

APPENDICE N. 02

...

POLIZZA N° 2025RCG000342

CONTRAENTE:

FNOVI – Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani
Via del Tritone 125
00187 - ROMA (RM)

PARTITA I.V.A./CODICE FISCALE: 96203850589

EFFETTO: ore 24:00 del 31.12.2025

Con la presente Appendice, che forma parte integrante della Polizza sopraindicata, di comune accordo ed a corretta definizione degli accordi intercorsi tra le Parti, si prende atto ad ogni effetto di quanto qui di seguito descritto:

- 1) Con effetto dalle ore 24:00 del 31.12.2025 la Polizza in oggetto si intende **rinnovata per il periodo 31.12.2025 – 31.12.2026;**
- 2) Il nuovo numero della Polizza è il seguente: **2025RCG00375;**
- 3) Il rinnovo avviene a condizioni immutate rispetto al precedente contratto.

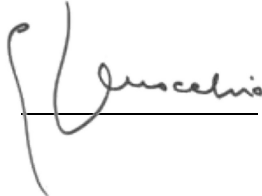
Si prende atto altresì del codice CIG relativo alla procedura sul portale MEPA: **BA728004FB.**

Fermo ed invariato il resto.

La presente Appendice viene emessa in tre esemplari, di 1 (una) pagina ciascuno, ad un solo effetto.

Milano, 26.02.2026

IL CONTRAENTE



LA COMPAGNIA

 **Berkshire Hathaway**
International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | E-mail: direzione@bh-italia.com
Iscrizione nella Sezione II dell'Albo Imprese IVASS N° 2.00005 in data 11.5.2021
Codice IVASS Impresa: X501R | Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

PROFESSIONE MEDICA

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA
PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE
DEGLI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANTARIA**



CONTRAENTE:
FNOVI
Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani
VIA DEL TRITONE 125
00187 - ROMA (RM)

•••

PARTITA I.V.A./CODICE FISCALE: 96203850589

BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED
RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA

•••

POLIZZA N. 2025RCG00342

SCHEDA DI POLIZZA

Polizza N.:
2025RCG000342

1. **Contraente:** FNOVI – Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani
Via del Tritone 125
00187 - ROMA (RM)
PARTITA I.V.A./CODICE FISCALE: 96203850589
2. **Periodo di Validità della Polizza Collettiva:**
3. **Effetto:** dalle ore 24:00 del 31.12.2024
3. **Scadenza:** alle ore 24:00 del 31.12.2025
4. **Data Retroattività:** 10 anni
Opzione Retroattività Illimitata di cui all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione: sovra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile.
5. **Limite dell'Indennizzo per Risarcimento:** per ogni Assicurato EUR 2.000.000 per sinistro
6. **Limite Aggregato dell'Indennizzo, per ciascun Assicurato:** per ogni Assicurato EUR 6.000.000 aggregato annuo
7. **Limite Aggregato dell'Indennizzo, per Polizza Collettiva:** EUR 10.000.000 aggregato annuo
- 7bis. **Franchigia per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento:** EUR 500 per sinistro
8. **Premi Annui Lordi:** "omissis"
9. **Intermediario (Broker):** Marsh S.p.A.
Viale Bodio 33 - 20158 Milano MI
Partita IVA: 01699520159
N. Iscrizione RUI: B000055861
10. **Intermediario (Agente):** --
11. **Informativa Precontrattuale e Condizioni di Assicurazione:**
 - Mod. 149 24 Set Informativo PROFESSIONE MEDICA – Ed. 11.01.2024;
 - Mod. 449 24 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 11.01.2024.
12. **Allegati / Atti di Variazione:** Appendice N. 01 – Variazioni Contrattuali

Milano, 15/05/2025

IL CONTRAENTE

////

LA COMPAGNIA



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

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel **Mod. 449 24 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 11.01.2024** e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa **Polizza Collettiva**;
- (B) Formulazione temporale dell'**Assicurazione "Claims Made"**;
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente **Assicurazione**.

