

SET INFORMATIVO

(Edizione 21.12.2020)

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 European Insurance DAC – 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 presta 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.

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

BHEI Italia
Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway

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

Berkshire Hathaway European Insurance DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: "PROFESSIONE MEDICA"

Data di realizzazione: 21/12/2020, 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 European Insurance DAC, Rappresentanza Generale per l'Italia** (in seguito definita "**BHEI Italia**"); Berkshire Hathaway European Insurance DAC è una società appartenente al **Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway**.

Berkshire Hathaway European Insurance DAC ha Sede Legale e Direzione Generale in IRLANDA, One Grant's Row, Mount Street Lower, Grand Canal Dock, Dublin 2 D02 HX96 ed è registrata in Irlanda ai sensi del Companies Act 2014, quale Designated Activity Company (DAC) Limited by Shares con il numero 636883.

BHEI Italia è la sede secondaria italiana di **Berkshire Hathaway European Insurance DAC** con cui sarà concluso il Contratto, con Sede Legale e Direzione Generale in Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI), Italia.

BHEI Italia 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 **BHEI Italia**: telefono +39 02 02 8725 3385, fax +39 02 8725 3386, sito internet: www.bhei-italia.com, indirizzo di posta elettronica: direzione@bhei-italia.com (Posta Elettronica Certificata: bhei-italia@legallmail.it).

BHEI Italia è iscritta all'Elenco I annesso all'Albo Imprese IVASS al N. I.00163, iscrizione in data 15 Marzo 2019, codice IVASS Impresa D964R. **BHEI Italia** opera in Italia in regime di stabilimento ai sensi della direttiva 92/49/EEC del 18 Giugno 1992 concernente l'Assicurazione diretta diversa dall'Assicurazione sulla vita, nonché degli articoli 1, lettera (f) e 23 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, attraverso la propria Rappresentanza Generale in Italia, avente Sede in Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI).

Berkshire Hathaway European Insurance DAC è sottoposta a controllo, autorizzata e regolata dalla Central Bank of Ireland, N. di riferimento CBI C182407.

Queste informazioni possono essere verificate rispettivamente sui siti internet della Central Bank of Ireland (www.centralbank.ie) e dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (www.ivass.it).

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato al 31 Dicembre 2019 di **Berkshire Hathaway European Insurance Designated Activity Company** è di 113,4 milioni di Euro, formato da un capitale sociale di 116 milioni di Euro e da perdite portate a nuovo per 2,6 milioni di Euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente (Solvency II), è del 431%.

Il patrimonio netto e l'indice di solvibilità sono calcolati applicando i criteri contabili Irish GAAP, FRS n. 102 e n. 103, nonché le disposizioni di cui al Companies Act 2014.

La capogruppo di **Berkshire Hathaway European Insurance DAC**, 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 European Insurance DAC** 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 European Insurance DAC** fa parte, è la **Berkshire Hathaway international Insurance Limited**, società con sede legale nel Regno Unito, 4th Floor, 8 Fenchurch Place London, EC3M 4AJ ed è registrata in Inghilterra e Galles con il N. 3230337.

I bilanci consolidati delle suddette società sono pubblicati e possono essere richiesti presso i seguenti indirizzi:

1140 Kiewit Plaza, Omaha, Nebraska 68131, USA

4th Floor, 8 Fenchurch Place London, EC3M 4AJ

oppure possono essere scaricati dai siti internet delle due società, ai seguenti indirizzi:

www.berkshirehathaway.com

www.bhiil.com

Al contratto si applica la legge italiana

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Protocollo Arrivo N. 4386/2021 del 12-03-2021
Doc. Principale - Copia Documento



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 la 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**.

<p>Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione</p>	<p>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.</p> <p>L'attivazione di questa copertura comporta il pagamento di un sovra-premio pari al 200% del premio annuale previsto per la Specializzazione Medica assicurata, 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.</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 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.</p>
--	---



Che cosa non è assicurato?

