

SCHEDA DI QUOTAZIONE

Polizza N°: 20xxRCG00xxx-xxxxxx

1. **Contraente:** BUCCHIONI'S STUDIO S.A.S. - INTERMEDIARI AGENTI
VIA REDIPUGLIA, 15 - 19124 LA SPEZIA (SP) ITALIA
PARTITA IVA: 01089210114
- Periodo di Validità della Polizza:**
2. **Effetto:** dalle ore 00:01 dell' 01.07.2021
3. **Scadenza:** alle ore 00:01 dell' 01.01.2022
4. **Data Retroattività:** dalle ore 00:01 dell' 01.01.2011
Opzione Retroattività Illimitata di cui all'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione: sopra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile.
5. **Limite dell'Indennizzo per Risarcimento:**
- a. **Sezione I - Colpa Grave Medica** EUR 5.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie;
b. **Sezione II - Condanna in Solido** EUR 2.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie.
6. **Franchigia per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento:** Nessuna.
7. **Premi Annui Lordi:**
- | | <u>Premio Annuo Lordo</u> | |
|---|---------------------------|-------------------|
| | <u>Sezione I</u> | <u>Sezione II</u> |
| Dirigente Medico che svolge Attività di Ginecologia, Ostetricia e Ortopedia | € 630,00 | € 630,00 |
| Dirigente Medico che NON svolge Attività di Ginecologia, Ostetricia e Ortopedia | € 540,00 | € 540,00 |
| Dirigente Sanitario Non Medico | € 450,00 | € 450,00 |
| Quadri Sanitari / Altro Personale Sanitario | € 70,00 | € 70,00 |
| Restante Personale Non Sanitario | € 50,00 | € 50,00 |
- Sovra-premio per l'attivazione della ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE di cui all'Art. 11 delle Condizioni di Assicurazione: 300% del premio annuale di tariffa applicabile.
8. **Intermediario (Broker):** --
9. **Intermediario (Agente):** Bucchioni's Studio S.a.s. - Intermediari Agenti (R.U.I. N. A000232125)
Via Redipuglia, 15 - 19124 La Spezia (SP) - Italia
Tel. 0187 - 280122, Fax 0187 - 575808, E-mail colpagrave@bucchionistudio.it
10. **Informativa Precontrattuale e Condizioni di Assicurazione:**
- Mod. 129 21 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Ed. 31.05.2021
 - Mod. 429 21 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Ed. 31.05.2021
11. **Allegati / Atti di Variazione:**
- Allegato "A" - Facsimile Modulo di Adesione
 - Allegato "B" - Facsimile Certificato di Assicurazione
 - Appendice N. 01 - Inserimento Art. 18-bis

Milano, __/__/____

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA

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

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel presente “Mod. 429 21 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - Ed. 31.05.2021” 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. 129 21 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - Ed. 31.05.2021”, delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al “Mod. 429 21 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - Ed. 31.05.2021”, dei relativi Allegati ed Atti di Variazione indicati nel Punto 11 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 al 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, e sottoscrive per specifica approvazione, i contenuti dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione di cui al “Mod. 429 21 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - Ed. 31.05.2021”:

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

Milano,

IL CONTRAENTE

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili, 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.