Il **Contraente** dichiara inoltre di aver ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte della Polizza **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, in particolare del "**Mod. 149 24 Set Informativo Professione Medica - Ed. 11.01.2024**", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "**Mod. 449 24 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 11.01.2024**", dei relativi Allegati ed Atti di Variazione indicati nel Punto 12 della **Scheda di Polizza**, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

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

Ai sensi e per gli effetti degli 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.

Data/...../.....

FIRMA DEL CONTRAENTE/...../.....

COMUNICAZIONE DEI SINISTRI

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

Berkshire Hathaway International Insurance Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI

Tel. 02 8707 3773 - Fax 02 8707 3784

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

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

Appendice N. 01

- 1) Con effetto dalle ore 24:00 del 31.12.2024, si conviene di sostituire integralmente il contenuto dell'Allegato N. 01 alle Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 449 24 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 11.01.2024" indicato al punto 11. della **Scheda di Polizza**, denominato "ALLEGATO 1 - Specialità Mediche Assicurabili, Massimali e Premi", con il contenuto della tabella "Specialità Mediche Assicurabili, Massimali e Premi" di cui al presente Allegato N. 01-bis, che forma parte integrante della presente Polizza Collettiva.

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:

		MASSIMALE PER SINISTRO
		Come indicato al punto 5 della Scheda di Polizza
☐	Neoiscritti FNOVI	

- 2) Con la presente Appendice, che forma parte integrante della Polizza Collettiva sopraindicata, di comune accordo ed a corretta definizione degli accordi intercorsi tra le Parti, si conviene di modificare le Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 149 24 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 11.01.2024", come di seguito descritto:

- i. A maggior precisazione ed in ottemperanza ed adeguamento delle Leggi, Decreti e Regolamenti (L.24/2017 Gelli-Bianco, di seguito anche "Legge"; Decreto n°232 del 15 Dicembre 2023 e G.U 1 Marzo 2024, di seguito anche "Decreto"):

- RESPONSABILITA' SOLIDALE:** In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non), gli Assicuratori rispondono per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.
- SINISTRO IN SERIE:** Più Richieste di Risarcimento presentate all'Assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula *claims made* altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso). La data e il periodo di Assicurazione del primo Sinistro sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.
- RECESSO PER SINISTRO:** Il recesso per sinistro si intende abrogato. La Società Assicuratrice può recedere dal contratto prima della scadenza solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.
- ECCEZIONI OPPONIBILI:** Sono opponibili al danneggiato, previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificamente per iscritto, le seguenti eccezioni:
 - i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
 - fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5 del Decreto;
 - le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere q) ed r) del Decreto, con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge;
 - il mancato pagamento del premio.

- ii. A rettifica di ogni riferimento in merito alla durata della Polizza Collettiva, viene previsto quanto segue:

- PERIODO DI ASSICURAZIONE:** La presente Polizza Collettiva avrà durata di un anno con effetto dal giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza fino al giorno indicato al punto 3 della

Scheda di Polizza. È quindi inteso che, in deroga a quanto indicato all'articolo Art. 7) Durata della Polizza - Adesione all'Assicurazione delle Condizioni di Assicurazione, indipendentemente dalla data di adesione alla copertura assicurativa da parte dei singoli iscritti alla Contraente, tanto la presente Polizza Collettiva quanto tutte le garanzie emesse ai sensi della stessa cessano alla data di scadenza indicata al punto 3 della Scheda di Polizza, senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo né la tacita proroga.

2. La presente garanzia vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della polizza, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di cui al punto 2 della Scheda di Polizza.