<p>Rischi esclusi</p>	<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"> ✖ Sono esclusi dalla copertura 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; ✖ Sono escluse le richieste di Risarcimento 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; ✖ 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'Assicurato al momento della stipulazione della Polizza; ✖ 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'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; ✖ 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 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; ✖ 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.
------------------------------	---



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 European Insurance DAC
Rappresentanza Generale per l'Italia**

Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI

Tel. 02 8725 3385 - Fax 02 8725 3386

E-mail: sinistri@bhei-italia.com

PEC: sinistri.bhei-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>Prescrizione:</p> <p>Come previsto dall'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche e integrazioni, il diritto al pagamento delle rate di premio 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'Assicurato 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>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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.).
Obblighi dell'impresa	L'impresa si impegna a pagare all'Assicurato 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?

Premio	<p>Modalità di pagamento</p> <p>Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ai fini della determinazione del Premio annuale di cui alla presente Assicurazione, si dovrà fare riferimento alla apposita tabella denominata "Specialità Mediche Assicurabili" - Qualora l'aderente svolga più attività professionali, dovrà indicarle tutte nel Modulo di Adesione. In questo caso il Premio da corrispondere sarà pari all'importo riferito all'attività di più alto rischio. <p>Oneri fiscali</p> <p>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.</p>
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> - L'Assicurato ha diritto al rimborso del premio 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. - L'Assicurato ha diritto al rimborso del premio pagato in caso di recesso per sinistro 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 delle imposte di legge, relativa al periodo di rischio non corso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato Certificato di Assicurazione 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. - L'Assicurato 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. - 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
---------------	---

Sospensione	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.
--------------------	--



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	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.
Risoluzione	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 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?

All'impresa assicuratrice	<p>In caso di domande o richieste di chiarimenti circa la vostra Polizza o riguardanti la gestione delle Richieste di Risarcimento, contattare, in prima istanza:</p> <p>Berkshire Hathaway European Insurance DAC, Rappresentanza Generale per l'Italia – Corso Italia 13 – 20122 Milano (MI) – +39 0287253385 – Fax +39 0287253386 – E-mail: reclami@bhei-italia.com</p> <p>Ogni domanda, richiesta di chiarimento o qualsiasi altra comunicazione circa la vostra Polizza dovrà contenere il numero identificativo della stessa ed il numero di Certificato di Assicurazione a cui la Polizza si riferisce, corredata dalla documentazione relativa alla comunicazione stessa.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</p> <p>In alternativa, i reclami possono essere presentati in Irlanda presso la Financial Services and Pensions Ombudsman (FSPO), Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, D02 VH29 – Tel. +353 1 567 7000 – E-mail: info@fsपो.ie – Sito: www.fsपो.ie</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PROFESSIONE MEDICA

Mod. 414 19 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 21.12.2020

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 European Insurance DAC
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 abbiano 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

FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA	4
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	6
I) GLOSSARIO	6
II) DESCRIZIONE DEL RISCHIO - ATTIVITÀ ASSICURATA	9
III) LIMITI	9
IV) NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	10
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	14
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	15
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	16
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	17
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

BHEI Italia

Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway

BHEI Italia è il marchio della sede secondaria italiana di
Berkshire Hathaway European Insurance DAC
Sede Legale: One Grant's Row, Mount Street Lower,
Grand Canal Dock, Dublin 2 D02 HX96 Ireland
Capitale Sociale Interamente Versato: € 116.000.000
Autorizzata e regolata dalla Central Bank of Ireland
N° di riferimento CBI: C182407
Registrata in Irlanda ai sensi del Companies Act 2014, quale
Designated Activity Company (DAC) Limited by Shares
N° di Registrazione Società: 636883 | Numero VAT: 3583603QH

Berkshire Hathaway European Insurance DAC
Sede Secondaria in Italia
Sede Legale e Direzione Generale:
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia
Iscrizione nell'Elenco l'annesso all'Albo Imprese IVASS
N° I.00163 in data 15.3.2019
Codice IVASS Impresa: D964R
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 2559035
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,
Codice Fiscale e Partita IVA: 10799540967

