

P.O.G. - Product Oversight & Governance

ESTRATTO P.O.G. - Slide del mercato di riferimento (Sezioni 2, 3, 4 e 5)

Prodotto: “**COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. «PLUS»**”

Responsabilità Civile Colpa Grave Medica
del Personale delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale

Berkshire Hathaway International Insurance Limited - Italy Branch
(BHItalia®)

Indice

2. Caratteristiche del prodotto
3. Target di mercato e target market negativo
4. Schema di distribuzione
5. Schema contrattuale

2. Caratteristiche del prodotto (1/2)

Il prodotto «Colpa Grave Medica – S.S.N. PLUS», in forma di Polizza Collettiva, è volto ad offrire una copertura di **Responsabilità Medica e Responsabilità Civile verso Terzi, Ramo 13**;

Il prodotto assicura, nella forma "*claims made*", la Responsabilità Civile per Colpa Grave Medica del personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva ed abbia pagato il relativo premio;

Per Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria si intende qualunque azienda di diritto pubblico che eroghi prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e mantenimento delle abilità acquisite, regolarmente autorizzata all'esercizio dell'attività;

La Polizza Collettiva ha di norma durata annuale; i Certificati di Assicurazione in dipendenza del momento dell'adesione alla Polizza Collettiva possono avere durata uguale o inferiore all'anno;

Contraente della Polizza Collettiva: Ente contraente (es. Intermediario, Associazione, Federazione, Sindacato, etc.);

Il prodotto copre:

- **La Responsabilità Civile per Colpa Grave Medica (Sezione I – Garanzia Base)**: la Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le richieste di risarcimento, come definite nelle Condizioni di Assicurazione, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti.

2. Caratteristiche del prodotto (2/2)

- **Condanna in solido con l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza (Sezione II – Garanzia Opzionale):** la Compagnia, fino a concorrenza del Massimale, indennizza le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti. Il sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente polizza, solo qualora l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.

L'assicurazione è prestata nella forma "*Claims Made*" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre il periodo di retroattività. L'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra-premio.

Nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, con le medesime modalità di adesione alla Polizza Collettiva e previo il pagamento del sovra-premio, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 (dieci) anni per eventuale azioni nei propri confronti riferite a fatti colposi verificatisi durante il periodo di validità della presente Polizza Collettiva, compreso il periodo di Retroattività. Nel caso di cessazione dell'attività professionale per morte dell'Assicurato è data facoltà agli eredi di acquistare alle stesse condizioni riservate all'Assicurato la garanzia ultrattiva decennale in nome e per conto dell'Assicurato stesso. La garanzia ultrattiva decennale, in caso di morte dell'Assicurato coprirà eventuali azioni promosse nei confronti degli eredi legittimi e testamentari, e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

3. Target di mercato

Il presente prodotto assicurativo si rivolge a tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici.

Il target di mercato è rappresentato da coloro che esercitano la professione sanitaria nell'ambito delle "Qualifiche dell'Assicurato" riportate nella Scheda di Polizza.

In funzione della richiesta del Contraente della Polizza Collettiva nel target di mercato vengono comprese solo le "Qualifiche dell'Assicurato" richieste nella Scheda di Polizza (specifiche per ogni singolo contratto).

La copertura prevede limiti, massimali, periodo minimo di retroattività con facoltà da parte dell'Assicurato di richiederne l'estensione illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra-premio, ed un periodo di ultrattività in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale dell'Assicurato (anch'esso con applicazione di un sovra-premio).

Il prodotto non è rivolto alla copertura dell'attività svolta, a qualunque titolo, dagli esercenti la professione sanitaria nelle Aziende Sanitarie Private e nelle Strutture Sanitarie Private.

