

SET INFORMATIVO

Mod. 170 25 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA Plus – Polizza Individuale - Ed. 01.07.2025

PROFESSIONE MEDICA Plus

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE 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 PROPOSTA**
5. **FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA**

Il presente documento include inoltre:

6. **INFORMATIVA CLIENTI**

AVVERTENZA:

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Con servizio di Consulenza legale telefonica,
tramite il numero verde 800.84.90.90
(Da lunedì a venerdì, dalle 8:00 alle 18:00)

Mod. 170 25 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA Plus – Polizza Individuale - Ed. 01.07.2025

Assicurazione 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 Plus"

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 presti 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.

✓ Tutela Legale (**Garanzia Accessoria Opzionale**):

La **Polizza** può coprire, come garanzia accessoria, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale per tutelare i diritti dell'**Assicurato** nell'ambito della **Attività** dichiarata in **Polizza**.

✓ Infortuni (**Garanzia Accessoria Opzionale**):

Come garanzia accessoria, la **Compagnia** può corrispondere l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili in caso di **Morte** o **Invalità Permanente** da **Infortunio** che l'**Assicurato** subisca nello svolgimento dell'attività esercitata a titolo professionale. Si intende compreso nelle attività professionali anche il c.d. **Rischio in Itinere**, così come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000 e s.m.i..



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 Proposta** 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
- ✗ 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**
- ✗ Attività di Pronto Soccorso diverse dalle specialità mediche dichiarate nel Modulo di Proposta
- ✗ Sanzioni Internazionali
- ✗ Sono escluse dalla garanzia di Tutela Legale le vertenze legali riguardanti: danni subiti in conseguenza di disastro ecologico, atomico, radioattivo; fatti conseguenti a eventi bellici, atti di terrorismo, tumulti popolari, scioperi e serrate; attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'**Assicurato**, ad eccezione dei sinistri conseguenti a trattamenti medici; fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Le coperture assicurative operano nei limiti dei massimali assicurati per sinistro (da Euro 1.000.000 a Euro 5.000.000 euro) e per annualità assicurativa (il massimale annuo è pari al triplo del massimale per sinistro).
- ! È prevista l'applicazione di eventuali franchigie se riportate nella Scheda di Polizza.
- ! Le attività professionali assicurabili (*Specializzazioni Mediche Assicurabili*) sono quelle riportate nel **Modulo di Proposta**.



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 nella **Scheda di Polizza**.

- 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 sulla **Scheda di Polizza** se pagato il **Premio**, oppure dalla data di pagamento del **Premio** se successiva, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato sulla **Scheda di Polizza**. La copertura si rinnova automaticamente alla scadenza annuale, salvo il caso di mancato **Rinnovo** automatico e salvo che non venga inviata disdetta da parte dell'**Assicurato**.



Come posso disdire la polizza?

Se si è un consumatore (come definito dal D.lgs 206 del 2005) ed il contratto è stato venduto a distanza, si ha 14 giorni di tempo dalla data di conclusione del contratto per recedere dallo stesso, senza dover indicare alcun motivo.

È possibile inviare disdetta della polizza da parte dell'**Assicurato**, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale degli Operatori Sanitari

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 Plus"

Data di realizzazione: 01/07/2025 – Il DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

BHItalia®
Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway

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 2023) di **BHItalia®** è di 82,63 milioni di Euro.

L'importo del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) di **BHItalia®** è di 35,96 milioni di Euro, l'importo del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è di 8,99 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 81,03 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 225,3%.

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2023) di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** è di 540,17 milioni di Euro, formato da un capitale sociale di 392,27 milioni di Euro e da riserve patrimoniali di 147,90 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\$ 1,10381 (tasso di cambio al 31 Dicembre 2023).

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è di 125,28 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è di 31,32 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 592,31 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 472,8%.

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 Proposta** e riportata alla sezione "Specialità Mediche Assicurabili", allegato che costituisce parte integrante del contratto, sempreché l'**Assicurato** abbia sottoscritto il **Modulo di Proposta** e che risulti in regola con il versamento del **Premio** nei termini dovuti e che abbia le qualificazioni, le specializzazioni e le abilitazioni necessarie richieste dalla normativa vigente di volta in volta applicabile.

Responsabilità Civile per Colpa Grave

- ✓ Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, la **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare nei limiti previsti dalla legge e nel rispetto dei massimali di polizza, solo qualora egli sia dichiarato - con sentenza dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste - responsabile o corresponsabile per colpa grave (in quest'ultimo caso pro-quota e senza obbligo di solidarietà).
- ✓ L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'**Assicurato** con la **Compagnia** non farà cumulo con la presente polizza. L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'**Assicurato** con altro assicuratore è soggetta alle previsioni di polizza in merito ad "Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio".

R.C.O.

