persona fisica e non alle Società; 2) Se la risposta è NO non rispondere alle sezioni B.1, B.2 e B.3

**B.1) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):**

Ragione Sociale della Struttura	
Partita IVA / Codice Fiscale	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax	Telefono: _____ Fax: _____

**B.2) Al fine di poter proseguire la compilazione, l'Aderente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, la/e Struttura/e sopraindicate:**

**a) non è/sono a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:**

CONFERMO  NON CONFERMO

**ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione**

**b) non è/sono a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:**

CONFERMO  NON CONFERMO

**ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione**

**B.3) Indicare se il Premio da corrispondere verrà pagato dalla Società in favore dell'Aderente**

SI  NO

## PRECEDENTI COPERTURE:

L'Aderente richiede copertura (selezionare l'opzione pertinente):

In continuità con precedente copertura

Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza: \_\_\_\_\_

Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma

Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma: \_\_\_\_\_

Senza continuità e senza postuma

Non ero assicurato

## COPERTURE CORRENTI:

L'Aderente è attualmente assicurato per gli stessi rischi di cui si chiede copertura per il tramite del presente Modulo di Adesione con una Compagnia che non appartiene al Gruppo Berkshire Hathaway?  SI  NO

L'Aderente è attualmente assicurato, a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, con una Compagnia del Gruppo Berkshire Hathaway?  SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Numero di Polizza Collettiva: \_\_\_\_\_ Numero di Certificato di Assicurazione: \_\_\_\_\_

Data di Decorrenza del Certificato di Assicurazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data di Scadenza del Certificato di Assicurazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

L'Aderente è attualmente beneficiario di altre coperture assicurative R.C.T./O., a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, contratte da Strutture Sanitarie Private e/o Enti Pubblici presso i quali svolge la propria attività professionale?  SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Ragione Sociale della Struttura: \_\_\_\_\_ Compagnia di Assicurazione: \_\_\_\_\_

Data di Decorrenza della copertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data di Scadenza della copertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## CREDITI FORMATIVI NEL TRIENNIO FORMATIVO PRECEDENTE (Non richiesto per gli Specializzandi):

I crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative?  SI  NO

## CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

### 1. MASSIMALE:

€ 1.000.000,00  € 2.000.000,00  € 3.000.000,00  € 5.000.000,00 (per l'opzione massima Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia)

### 2. RETROATTIVITÀ:

10 ANNI  ILLIMITATA (con applicazione e pagamento di un sovra-prezzo)

### 3. PRIMO / SECONDO RISCHIO:

Copertura di "Primo Rischio"  Copertura di "Secondo Rischio"

### 4. COPERTURA "DIRETTORE SANITARIO":

a) L'Aderente ricopre attualmente la qualifica di Direttore Sanitario? SI  NO

b) In caso di risposta affermativa, ne richiede copertura? SI  NO

(1): La copertura di Direttore Sanitario è inclusa nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula.

In caso di risposta affermativa al punto b) indicare:

Nome Struttura: \_\_\_\_\_, Località: \_\_\_\_\_

In caso di risposta affermativa al punto b) precisare ulteriormente se è richiesta:

c) Copertura "Direttore Sanitario" in R.S.A., R.A., Case di Riposo o centri dedicati alla degenza SI  NO

In caso di risposta affermativa al punto c) indicare:

Nome Struttura: \_\_\_\_\_, Località: \_\_\_\_\_

## ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI

Le attività professionali esercitate devono essere individuate all'interno delle Specialità Mediche Assicurabili sotto riportate ed alle quali l'Aderente deve fare stretto riferimento. L'Aderente ha facoltà di richiedere copertura esclusivamente sulla base delle attività professionali effettivamente esercitate al momento della compilazione del presente Modulo di Adesione.

**ATTENZIONE:** Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", la garanzia assicurativa opera esclusivamente per le attività professionali selezionate tra le Specialità Mediche Assicurabili con riferimento a Richieste di Risarcimento pervenute alla Compagnia per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se relative a fatti antecedenti alla data di effetto della Polizza stessa purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il Periodo di Retroattività.

**ATTENZIONE:** Ogni eventuale integrazione manuale da parte dell'Aderente alle Specialità Mediche Assicurabili sotto riportate si riterrà pertanto priva di ogni effetto. In caso di difficoltà ad inquadrare l'attività professionale esercitata, e per ogni ulteriore chiarimento in merito alla copertura che si vuole stipulare, si prega di rivolgersi all'Agenzia.