La copertura assicurativa a favore di ciascun iscritto si intenderà operante entro i seguenti limiti temporali:

- Per iscritti dal 01 Gennaio 2025 e fino al 30 Aprile 2025: la scadenza della copertura avrà termine il 30 Aprile 2026;
 - Per iscritti dal 01 Maggio 2025 e fino al 31 Ottobre 2025: la scadenza della copertura avrà termine il 31 Ottobre 2026;
 - Per iscritti dal 01 Novembre 2025 e fino al 31 Dicembre 2025: la scadenza della copertura avrà termine il 30 Aprile 2027.
3. È equiparata a richiesta di risarcimento qualsiasi contestazione e/o comunicazione scritta da cui potrebbe potenzialmente derivare una richiesta di risarcimento, purché comunicata alla Società entro i termini previsti per la denuncia di sinistro. La garanzia vale altresì per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato entro dieci anni dalla data di cessazione della validità della garanzia per ciascun assicurato, sempreché il fatto che ha originato la richiesta si sia verificato durante il periodo di validità della presente polizza. Nell'ipotesi in cui l'Assicurato abbia sottoscritto una polizza professionale personale di Responsabilità Civile Professionale, la presente polizza opererà esclusivamente a secondo rischio in differenza di limiti e condizioni.
4. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, a seguito di richiesta del Contraente, dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, la Società, alla data di scadenza della presente polizza, proroga la validità della medesima per le denunce di sinistro pervenute fino ad un massimo di 10 (dieci) anni successivi alla scadenza della polizza, relative a comportamenti colposi posti in essere durante la validità della polizza medesima.
In relazione alla presente estensione di garanzia non si applica quanto disposto in materia di "Recesso in caso di sinistro".

iii. Ogni riferimento al **PAGAMENTO DEL PREMIO** deve essere inteso ai sensi di quanto segue:

1. La copertura assicurativa vale automaticamente per tutti gli iscritti al Contraente
 - a. in regola con il pagamento della quota associativa al momento della decorrenza,
 - b. inclusi negli elenchi di volta in volta comunicati dalla Contraente.

In deroga a quanto previsto all'articolo 1 delle Condizioni di Assicurazione pertanto:

- il premio anticipato viene pagato dalla Contraente
- agli Assicurati come definiti al punto 8 della Scheda di Polizza non viene richiesta la sottoscrizione del Modulo di Adesione

In caso di mancato pagamento della prima rata di premio, del premio di rinnovo o di proroga o delle eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del novantesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termine di mora) e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze."

iv. Ogni riferimento al **PREMIO** deve essere inteso ai sensi di quanto segue:

1. Il premio annuo pro-capite è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per Specialità Medica Assicurabile secondo la tabella riportata al punto 8 della Scheda di Polizza.
2. Ogni trimestre a partire dalla data di decorrenza indicata al Punto 2 della Scheda di Polizza, il Contraente dovrà comunicare alla Compagnia il numero effettivo degli aderenti; sulla differenza attiva si procederà ad un conguaglio di Premio, applicando il premio pro-capite previsto al punto 8. della Scheda di Polizza sulla differenza attiva del numero degli aderenti.

3. Per la verifica della copertura, in caso di Sinistro, l'iscritto all'Associazione dovrà esibire la regolarità della quota d'iscrizione qualora l'Assicurato non risulti ancora negli elenchi già trasmessi alla Compagnia.
4. L'intermediario a cui è assegnato il contratto è autorizzato dalla Compagnia ad incassare per conto della Compagnia stessa i premi riferiti alla presente Polizza Collettiva, anche tramite intermediari iscritti alla sezione B del R.U.I., i premi incassati dovranno essere rimessi direttamente alla Compagnia entro i termini di mandato.”

v. “omissis”

Restano fermi tutti gli altri termini e condizioni previsti dalla Polizza Collettiva sopraindicata.

La presente Appendice viene emessa in tre esemplari, di 3 (tre) pagine ciascuno, ad un solo effetto.