4. Schema di distribuzione (1/2)

- Trattandosi di Polizza Collettiva indirizzata ad un pubblico *retail*, questo prodotto deve essere distribuito sul mercato tramite l'intermediario iscritto alle Sezioni A del RUI con la quale la Compagnia ha stipulato un regolare accordo di collaborazione agenziale; stante la linea della Compagnia, è consentita l'emissione dei Certificati di Assicurazione unicamente da parte degli iscritti alla sezione A del RUI;
- L'Agenzia (di seguito «Agente») opera con la sua rete di intermediari per distribuire il prodotto oppure direttamente (talvolta anche tramite propria piattaforma web);
- L'intermediario (Broker o Agente) fornisce all'Aderente, in maniera chiara e comprensibile, le informazioni relative al prodotto, illustrandone le caratteristiche della copertura, i costi, la durata e qualsiasi elemento utile a consentire di prendere una decisione informata;
- Gli Aderenti devono compilare il Modulo di Adesione nella maniera più dettagliata possibile indicando tutte le Specialità Mediche per cui intendono assicurarsi; dalla compilazione del Modulo di Adesione, l'intermediario (Broker o Agente) è in grado di relazionare le risposte date dal cliente alla relativa tariffa limitandosi tuttavia all'applicazione delle regole previste dalla Polizza Collettiva;
- L'intermediario (Broker o Agente) raccoglie i Moduli di Adesione presso la Clientela seguendo la tariffa, le Condizioni di Assicurazione e le relative regole assuntive concordate con la Compagnia;
- L'Agente ha il ruolo di monitorare la corretta applicazione delle regole assuntive da parte della sua rete di intermediari;
- L'Agente, ricevuta la conferma di adesione, provvede all'emissione del Certificato di Assicurazione al Cliente;
- I Clienti/Aderenti pagano il premio all'Agente oppure al proprio intermediario (che appartiene alla rete di intermediari dell'Agente stesso), il quale invia conti mensili all'Agente. Il pagamento del premio presso l'intermediario, la cui autorizzazione all'incasso è stata ratificata dalla Compagnia, ha effetto liberatorio per l'Assicurato a partire da tale data; ad eccezione di eventuali periodi di mora o altre pattuizioni previste dal contratto, la comunicazione di incasso ha altresì effetto di efficacia della garanzia a partire dalla data di incasso del premio. In assenza di tale ratifica l'effetto liberatorio per l'Assicurato, e quindi la decorrenza della garanzia, si avranno con la comunicazione di incasso da parte dell'Agenzia.

4. Schema di distribuzione (2/2)

- La Compagnia monitora il lavoro degli addetti alla distribuzione assicurandosi che:
 - Vengano fornite al Cliente, in maniera chiara e comprensibile, le informazioni relative al prodotto, illustrandone le caratteristiche della copertura, i costi, la durata e qualsiasi elemento utile a consentire di prendere una decisione informata;
 - Tutte le informazioni utili al regolare processo di assunzione vengano richieste;
 - Il flusso informativo verso la Compagnia avvenga nei tempi e nelle modalità predefinite;
 - La strategia assuntiva e il target di mercato siano coerenti con le caratteristiche dei Clienti e i volumi di premio stabiliti;
- La Compagnia valuta la possibilità di effettuare sessioni di audit presso l'intermediario per la valutazione del suo operato.

5. Schema contrattuale (1/2)

Polizza Collettiva:

- Accordo di collaborazione con l'Agente;
- **Set Informativo** completo, composto da **DIP Danni** (Documento Informativo Precontrattuale), **DIP Aggiuntivo Danni** (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo), **Condizioni di Assicurazione** comprensive del **Glossario**, **Facsimile Modulo di Adesione** in allegato alle Condizioni di Assicurazione, e **Informativa Privacy**;
- Scheda di Polizza;
- Polizza Collettiva: Polizza stipulata "per conto di chi spetta" ai sensi dell'Art. 1891 c.c.;
- Contraente: Il soggetto che stipula la Polizza Collettiva (es. Intermediario, Associazione, Federazione, Sindacato, etc.), 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 distributore 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;
- Assicurato: Tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva ed abbia pagato il relativo premio.

5. Schema contrattuale (2/2)

Singoli Certificati di Assicurazione:

- Allegati 3 e 4;
- Questionario di rilevazione dei fabbisogni della clientela (ex di adeguatezza);
- Modulo di Adesione comprensivo dell'indicazione delle «Qualifiche dell'Assicurato» per cui si richiede copertura, della dichiarazione di ricevuta della documentazione precontrattuale e dell'Informativa Privacy;
- Certificato di Assicurazione;
- Assicurato: Tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva ed abbia pagato il relativo premio.