### Specialità Mediche Assicurabili NON INVASIVE

<input type="checkbox"/> Allergologo ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/> Medico Terapista della respirazione
<input type="checkbox"/> Amministratore di Struttura Sanitaria	<input type="checkbox"/> Microbiologia/Virologia
<input type="checkbox"/> Analista al microscopio	<input type="checkbox"/> Musicista Terapista
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Naturopata / Nutripuntore
<input type="checkbox"/> Andrologia senza int. chir.	<input type="checkbox"/> Nefrologo
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Neolaureato (entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età)
<input type="checkbox"/> Angiologo	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologo
<input type="checkbox"/> Assistente di Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Neurologo
<input type="checkbox"/> Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatra infantile
<input type="checkbox"/> Audiologo	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatra
<input type="checkbox"/> Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/> Oculistica senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia senza implantologia
<input type="checkbox"/> Bionaturopata	<input type="checkbox"/> Omeopata
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Oncologia senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chiropratico	<input type="checkbox"/> Operatore Socio-Sanitario
<input type="checkbox"/> Consulente della riabilitazione	<input type="checkbox"/> Optometrista
<input type="checkbox"/> Cosmetologo	<input type="checkbox"/> Ortesista/Protesista
<input type="checkbox"/> Dermatologo e Venereologo	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Diabetologo	<input type="checkbox"/> Ortopedista
<input type="checkbox"/> Dietologo/Nutrizionista/Dietista	<input type="checkbox"/> Ortottista
<input type="checkbox"/> Dottore in Farmacia	<input type="checkbox"/> Osteopata
<input type="checkbox"/> Ematologia senza attività invasive	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Endocrinologo e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/> Patologo clinico
<input type="checkbox"/> Epatologo	<input type="checkbox"/> Pedagogista
<input type="checkbox"/> Epidemiologo/Biologo-statistico/Igiene e Medicina preventiva	<input type="checkbox"/> Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)
<input type="checkbox"/> Erborista	<input type="checkbox"/> Perfusionista
<input type="checkbox"/> Estetista	<input type="checkbox"/> Personal trainer
<input type="checkbox"/> Farmacia Ospedaliera	<input type="checkbox"/> Pneumologia senza attività invasiva
<input type="checkbox"/> Farmacologia	<input type="checkbox"/> Podologo
<input type="checkbox"/> Fisiatra	<input type="checkbox"/> Pranoterapeuta
<input type="checkbox"/> Fisico Medico	<input type="checkbox"/> Psichiatria
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Psicoanalista
<input type="checkbox"/> Foniatra	<input type="checkbox"/> Psicologo/Psicologo Clinico
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Psicoterapeuta
<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica (no mammografia)
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Radiologia (non invasiva)
<input type="checkbox"/> Igienista dentale	<input type="checkbox"/> Reumatologo
<input type="checkbox"/> Immunologo	<input type="checkbox"/> Riflessologo
<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti



<input type="checkbox"/> Infettivologo	<input type="checkbox"/> Sonografista/Ecografista
<input type="checkbox"/> Informatore scientifico della salute	<input type="checkbox"/> Specializzando (fino al compimento del 34° anno di età)
<input type="checkbox"/> Ingegnere biomedico	<input type="checkbox"/> Tecnico Addetto di Farmacia
<input type="checkbox"/> Kinesiologo	<input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista
<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista
<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologo	<input type="checkbox"/> Tecnico degli ultrasuoni
<input type="checkbox"/> Malattie infettive e tropicali	<input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
<input type="checkbox"/> Massofisioterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
<input type="checkbox"/> Massoterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico di medicina nucleare
<input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e spaziale	<input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/> Tecnico ECG
<input type="checkbox"/> Medicina di comunità	<input type="checkbox"/> Tecnico nell'Alimentazione Dietetica
<input type="checkbox"/> Medicina estetica	<input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico
<input type="checkbox"/> Medicina interna	<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
<input type="checkbox"/> Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
<input type="checkbox"/> Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche	<input type="checkbox"/> Terapista del lavoro
<input type="checkbox"/> Medico codificatore di storia clinica del paziente	<input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva
<input type="checkbox"/> Medico Competente/Ispettore Sanitario/Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale
<input type="checkbox"/> Medico dello sport	<input type="checkbox"/> Terapista Shiatsu
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale o Medico Generico	<input type="checkbox"/> Tossicologo
<input type="checkbox"/> Medico Internista	<input type="checkbox"/> Urologia (No attività invasive)
<input type="checkbox"/> Medico Legale	

### Specialità Mediche Assicurabili INVASIVE

<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Medico d'urgenza e 118
<input type="checkbox"/> Cardiologia interventistica	<input type="checkbox"/> Nefrologia con attività invasiva
<input type="checkbox"/> Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)	<input type="checkbox"/> Neurologia con atti invasivi
<input type="checkbox"/> Ematologia con attività invasive	<input type="checkbox"/> Ortodontista
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia (chirurgia minore e endoscopia digestiva)	<input type="checkbox"/> Ortopedia (chirurgia minore)
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (esclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Pediatria (chirurgia minore)
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (inclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Pneumologia con attività invasiva
<input type="checkbox"/> Malattie infettive con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica con mammografia
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (chirurgia minore)	<input type="checkbox"/> Radiologia interventistica
<input type="checkbox"/> Medicina Generale con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Senologia
<input type="checkbox"/> Medicina interna con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Terapia del dolore con atti invasivi