ALLEGATO 1.....	20
Specialità Mediche Assicurabili	20
FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE	25
FACSIMILE MODULO DI ADESIONE	27

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Protocollo Arrivo N. 4386/2021 del 12-03-2021
Doc. Principale - Copia Documento

FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA

1. **Parte 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:
sovrappremio 10% del premio annuale di tariffa applicabile.
5. **Limite dell'Indennizzo per Risarcimento**
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 Risarcimento*.
7. **Franchigia per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento:**
Nessuna.
8. **Premi Annui Lordi:**
I premi esposti nell'Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione, "Specialità Mediche Assicurabili".
Sovrappremio 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. 114 19 Set Informativo PROFESSIONE MEDICA – Ed. 21.12.2020 e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse.
12. **Allegati / Atti di Variazione:**
Allegato 1 - "Specialità Mediche Assicurabili".

Milano,

LA PARTE CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

COMUNICAZIONE DEI SINISTRI

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

Berkshire Hathaway European Insurance DAC
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI

Tel. 02 8725 3385 - Fax 02 8725 3386
E-mail < sinistri@bhei-italia.com >
PEC < sinistri.bhei-italia@legalmail.it >

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile la **Parte 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. 414 19 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 21.12.2020** e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway European Insurance DAC, 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.

La **Parte Contraente** dichiara inoltre di aver ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte della Polizza **Berkshire Hathaway European Insurance DAC, Rappresentanza Generale per l'Italia**, in particolare del "**Mod. 114 19 Set Informativo PROFESSIONE MEDICA - Ed. 21.12.2020**", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "**Mod. 414 19 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 21.12.2020**", 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 alla **Parte 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. la **Parte 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 Espressa |

Data

FIRMA DELLA PARTE 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 European Insurance DAC, 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 DELLA PARTE 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 che stipula il contratto;
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. La presente Polizza Collettiva è stipulata "per conto di chi spetta" ai sensi dell'Art. 1891 C.C.
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;
Massimale:	La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che obbliga la Compagnia e che quest'ultima sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri relativi ad un medesimo Periodo di Assicurazione, indipendentemente da quante siano le Richieste di Risarcimento ed il numero delle persone danneggiate;

Diritto di Ripensamento:	La facoltà dell'Assicurato di recedere dal contratto annullandone gli effetti;
Fatti Noti:	Qualsiasi 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'Assicurato (e dai suoi sostituti temporanei, questi ultimi alle condizioni espressamente indicate nella Polizza) e che è stato portato a conoscenza dell'Assicurato. A titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono per Fatti Noti fatti, situazioni, circostanze o comunicazioni, notizie, querele, denunce, atti giudiziari, indagini - anche interne - della Direzione Sanitaria mentre non sono considerate Fatti Noti le relazioni tecniche chieste dalla Direzione Sanitaria ad eccezione dei casi in cui - unitamente alla richiesta di dette relazioni - all'Assicurato 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'Assicurato medesimo era coinvolto;
"Claims Made":	Il tipo di copertura garantita in base alla quale le garanzie assicurative operano con riferimento alle 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;
Periodo di Assicurazione:	Il periodo ricompreso tra la data di effetto e la data di scadenza come risultanti dalla Scheda di Polizza ad eccezione di quanto previsto ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1901 Codice civile. Successivamente al primo Periodo di Assicurazione, il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di Rinnovo della Polizza;
Periodo di Retroattività:	Il periodo antecedente la data di effetto dell'Assicurazione come indicato nella Scheda di Polizza, entro cui devono essere accaduti i fatti oggetto della denuncia contenuti nelle Richieste di Risarcimento pervenute durante il periodo di validità della Polizza;
Premio:	L'importo dovuto dall'Assicurato alla Compagnia;
Rinnovo:	La stipulazione del contratto di Assicurazione per un successivo e nuovo Periodo di Assicurazione;
Recesso:	La dichiarazione unilaterale avente l'effetto di cessare l'effetto del contratto di Assicurazione;
Attività Diagnostica e Chirurgica Invasiva:	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;
Attività Chirurgica Minore:	L'attività che comporta interventi chirurgici che implicano taglio e sutura di tessuto in anestesia locale;
Attività Intramoenia e Requisiti Soggettivi:	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:

- a) personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale con qualifica di dirigente;
- b) personale laureato e medico di ruolo in servizio nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia delle aree tecnico scientifiche e sociosanitarie;
- c) dipendenti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto privato;
- d) docenti universitari e ricercatori che effettuano attività assistenziale presso cliniche ed istituti universitari di ricovero e cura anche se gestiti direttamente dalle università;
- e) 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;

Attività extramoenia:	L'attività svolta al di fuori della struttura ospedaliera/clinica;
Rischio:	La probabilità che si verifichi un evento;
Responsabilità Contrattuale:	Il danno conseguente ad un inadempimento o alla violazione di una obbligazione assunta con la stipulazione di un contratto;
Responsabilità Extracontrattuale:	Il danno derivante da fatto illecito ai sensi e per gli effetti dell'Art. 2043 del Codice civile;
Danno:	La conseguenza pregiudizievole del fatto illecito o dell'evento dell'Assicurato, conseguenza che può essere patrimoniale o non patrimoniale;
Danno Non Patrimoniale:	Qualsivoglia danno conseguente a lesioni personali o a morte e non inerente la sfera patrimoniale del danneggiato;
Danno Patrimoniale:	Qualsivoglia pregiudizio economico conseguente al danneggiamento di cose e/o animali ed inerente la sfera patrimoniale del danneggiato;
Perdite Patrimoniali Pure:	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;
Risarcimento, Indennizzo o Indennità:	L'importo dovuto dalla Compagnia in caso di sinistro;
Richiesta di Risarcimento:	Quella che, per prima, tra le seguenti circostanze venga a conoscenza dell'Assicurato nel corso di ciascun Periodo di Assicurazione: <ol style="list-style-type: none">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 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 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 sovrapprezzo 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 European Insurance DAC

Rappresentanza Generale per l'Italia

Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI)

Tel. 02 8725 3385 - Fax 02 8725 3386

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

PEC < sinistri.bhei-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 corrispondersi 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.

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. 55, comma 1, lettera a) del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006, la Compagnia autorizza espressamente il Broker all'incasso dei premi dagli Assicurati e/o al pagamento delle somme dovute agli Assicurati o agli altri aventi diritto, pertanto 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 European Insurance DAC, Rappresentanza Generale per l'Italia

Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI

E-mail: direzione@bhei-italia.com

PEC: bhei-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 per Allergologo			
<input type="checkbox"/> Amministratore di Struttura Sanitaria			
<input type="checkbox"/> Analista al microscopio			
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica			
<input type="checkbox"/> Andrologo			
<input type="checkbox"/> Andrologo con attività chirurgica			
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione			
<input type="checkbox"/> Angiologo			
<input type="checkbox"/> Angiologo con interventi chirurgici			
<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"/> Cardiochirurgia			
<input type="checkbox"/> Cardiologia Interventista (invasiva)			
<input type="checkbox"/> Cardiologo Clinico			
<input type="checkbox"/> Chiropratico			
<input type="checkbox"/> Chirurgia addominale			
<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza e 118			
<input type="checkbox"/> Chirurgia della mano			
<input type="checkbox"/> Chirurgia gastroenterologica			
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale			
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale			
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale (con chirurgia estetica)			
<input type="checkbox"/> Chirurgia minore (medicina di base)			
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica			
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare			
<input type="checkbox"/> Consulente della riabilitazione			
<input type="checkbox"/> Cosmetologo			
<input type="checkbox"/> Dermatologo e Venereologo			
<input type="checkbox"/> Diabetologo			
<input type="checkbox"/> Dietologo/Nutrizionista/Dietista			
<input type="checkbox"/> Dottore in Farmacia			
<input type="checkbox"/> Ematologo			