Luogo: Milano; Data: 15/05/2025

IL CONTRAENTE

////////////////////

LA COMPAGNIA

 **Berkshire Hathaway**
International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 E-mail: direzione@bh-italia.com
Iscrizione nella Sezione II dell'Albo Imprese IVASS N° 2.00005 in data 11.5.2021
Codice IVASS Impresa: X501R Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

SET INFORMATIVO

(Mod. 149 24 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 11.01.2024)

PROFESSIONE MEDICA

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

Il presente **SET INFORMATIVO** è formato da:

1. **DIP DANNI** (*Documento Informativo Precontrattuale*)
2. **DIP AGGIUNTIVO DANNI** (*Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo*)
3. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** comprensive del **GLOSSARIO**
4. **FACSIMILE MODULO DI ADESIONE** in allegato alle **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Il presente documento include inoltre:

5. **INFORMATIVA PRIVACY**

AVVERTENZA:

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

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

DIP - Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di Assicurazione Danni

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

Prodotto: "PROFESSIONE MEDICA"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura, nella forma "**Claims Made**", la Responsabilità Civile Professionale degli Operatori Sanitari in conseguenza di **Danni** causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la Responsabilità per Colpa Grave e R.C.O.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Responsabilità Civile Professionale:** la **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo, di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata.
- ✓ La **Compagnia** risponde:
 - Dei **Danni** cagionati a Terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale;
 - Delle azioni di rivalsa esperite dalla struttura, clinica o istituto a cui 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.

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

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

Prodotto: "PROFESSIONE MEDICA"

Data di realizzazione: 11/01/2024, il DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Il presente Contratto viene stipulato con **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** (in seguito definita "**BHItalia®**"); Berkshire Hathaway International Insurance Limited è una società appartenente al **Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway**.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited ha Sede Legale e Direzione Generale nel REGNO UNITO, 4th Floor, 8 Fenchurch Place London, EC3M 4AJ ed è registrata in Inghilterra e Galles con il N. 3230337.

BHItalia® è il marchio registrato della sede secondaria italiana di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** con cui sarà concluso il Contratto, con Sede Legale e Direzione Generale in Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI), Italia.

BHItalia® opera sul territorio della Repubblica Italiana in regime di stabilimento, per cui il rappresentante per la gestione dei sinistri è la stessa Rappresentanza Generale per l'Italia dell'Impresa.

Recapiti di **BHItalia®**: telefono +39 02 49524986, fax +39 02 49524987, sito internet: www.bh-italia.com, indirizzo di posta elettronica: direzione@bh-italia.com (Posta Elettronica Certificata: bh-italia@legalmail.it).

BHItalia® è autorizzata con provvedimento IVASS Prot. N° 0100063/21 del 11.05.2021, è iscritta in data 11 maggio 2021 con N° 2.00005 nella Sezione II dell'Albo Imprese di cui all'art. 35 del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, codice IVASS Impresa X501R. **BHItalia®** opera in Italia in regime di stabilimento ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni attraverso la propria Rappresentanza Generale in Italia, avente Sede in Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI).

BHItalia® è sottoposta al controllo dell'Autorità di Vigilanza della Repubblica Italiana IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è sottoposta al controllo delle Autorità di Vigilanza del Regno Unito preposte alla regolamentazione dei servizi finanziari, autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority, N. di riferimento PRA/FCA 202967

Queste informazioni possono essere verificate rispettivamente sui siti internet della Prudential Regulation Authority (www.bankofengland.co.uk/PRA/Pages/default.aspx) della Financial Conduct Authority (www.fca.org.uk) e dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (www.ivass.it).

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2022) di **BHItalia®** è di 81,89 milioni di Euro.

L'importo del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) di **BHItalia®** è di 26,64 milioni di Euro, l'importo del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è di 6,66 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 80,35 milioni di Euro. Il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*), che rappresenta il rapporto tra l'importo dei fondi propri ammissibili alla copertura e il requisito patrimoniale di solvibilità, è del 301,6%.

