

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

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

CONTRAENTE:  
BUCCHIONI'S STUDIO S.A.S. - INTERMEDIARI AGENTI

...

VIA REDIPUGLIA, 15 – 19124 LA SPEZIA (SP) – ITALIA

...

PARTITA IVA: 01089210114



BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED  
RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA

...

POLIZZA COLLETTIVA N° 2020RCG00213-789972

## SCHEDA DI POLIZZA

Polizza N°: 2020RCG00213-789972

**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 del 31.12.2020

**3. Scadenza:**

alle ore 00:01 del 31.12.2021

**4. Data Retroattività:**

dalle ore 00:01 del 31.12.2010

Opzione Retroattività Illimitata di cui all'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione: sovra-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 Anni Lordi:**

**Qualifica dell'Assicurato**

**Premio Annuo Lordo**

	<b>Sezione I</b>	<b>Sezione II</b>
Dirigente Medico e Veterinario	€ 420,00	€ 420,00
Medico Convenzionato e/o Contrattista	€ 360,00	€ 360,00
Dirigente Sanitario Non Medico	€ 300,00	€ 300,00
Medico Specialista in Formazione	€ 200,00	€ 200,00
Componente del Comitato Etico	€ 150,00	€ 150,00
Quadro Sanitario / Altro Personale Sanitario / Dirigente Infermieristico	€ 60,00	€ 60,00
Restante Personale Non Sanitario	€ 40,00	€ 40,00
Tirocinante	€ 40,00	€ 40,00

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 [colpgrave@bucchionistudio.it](mailto:colpgrave@bucchionistudio.it)

**10. Informativa Precontrattuale e Condizioni di Assicurazione:**

- Mod. 117 19 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Ed. 02.12.2019;
- Mod. 417 19 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Ed. 02.12.2019.
- Allegato "A" - Facsimile Modulo di Adesione (Mod. COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. PLUS - ALLEGATO "A").

**11. Allegati / Atti di Variazione:**

Milano, 11.05.2021

IL CONTRAENTE

**BHItalia®**  
LA COMPAGNIA

BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED  
Rappresentanza Generale per l'Italia Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI)  
Tel: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: [direzione@bh-italia.com](mailto:direzione@bh-italia.com)  
Iscrizione Elenco I-annesso all'Albo Imprese IVASS N° 1.00092 in data 25.1.2011  
Codice IVASS Impresa D893R. Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

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. 417 19 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “PLUS” - Ed. 02.12.2019” 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. 117 19 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “PLUS” - Ed. 02.12.2019”, delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al “Mod. 417 19 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “PLUS” - Ed. 02.12.2019”, 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. 417 19 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “PLUS” - Ed. 02.12.2019”:

- 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. 507 20 Informativa Privacy - Ed. 20.02.2020 "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".

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° 2020RCG00213-789972  
ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA  
DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

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

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° 2020RCG00213-789972 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 DELL'ASSICURATO .....

### 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  SI  
 SI, 1 condanna In sede:  Civile  Penale per lesioni colpose  Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

Data della Sentenza:

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

Importo del risarcimento: €

Data delle Sentenze:

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

Importo del risarcimento: €

Data delle Sentenze:

## 2. Note sui Sinistri:

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

- (A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo “Mod. 117 19 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “PLUS” - Ed. 02.12.2019” prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Collettiva N° 2020RCG00213-789972 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 DELL'ASSICURATO .....

## CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento Mod. 507 20 Informativa Privacy - Ed. 20.02.2020 “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”.

Data .....

FIRMA DELL'ASSICURATO .....