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"/>	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"/>	Fisiatra			
<input type="checkbox"/>	Fisico Medico			
<input type="checkbox"/>	Fisioterapista			
<input type="checkbox"/>	Foniatra			
<input type="checkbox"/>	Gastroenterologia			
<input type="checkbox"/>	Gastroenterologia (chirurgia minore e endoscopia digestiva)			
<input type="checkbox"/>	Geriatra			
<input type="checkbox"/>	Ginecologia e ostetricia senza assistenza al parto senza interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/>	Ginecologia senza ostetricia con interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/>	Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici			
<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"/>	Massofisioterapista			
<input type="checkbox"/>	Massoterapista			
<input type="checkbox"/>	Medicina generale			
<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 d'urgenza e 118			
<input type="checkbox"/>	Medico Generico o di Base			

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"/>	Medico Internista			
<input type="checkbox"/>	Medico Legale			
<input type="checkbox"/>	Medico specializzando			
<input type="checkbox"/>	Medico Terapista della respirazione			
<input type="checkbox"/>	Musico Terapista			
<input type="checkbox"/>	Naturopata / Nutripuntore			
<input type="checkbox"/>	Nefrologo senza attività invasiva			
<input type="checkbox"/>	Nefrologo con attività invasiva			
<input type="checkbox"/>	Neolaureato (***)			
<input type="checkbox"/>	Neurochirurgo			
<input type="checkbox"/>	Neurofisiopatologo			
<input type="checkbox"/>	Neurologia con atti invasivi			
<input type="checkbox"/>	Neurologo			
<input type="checkbox"/>	Neuropsichiatra			
<input type="checkbox"/>	Oculistica con interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/>	Oculistica senza interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/>	Odontoiatria e stomatologia con implantologia			
<input type="checkbox"/>	Odontoiatria e stomatologia senza implantologia			
<input type="checkbox"/>	Omeopata			
<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			
<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria con interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/>	Patologo clinico			
<input type="checkbox"/>	Pedagogista			
<input type="checkbox"/>	Pediatra (chirurgia minore)			
<input type="checkbox"/>	Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)			
<input type="checkbox"/>	Pediatria chirurgica			

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"/>	Perfusionista			
<input type="checkbox"/>	Personal trainer			
<input type="checkbox"/>	Pneumologia con attività invasiva			
<input type="checkbox"/>	Podologo			
<input type="checkbox"/>	Pranoterapeuta			
<input type="checkbox"/>	Psichiatra/Clinica Psichiatrica			
<input type="checkbox"/>	Psicoanalista			
<input type="checkbox"/>	Psicologo/Psicologo Clinico			
<input type="checkbox"/>	Psicoterapeuta			
<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			
<input type="checkbox"/>	Specializzando (fino al 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 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"/>	Tossicologo Ambientale			
<input type="checkbox"/>	Urologia			
<input type="checkbox"/>	Urologia (non invasiva)			

(*) 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.	CAP
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

PREMIO ALLA FIRMA	PREMIO ANNUO	DECORRENZA DALLE ORE 24:00 DEL	SCADENZA ALLE ORE 24:00 DEL	FRAZIONAMENTO
(includere imposte del 22.25%)	(includere imposte del 22.25%)			

SE L'ADERENTE È UNO STUDIO ASSOCIATO/SOCIETÀ LA GARANZIA È PRESTATI 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:	

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 _____

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Protocollo Arrivo N. 4386/2021 del 12-03-2021
Doc. Principale - Copia Documento

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

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 *
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