Milano,

IL CONTRAENTE

COMUNICAZIONE DEI SINISTRI

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

Berkshire Hathaway International Insurance Limited

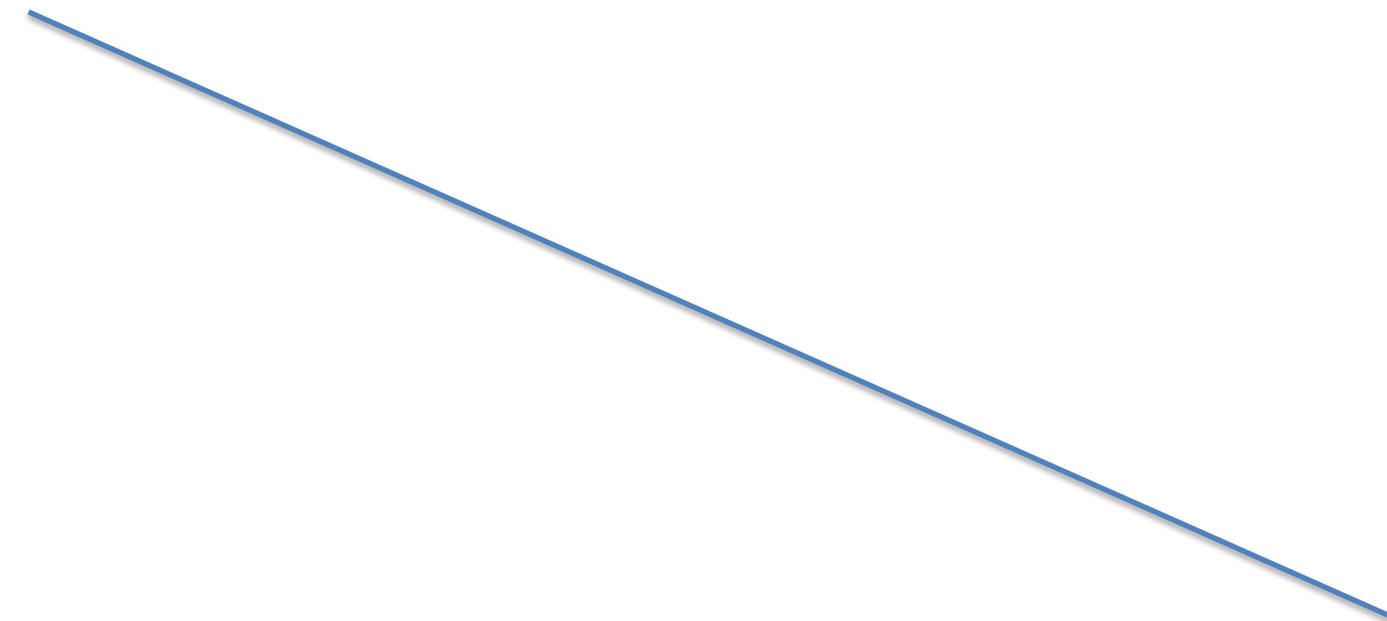
Rappresentanza Generale per l'Italia

Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI

Tel. 02 8707 3773 - Fax 02 8707 3784

E-mail <sinistri@bh-italia.com>

PEC <sinistri.bh-italia@legalmail.it>



ALLEGATO "A" - FACSIMILE MODULO DI ADESIONE

POLIZZA COLLETTIVA N° 20xxRCG00xxx-xxxxxx

ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA DEL PERSONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E/O SOCIO SANITARIE PRIVATE E DEI LIBERI PROFESSIONISTI

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

1: Da utilizzare per accedere all'Area Riservata

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE "COLPA GRAVE MEDICA"

con decorrenza dal al

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- (1) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla Polizza Collettiva N° 20xxRCG00xxx-xxxxxx stipulata con la Compagnia di Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima dell'adesione;
- (2) L'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata "Claims Made". La garanzia vale per i sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in polizza;
- (3) Le richieste di risarcimento, come definite dalla presente polizza, e come meglio specificato all'Art. 9.1.b, avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione in corso, anche se già denunciate a precedenti Assicuratori, configurano fatti e circostanze note non coperte dalla presente polizza;
- (4) Condizione imprescindibile per l'assumibilità del rischio da parte della Compagnia è che l'Assicurato prima della stipula della presente polizza non abbia avuto a Suo carico sentenze di condanna di Colpa Grave.

Data

FIRMA

RETROATTIVITÀ:

- Dalle ore 00:01 del ___/___/___ (Opzione Base) ILLIMITATA, sopra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile

GARANZIE:

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

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

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

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

- NO SÌ
- SÌ, 1 condanna In sede: Civile Penale per lesioni colpose Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

Data della Sentenza:

SI, 2 condanne In sede: Civile Penale per lesioni colpose Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

Data delle Sentenze:

SI, 3 condanne In sede: Civile Penale per lesioni colpose Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

Data delle Sentenze:

2. Note sui Sinistri:

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

- (A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo “Mod. 129 21 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - Ed. 31.05.2021” prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Collettiva N° 20xxRCG00xxx-xxxxxx stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**;
- (C) Formulazione temporale dell'assicurazione “Claims Made”;
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data

FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021** “Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili, 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

ALLEGATO "B" - FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE N°

•••

POLIZZA COLLETTIVA N° 20xxRCG00xxx-xxxxxx

CONTRAENTE:

•••

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA DEL PERSONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E/O SOCIO SANITARIE PRIVATE E DEI LIBERI PROFESSIONISTI

ADESIONE INDIVIDUALE

IL / LA SOTTOSCRITTO / A

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

DICHIARA DI ADERIRE ALLA COPERTURA OGGETTO DEL PRESENTE CERTIFICATO con decorrenza dal al SENZA TACITO RINNOVO,

e contestualmente di aver ricevuto copia del presente Certificato e di essere a conoscenza, aver preso visione delle condizioni contrattuali, normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Collettiva N° 20xxRCG00xxx-xxxxxx stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima dell'adesione;

In osservanza del disposto dei Regolamenti IVASS N. 40 e N. 41 del 02/08/2018, di seguito viene esposto un estratto delle Condizioni di Polizza; valgono esclusivamente le Condizioni di Assicurazione della Polizza Collettiva N° 2019RCG00xxx-xxxxxx.

SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto, di cui al punto 7 (Sezione I) della Scheda di Polizza, e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3 e stabilito nel Certificato di Assicurazione, prestano l'assicurazione nella forma "Claims Made" enunciata all'Articolo 1, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le richieste di risarcimento, come definite nel Glossario della Polizza, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave.

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

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

Massimale:

Vedi Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione

SEZIONE II - CONDANNA IN SOLIDO CON LA STRUTTURA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI APPARTENENZA

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto, di cui al punto 7 (Sezione II) della Scheda di Polizza, gli Assicuratori, **fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3**, indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata 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 la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.**

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

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

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

Massimale:

Vedi Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione

Esclusioni valide per entrambe le Sezioni:

Vedi Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione

SI NO CLAUSOLA BROKER - Broker incaricato:

PREMIO CORRISPOSTO	DECORRENZA DELLA GARANZIA DALLE ORE 00:01 DEL	FRAZIONAMENTO
€	- SENZA TACTO RINNOVO	ANNUALE

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

(a) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione nella forma "Claims Made" (Richieste di Risarcimento presentate), a copertura delle Richieste di Risarcimento:

- presentate per la prima volta all'Assicurato, e
- debitamente denunciate dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Validità della Polizza.

(b) di aver letto e di aver specificatamente approvato quanto previsto dalla Polizza.

Ai sensi del Titolo II, Capo I, Art. 9 del Regolamento IVASS N° 41 del 02 Agosto, 2018 è fatto obbligo al 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.

L'Assicurato dichiara quindi di aver ricevuto prima dell'adesione alla copertura assicurativa 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. 129 21 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Ed. 31.05.2021", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 429 21 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Ed. 31.05.2021", dei relativi Allegati ed Atti di Variazione indicati nel Punto 11 della Scheda di Polizza, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Milano, __/__/____

L'ASSICURATO

LA COMPAGNIA

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

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

Il presente Certificato viene emesso in tre esemplari, di 4 (quattro) pagine ciascuno, ad un solo effetto.

Milano, __/__/____

L'ASSICURATO