### Specialità Mediche Assicurabili CHIRURGICHE

<input type="checkbox"/> Andrologo con attività chirurgica	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia (atti invasivi non minori)
<input type="checkbox"/> Angiologia con interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Ginecologia senza Ostetricia con interventi chirurgici e PMA
<input type="checkbox"/> Cardiochirurgia	<input type="checkbox"/> Ginecologia con interventi chirurgici incluso taglio cesareo in elezione e PMA
<input type="checkbox"/> Chirurgia addominale	<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici e PMA
<input type="checkbox"/> Chirurgia della mano	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia
<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza e 118	<input type="checkbox"/> Oculistica con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia gastroenterologica	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia con implantologia "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia con implantologia "B" altre metodiche
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofaciale	<input type="checkbox"/> Oncologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofaciale (con attività estetica)	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia Ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali)
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Pediatria chirurgica
<input type="checkbox"/> Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/> Urologia

## ULTERIORI INFORMAZIONI:

1. L'Aderente è in possesso di abilitazioni e/o specializzazioni per attività professionali diverse dalle Specialità Mediche Assicurabili selezionate e per le quali in questa sede non si richiede copertura?  SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare quali:

- i) \_\_\_\_\_  
ii) \_\_\_\_\_  
iii) \_\_\_\_\_

(\*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi alla Compagnia

## INFORMAZIONI:

**PRESENZA DI SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI RICEVUTI, DENUNCIATI E/O RISARCITI ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA** (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente Modulo di Adesione):

NO  SI N. Sinistri (\*) \_\_\_\_\_

### Fornire le seguenti informazioni:

#### I. Data scoperta

Eventuale somma liquidata \_\_\_\_\_

Controparte \_\_\_\_\_

Eri assicurato?  NO  SI (Indicare l'Assicuratore) \_\_\_\_\_

Eventuale somma reclamata \_\_\_\_\_

Breve descrizione del danno \_\_\_\_\_

#### II. Data scoperta

Eventuale somma liquidata \_\_\_\_\_

Controparte \_\_\_\_\_

Eri assicurato?  NO  SI (Indicare l'Assicuratore) \_\_\_\_\_

Eventuale somma reclamata \_\_\_\_\_

Breve descrizione del danno \_\_\_\_\_

#### III. Data scoperta

Eventuale somma liquidata \_\_\_\_\_

Controparte \_\_\_\_\_

Eri assicurato?  NO  SI (Indicare l'Assicuratore) \_\_\_\_\_

Eventuale somma reclamata \_\_\_\_\_

Breve descrizione del danno \_\_\_\_\_

**PRESENZA DI FATTI NOTI O CIRCOSTANZE ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA** (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente **Modulo di Adesione**):

	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	N. Fatti Noti o Circostanze _____
<b>Fornire le seguenti informazioni:</b>			
i. Data comunicazione formale del reclamante _____			Controparte _____
Eventuale somma reclamata _____			Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore) _____
Breve descrizione del danno _____			
_____			
_____			
ii. Data comunicazione formale del reclamante _____			Controparte _____
Eventuale somma reclamata _____			Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore) _____
Breve descrizione del danno _____			
_____			
_____			

**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 rientreranno in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Data ..... FIRMA DELL'ADERENTE .....

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

- (A) Ricevimento e consultazione del **Set Informativo "Mod. 125 21 SET INFORMATIVO\_PROFESIONE MEDICA – Ed. 31.05.2021"** prima della sottoscrizione del presente **Modulo di Adesione**;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel **"Mod. 435 22 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 31.05.2022"** e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di **Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e nella **Polizza Collettiva N° 20xxRCG00xx-xxxxx** e tutti i relativi **Allegati ed Atti di Variazione** indicati nel **Punto 12 della Scheda di Polizza**;
- (C) Formulazione temporale dell'**Assicurazione "Claims Made"** ai sensi dell'Art. 2) **Forma dell'Assicurazione "Claims Made" – Retroattività** delle Condizioni di **Assicurazione "Mod. 435 22 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 31.05.2022"**;
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente **Assicurazione** ai sensi dell'Art. 4) **Esclusioni, par. a.** delle Condizioni di **Assicurazione "Mod. 435 22 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 31.05.2022"**.

Data ..... FIRMA DELL'ADERENTE .....

## CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

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

Data .....

FIRMA DELL'ADERENTE .....

## 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. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021*

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<sup>®</sup>"), 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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>** (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.

## 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<sup>®</sup>** o gli interessati possano far valere un diritto previsto dalla polizza assicurativa, oppure laddove fosse imposto da disposizioni normative o da un'Autorità di Controllo.

## 4. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati personali (identificativi e/o particolari) è obbligatorio per l'adempimento di obblighi previsti dalla Legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge o da Organi di Vigilanza, e necessario ai fini dello svolgimento delle finalità assicurative di cui al punto 1.

## 5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

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

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

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

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

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

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

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

## 7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

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

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

## 8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento in ambito italiano è **BHItalia®**, con sede in Milano, Corso Italia 13.(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 \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_