- A. L'Assicurato è una persona fisica (Scheda 2) ☐
- B. L'Assicurato è una ditta individuale (Scheda 2) ☐
- C. Il Contraente è uno Studio Associato ☐
- Associati componenti lo Studio N. ____
- Associati componenti lo Studio che desiderano contrarre questa polizza N. ____
(Scheda 1 con i dati dello Studio - Scheda 2 con i dati dell'Assicurato
COMPILARE IL MODULO DI ADESIONE PER CIASCUN ASSOCIATO CHE DESIDERA CONTRARRE QUESTA
POLIZZA)

CONTRAENTE - Scheda 1

*Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Ragione Sociale	*	
Codice fiscale	*	
P. IVA	*	
Data e luogo di nascita	*	/ /
Indirizzo residenza	*	
C.A.P. - Località - Provincia	*	
Indirizzo e-mail - PEC	*	
N. Telefonico - N. Fax - N. Cellulare	*	

ASSICURATO - Scheda 2

*Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Codice fiscale	*	
Data e luogo di nascita	*	/ /
Indirizzo residenza	*	
C.A.P. - Località - Provincia	*	
Indirizzo e-mail - PEC	*	
N. Telefonico - N. Fax - N. Cellulare	*	
Iscritto all'Ordine di ... / N° Iscrizione	*	/
Data iscrizione all'Ordine	*	/ /
Data di decorrenza: un anno dalle ore 24:00 del	*	/ /

<p>PRECEDENTI COPERTURE:</p> <p>In continuità con precedente copertura: <input type="checkbox"/></p> <p>Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma: <input type="checkbox"/></p> <p>Società Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma.</p> <p>Senza continuità e senza postuma * <input type="checkbox"/></p> <p>Non ero assicurato * <input type="checkbox"/></p>	<p>Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza:</p> <p>_____</p> <p>Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma:</p> <p>_____</p>
<p>CREDITI FORMATIVI (triennio formativo precedente):</p> <p>NON RICHIESTI PER GLI SPECIALIZZANDI</p>	<p>I crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> 100%</p> <p><input type="checkbox"/> dal 66% al 99%</p> <p><input type="checkbox"/> dal 46% al 65%</p> <p><input type="checkbox"/> inferiore a 46%</p>
<p>Copertura di "Primo Rischio" <input type="checkbox"/></p> <p>Copertura di "Secondo Rischio" <input type="checkbox"/></p>	<p>MASSIMALE:</p> <p><input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 3.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00 *</p> <p>* Per l'opzione massima Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia</p> <p>Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 - Ex servizio 118)</p> <p>La copertura del Servizio di Emergenza Sanitaria è inclusa senza sovra-premio nel presupposto essenziale che sussista la relativa qualifica al tempo della stipula.</p> <p><input type="checkbox"/> Il conseguimento della qualifica in un tempo successivo dovrà essere comunicato all'Assicuratore che ne prenderà atto con appendice al contratto.</p>
<p>Retroattività richiesta</p>	<p><input type="checkbox"/> 10 ANNI <input type="checkbox"/> ILLIMITATA</p>
<p>Copertura "Direttore Sanitario": <input checked="" type="checkbox"/> SI</p>	<p>La copertura di Direttore Sanitario è inclusa senza sovra premio nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula.</p> <p>Il conseguimento della qualifica in un tempo successivo dovrà essere comunicato all'Assicuratore che ne prenderà atto con appendice al contratto.</p>

SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI

<input type="checkbox"/> Allergologo ed Immunologia Clinica per Allergologo	<input type="checkbox"/> Medico Terapista della respirazione
<input type="checkbox"/> Amministratore di Struttura Sanitaria	<input type="checkbox"/> Musicista Terapista
<input type="checkbox"/> Analista al microscopio	<input type="checkbox"/> Naturopata / Nutripuntore
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Nefrologo senza attività invasiva
<input type="checkbox"/> Andrologo	<input type="checkbox"/> Nefrologo con attività invasiva
<input type="checkbox"/> Andrologo con attività chirurgica	<input type="checkbox"/> Neolaureato (***)
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Neurochirurgo
<input type="checkbox"/> Angiologo	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologo
<input type="checkbox"/> Angiologo con interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Neurologia con atti invasivi
<input type="checkbox"/> Assistente di Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Neurologo
<input type="checkbox"/> Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatra
<input type="checkbox"/> Audiologo	<input type="checkbox"/> Oculistica con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/> Oculistica senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia con implantologia
<input type="checkbox"/> Bionaturopata	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia senza implantologia
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Omeopata
<input type="checkbox"/> Cardiologia Interventista (invasiva)	<input type="checkbox"/> Oncologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Cardiologo Clinico	<input type="checkbox"/> Oncologia senza interventi chirurgici

BHEI Italia

Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway

BHEI Italia è il marchio della sede secondaria italiana di
Berkshire Hathaway European Insurance DAC
Sede Legale: One Grant's Row, Mount Street Lower,
Grand Canal Dock, Dublin 2 D02 HX96 Ireland
Capitale Sociale Interamente Versato: € 116.000.000
Autorizzata e regolata dalla Central Bank of Ireland
N° di riferimento CBI: C182407
Registrata in Irlanda ai sensi del Companies Act 2014, quale
Designated Activity Company (DAC) Limited by Shares
N° di Registrazione Società: 636883 | Numero VAT: 3583603QH

Berkshire Hathaway European Insurance DAC
Sede Secondaria in Italia
Sede Legale e Direzione Generale:
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia
Iscrizione nell'Elenco l'annesso all'Albo Imprese NASS
N° I.00163 in data 15.3.2019
Codice IVASS Impresa: D964R
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 2559035
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,
Codice Fiscale e Partita IVA: 10799540967

<input type="checkbox"/> Chiropratico	<input type="checkbox"/> Operatore Socio-Sanitario
<input type="checkbox"/> Chirurgia addominale	<input type="checkbox"/> Optometrista
<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza e 118	<input type="checkbox"/> Ortesista/Protesista
<input type="checkbox"/> Chirurgia della mano	<input type="checkbox"/> Ortodontista
<input type="checkbox"/> Chirurgia gastroenterologica	<input type="checkbox"/> Ortopedia (chirurgia minore)
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali)
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale (con chirurgia estetica)	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia minore (medicina di base)	<input type="checkbox"/> Ortopedista
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Ortottista
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Osteopata
<input type="checkbox"/> Consulente della riabilitazione	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria
<input type="checkbox"/> Cosmetologo	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Dermatologo e Venereologo	<input type="checkbox"/> Patologo clinico
<input type="checkbox"/> Diabetologo	<input type="checkbox"/> Pedagogista
<input type="checkbox"/> Dietologo/Nutrizionista/Dietista	<input type="checkbox"/> Pediatra (chirurgia minore)
<input type="checkbox"/> Dottore in Farmacia	<input type="checkbox"/> Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)
<input type="checkbox"/> Ematologo	<input type="checkbox"/> Pediatria chirurgica
<input type="checkbox"/> Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/> Perfusionista
<input type="checkbox"/> Endocrinologo e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/> Personal trainer
<input type="checkbox"/> Epatologo	<input type="checkbox"/> Pneumologia con attività invasiva
<input type="checkbox"/> Epidemiologo/Biologo-statistico/Igiene e Medicina preventiva	<input type="checkbox"/> Podologo
<input type="checkbox"/> Erborista	<input type="checkbox"/> Pranoterapeuta
<input type="checkbox"/> Estetista	<input type="checkbox"/> Psichiatra/Clinica Psichiatrica
<input type="checkbox"/> Fisiatra	<input type="checkbox"/> Psicoanalista
<input type="checkbox"/> Fisico Medico	<input type="checkbox"/> Psicologo/Psicologo Clinico
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Psicoterapeuta
<input type="checkbox"/> Foniatra	<input type="checkbox"/> Radiologia (non invasiva)
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Radiologia interventistica
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia (chirurgia minore e endoscopia digestiva)	<input type="checkbox"/> Reumatologo
<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Riflessologo
<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Senologia
<input type="checkbox"/> Ginecologia senza ostetricia con interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Sonografista / Ecografista
<input type="checkbox"/> Igienista dentale	<input type="checkbox"/> Specializzando (fino al 34° anno di età)
<input type="checkbox"/> Immunologo	<input type="checkbox"/> Tecnico Addetto di Farmacia
<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista
<input type="checkbox"/> Infettivologo	<input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista
<input type="checkbox"/> Informatore scientifico della salute	<input type="checkbox"/> Tecnico degli ultrasuoni
<input type="checkbox"/> Ingegnere biomedico	<input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
<input type="checkbox"/> Kinesiologo	<input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Tecnico di medicina nucleare
<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologo	<input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Malattie infettive con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Tecnico ECG
<input type="checkbox"/> Massofisioterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico nell'alimentazione Dietetica
<input type="checkbox"/> Massoterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico
<input type="checkbox"/> Medicina generale	<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
<input type="checkbox"/> Medicina interna con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
<input type="checkbox"/> Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Terapia del dolore con atti invasivi
<input type="checkbox"/> Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche	<input type="checkbox"/> Terapista del lavoro