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2022) di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** è di 505,84 milioni di Euro, formato da un capitale sociale di 404,35 milioni di Euro e da riserve patrimoniali di 101,49 milioni di Euro. Il tasso di cambio utilizzato per la conversione valutaria degli importi di bilancio da Dollari USA ad Euro è pari a EUR 1 = US\$ 1,07085 (tasso di cambio al 31 Dicembre 2022).

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è di 141,17 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è di 35,29 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 554,63 milioni di Euro. Il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*) dell'impresa, che rappresenta il rapporto tra l'importo dei fondi propri ammissibili alla copertura e il requisito patrimoniale di solvibilità, è del 392,9%.

Il patrimonio netto e l'indice di solvibilità sono calcolati applicando i criteri contabili FRS n. 102 e n. 103 applicabili nel Regno Unito e nella Repubblica d'Irlanda, nonché le disposizioni della Sezione 396 del Companies Act 2006.

La capogruppo di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, la società controllante nonché la società che governa l'intero gruppo di imprese per il quale sono redatti i bilanci e del quale **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** fa parte, è la **Berkshire Hathaway Inc.**, con sede negli Stati Uniti d'America.

La società controllante che governa il più ristretto gruppo di imprese per il quale sono redatti i bilanci e del quale **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** fa parte, è la **National Indemnity Company**, società con sede nello Stato del Nebraska (Stati Uniti d'America).

I bilanci consolidati delle suddette società sono pubblicati e possono essere richiesti presso l'indirizzo 1140 Kiewit Plaza, Omaha - Nebraska 68131 - USA, oppure possono essere scaricati dai siti internet delle due società, ai seguenti indirizzi:

www.berkshirehathaway.com
www.nationalindemnity.com

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

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

Responsabilità Civile

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

Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione	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 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. 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.
--	--



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi	Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alle esclusioni di polizza: ✖ 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 International Insurance Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI

Tel. 02 8707 3773 - Fax 02 8707 3784

E-mail: sinistri@bh-italia.com

PEC: sinistri.bh-italia@legalmail.it

oppure

- in caso di presenza dell'Intermediario (Agente) al punto 10 della Scheda di Polizza all'Agente stesso
- in caso di presenza dell'Intermediario (Broker) al punto 9 della Scheda di Polizza al Broker stesso

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.*

	Prescrizione: 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. 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. 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.
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	Modalità di pagamento Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue: - 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. 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.
Rimborso	- 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	Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue: - Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato sul 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	I reclami e le dichiarazioni di insoddisfazione riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Ufficio Reclami Berkshire Hathaway International Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia Corso Italia 13, 20122 - Milano MI Fax: +39 02 49524987 E-mail: reclami@bh-italia.com L'Ufficio Reclami provvederà a fornire il riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo (con una possibile sospensione fino a 15 giorni per le integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito ai comportamenti degli agenti e dei loro dipendenti e collaboratori). I reclami relativi al comportamento dei broker e dei loro dipendenti/collaboratori saranno gestiti direttamente dal broker interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente al broker, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché l'intermediario provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni
All'IVASS	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. In alternativa, i reclami possono essere presentati all'Autorità di Vigilanza del Regno Unito, Financial Conduct Authority (FCA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, ovvero all'Autorità preposta Financial Ombudsman Service (FOS), South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PROFESSIONE MEDICA

Mod. 449 24 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 11.01.2024

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

stipulata fra il **Contraente** indicato al punto 1 della **Scheda di Polizza**,

e la Società

Berkshire Hathaway International Insurance Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Corso Italia, 13

20122 Milano (MI)

di seguito denominata **Compagnia**.