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Protocollo Arrivo N. 4386/2021 del 12-03-2021
Doc. Principale - Copia Documento

<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 d'urgenza e 118	<input type="checkbox"/> Tossicologo
<input type="checkbox"/> Medico Generico o di Base	<input type="checkbox"/> Tossicologo Ambientale
<input type="checkbox"/> Medico Internista	<input type="checkbox"/> Urologia
<input type="checkbox"/> Medico Legale	<input type="checkbox"/> Urologia (non invasiva)
<input type="checkbox"/> Medico specializzando	

(*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi all'Agenzia

INFORMAZIONI:

SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI (denunciati e/o risarciti):

☐ NO ☐ SI

N. sinistri (*) _____

I. Data scoperta _____ Controparte _____

Eventuale somma liquidata _____ Eri assicurato? ☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore) _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

II. Data scoperta _____ Controparte _____

Eventuale somma liquidata _____ Eri assicurato? ☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore) _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

III. Data scoperta _____ Controparte _____

Eventuale somma liquidata _____ Eri assicurato? ☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore) _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

Doc. Principale - Copia Documento

(*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi all'Agenzia

FATTI NOTI O CIRCOSTANZE:

qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.

☐ NO ☐ SI N. fatti noti o circostanze _____ (breve descrizione)

i. Data comunicazione formale
del reclamante _____

Controparte _____

Eventuale somma reclamata _____

Eri assicurato?

☐ NO

☐ SI (Indicare l'Assicuratore)

Breve descrizione del danno _____

ii. Data comunicazione formale
del reclamante _____

Controparte _____

Eventuale somma reclamata _____

Eri assicurato?

☐ NO

☐ 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'ASSICURATO

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. 114 19 Set Informativo PROFESSIONE MEDICA – Ed. 21.12.2020" prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel "Mod. 414 19 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 21.12.2020" e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway European Insurance DAC, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa Polizza Collettiva;
- (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 European Insurance DAC, 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

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Protocollo Arrivo N. 4386/2021 del 12-03-2021
Doc. Principale - Copia Documento

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. 507 20 Informativa Privacy - Ed. 20.02.2020*

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 European Insurance DAC**, Rappresentanza Generale per l'Italia (in seguito definita "**BHEI Italia**"), 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 **BHEI Italia** 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 **BHEI Italia** (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 **BHEI Italia** 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@bhei-italia.com.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento in ambito italiano è **BHEI Italia**, con sede in Milano, Corso Italia 13. (PEC: bhei-italia@legalmail.it).

Berkshire Hathaway European Insurance DAC

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 **BHEI Italia** 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 _____