La seguente **Assicurazione** è rilasciata a favore degli associati/iscritti al **Contraente** che ne abbiano fatto richiesta e che 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	15
Art. 11) Legge Applicabile - Rinvio alle Norme di Legge	15
Art. 12) Esclusioni Sanzioni Internazionali.....	15
Art. 13) Responsabilità Solidale	15
Art. 14) Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio	15
Art. 15) Diminuzione e Aggravamento del Rischio	16
Art. 16) Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio	16
Art. 17) Recesso in Caso di Sinistro	16
Art. 18) Surrogazione - Rivalsa - Regresso	17
Art. 19) Gestione della Polizza - Clausola Broker	17
Art. 20) Recesso per Ripensamento in Caso di Vendita a Distanza.....	17
Art. 21) Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione	17
Art. 22) Tentativo Obbligatorio di Conciliazione- Mediazione Obbligatoria	18
Art. 23) Clausola Risolutiva Espressa.....	18
Art. 24) Oggetto dell'Assicurazione R.C.O.....	18
Art. 25) Denuncia dei Danni R.C.O.	18
Art. 26) Studi Associati o Società	19

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I) GLOSSARIO

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

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

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 :

- 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 deliberazione 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 Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- h. relative a Danni derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- i. relative a Danni riconducibili a proprietà, possesso e uso di veicoli o natanti a motore nonché alla loro circolazione;
- l. relative a Danni causati da **Perdite Patrimoniali Pure**, così come definite in Polizza, ad eccezione di coloro che hanno dichiarato nel **Modulo di Adesione** di svolgere l'attività di Medico Legale e Medicina del Lavoro. Fermo restando che devono comunque intendersi escluse dalla copertura le **Richieste di Risarcimento** derivanti da danni cagionati da errori od omissioni derivanti dall'esercizio dell'attività amministrativa;
- m. relative a Danni conseguenti a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di **Assicurato** ad esclusione di quanto espressamente previsto nel successivo Art. 16, ultimo comma;
- n. riconducibili alla violazione in materia di protezione dei dati personali così come definite dalla normativa tempo per tempo vigente;
- o. relative a qualsiasi attività esercitata o svolta dall'**Assicurato** che non possa essere ricompresa tra quelle inerenti e conseguenti le abilitazioni e la specializzazione dell'**Assicurato** stesso relativa alla presente **Polizza Collettiva**;
- p. relative ad attività ed operazioni di mera chirurgia estetica.

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

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

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

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

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

La denuncia di **Sinistro** va inoltrata a:

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI)
Tel. 02 8707 3773 - Fax 02 8707 3784
E-mail < sinistri@bh-italia.com >
PEC < sinistri.bh-italia@legalmail.it >

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

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

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

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

Art. 6) Pagamento del Premio

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

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

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

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

Resta inteso che qualora l'aderente svolga più attività, dovrà indicarle tutte nel **Modulo di Adesione**. In questo caso il **Premio** da 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.

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

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

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

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

Art. 15) Diminuzione e Aggravamento del Rischio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 17) Recesso in Caso di Sinistro

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

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

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

Art. 18) Surrogazione - Rivalsa - Regresso

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

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

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

Art. 19) Gestione della Polizza - Clausola Broker

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

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

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

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

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

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

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

Art. 21) Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

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

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

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

Art. 22) Tentativo Obbligatorio di Conciliazione- Mediazione Obbligatoria

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

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

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

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

Art. 23) Clausola Risolutiva Espressa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 26) Studi Associati o Società

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

LA COMPAGNIA



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

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. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023*

Ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 (di seguito anche "GDPR") ed in relazione ai dati personali, anche di natura particolare, richiesti o acquisiti da Lei direttamente o da altri soggetti che formeranno oggetto di trattamento da parte del Titolare del trattamento - **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, Rappresentanza Generale per l'Italia (in seguito definita "**BHItalia®**"), con sede in Milano (20122), Corso Italia, 13 (di seguito denominata la "Società" o il "Titolare") - Vi informiamo di quanto segue.

1. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali sono raccolti al fine dell'emissione di polizze assicurative e/o della gestione di reclami e sinistri. Tutti i dati personali vengono trattati da **BHItalia®** nel rispetto della normativa GDPR. Sono riportate di seguito le principali tipologie ed alcuni esempi di dati personali che potranno essere soggetti al trattamento:

- dettagli individuali (nome, indirizzo, dati anagrafici o informazioni personali);
- dettagli identificativi (codice fiscale, passaporto, carta di identità);
- informazioni finanziarie (numero di conto corrente o altre informazioni finanziarie);
- informazioni personali utili alla valutazione dei rischi;
- informazioni di polizza;
- informazioni in materia creditizia e antifrode;
- storico sinistri;
- altri dati particolari (salute, etnia, orientamento politico o religioso, dati biometrici).

Il trattamento è finalizzato:

- all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza e controllo;
- alla istruzione ed alla liquidazione dei sinistri;
- alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- alla costituzione, all'esercizio o alla difesa di diritti dell'assicuratore;

Previo Suo espresso e libero consenso, riferito, se del caso, oltre che ai Suoi dati personali comuni, anche ai Suoi dati personali di natura particolare (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute contenuti nella documentazione medica e nelle perizie mediche), La preghiamo di sottoscrivere la relativa formula apposta in calce alla presente Informativa.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- I. I dati saranno trattati secondo modalità che prevedono l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente connesse alle finalità di cui al punto 1.
- II. I dati personali vengono trattati da persone autorizzate da **BHItalia®** (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 paesi 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.
- III. Qualora decidesse di aderire al Servizio di Firma Elettronica Certificata per la sottoscrizione del contratto la informiamo che la stessa comporta il trattamento di dati personali identificativi del firmatario (per esempio, nome e cognome, numero di telefonia mobile, indirizzo di posta elettronica, etc.).
- La normazione in materia è il regolamento europeo eIDAS che è stato recepito nell'ordinamento italiano nel Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) attraverso il Decreto Legislativo n. 179 (CAS 3.0) del 26 agosto 2016. Questo testo normativo stabilisce che la firma elettronica ha valore legale in Italia.
- Per le finalità legate alla fornitura del Servizio di Firma Elettronica Certificata, il trattamento dei Suoi dati personali è necessario; qualora non volesse conferire i Suoi dati per dette finalità non sarà possibile fornirLe tale servizio. Il Titolare mette in ogni caso a disposizione dell'Interessato modalità alternative di sottoscrizione (ad es. sottoscrizione autografa di documenti cartacei).
- Per le finalità sopra indicate e nei relativi limiti, i Suoi dati possono essere messi a disposizione mediante comunicazione ad altri soggetti qualora questo si renda necessario per la corretta gestione del rapporto in essere con Lei ovvero per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento.
- I dati personali saranno anche trattati da società esterne autorizzate all'erogazione del servizio di Firma Elettronica Certificata sia in qualità di Titolari del Trattamento per alcune finalità che in qualità di responsabili del trattamento ex art. 28 GDPR per le finalità in capo al Titolare del Trattamento.

3. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario a perseguire la finalità per cui sono stati raccolti. In particolare, i dati personali sono conservati fino a quando c'è la possibilità che **BHItalia®** o gli interessati possano far valere un diritto previsto dalla polizza assicurativa, oppure laddove fosse imposto da disposizioni normative o da un'Autorità di Controllo.

4. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati personali (identificativi e/o particolari) è obbligatorio per l'adempimento di obblighi previsti dalla Legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò

legittimate dalla Legge o da Organi di Vigilanza, e necessario ai fini dello svolgimento delle finalità assicurative di cui al punto 1.

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

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

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

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

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

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

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

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

- accedere ai dati personali, ottenendo informazioni sulla provenienza, sulle finalità e sulle modalità di trattamento dei suddetti;

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

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

dpo.bh@bh-italia.com

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento in ambito italiano è **BHItalia®**, con sede in Corso Italia 13, 20122 Milano (MI), Italia (PEC: bh-italia@legalmail.it).

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Generale



CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Codice Fiscale _____

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

Data _____ Firma _____