- ✓ La **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:
 - 1) ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
 - 2) ai sensi delle disposizioni del codice civile a titolo di risarcimento dei danni non rientranti nella disciplina del D. P. R. del 30 giugno 1965, n. 1124, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1), per morte e per lesioni personali.
- ✓ La garanzia della R.C.O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro) e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'Assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella d'inizio copertura della **Scheda di Polizza**.

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 indicata nella Scheda di Polizza.

L'Assicurazione è prestata sulla base delle informazioni fornite dall'**Assicurato** e contenute nel **Modulo di Proposta** 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 sovrappremio 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 per pensionamento, morte dell'Assicurato, cancellazione dall'Albo, 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 sovrappremio pari al 250% 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.
Tutela Legale	A fronte del pagamento del relativo premio, l'Assicurato ha facoltà di richiedere l'attivazione della garanzia accessoria di Tutela Legale .
Infortuni	A fronte del pagamento del relativo premio, l'Assicurato ha facoltà di richiedere l'attivazione della garanzia accessoria Infortuni .



Che cosa non è assicurato?

	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 Proposta; ✘ 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;
Rischi esclusi	✘ 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. ✘ Per la garanzia accessoria di tutela legale sono altresì esclusi: la materia fiscale e tributaria e amministrativa, salvo quanto espressamente previsto nelle singole garanzie; eventi che derivano da fatto doloso dell'Assicurato; se l'Assicurato è indagato o imputato per Delitto doloso, la garanzia opera solo se l'Assicurato viene assolto o prosciolto con sentenza inappellabile o se vi è un provvedimento definitivo di archiviazione per infondatezza della notizia di reato o derubricazione del reato da Doloso a colposo; le richieste di risarcimento di danni causati, se l'Assicurato non ha una assicurazione di responsabilità civile o questa non sia operante per qualsiasi motivo; la materia civile salvo quanto espressamente previsto nelle singole garanzie; i procedimenti monitori e le procedure esecutive derivanti da qualsivoglia titolo; proprietà o dalla guida di veicoli, imbarcazioni e aerei; beni immobili; con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali e Sociali; diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva e concorrenza sleale o normativa antitrust; la radiazione o sospensione dall'Albo; l'esercizio abusivo della professione medica o di operatore sanitario; le sanzioni disciplinari emesse dall'Ordine dei Medici o i procedimenti dal medesimo promossi; qualsiasi tipologia di controversia o procedimento contro la Compagnia.



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 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.
- ! In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la Compagnia risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.



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 del Contraente della **Polizza** è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari che sono pari in media al 18% 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.



REGIME FISCALE

Al contratto si applica la legge italiana.

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 Plus

Mod. 470 25 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA Plus - Polizza Individuale - Ed. 01.07.2025

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

stipulata fra il **Contraente** indicato nella **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 del **Contraente** che ne abbia fatto richiesta e che abbia corrisposto il relativo **Premio**, ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

- (1) RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE**
- (2) RESPONSABILITÀ CIVILE DIPENDENTI – R.C.T. - R.C.O.**
- (3) TUTELA LEGALE (*Garanzia Accessoria opzionale*)**
- (4) INFORTUNI (*Garanzia Accessoria opzionale*)**

Il presente contratto è stato redatto secondo le Linee Guida del Tavolo di lavoro ANIA "Contratti Semplici e Chiari".

AVVERTENZA:

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

INDICE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	4
I) GLOSSARIO	4
I.I. GLOSSARIO SPECIFICO DELLA SEZIONE TUTELA LEGALE	7
I.II. GLOSSARIO SPECIFICO DELLA SEZIONE INFORTUNI	9
II) NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	10
Art. 1) Pagamento del Premio	10
Art. 2) Durata della Polizza - Adesione all'Assicurazione - Rinnovo	10
Art. 3) Oneri Fiscali	10
Art. 4) Giurisdizione e Foro Competente	10
Art. 5) Legge Applicabile - Rinvio alle Norme di Legge	10
Art. 6) Esclusioni Sanzioni Internazionali	11
Art. 7) Responsabilità Solidale	11
Art. 8) Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio	11
Art. 9) Diminuzione e Aggravamento del Rischio	11
Art. 10) Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio	12
Art. 11) Recesso in Caso di Sinistro	12
Art. 12) Surrogazione - Rivalsa - Regresso	12
Art. 13) Gestione della Polizza - Clausola Broker	13
Art. 14) Recesso per Ripensamento in Caso di Vendita a Distanza	13
Art. 15) Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione	13
Art. 16) Clausola Risolutiva Espressa	13
Art. 17) Modifica delle Condizioni Contrattuali	13
III) CONDIZIONI GENERALI	14
Art. 18) Descrizione del rischio – Attività assicurata	14
Art. 19) Limiti	14
Art. 20) Franchigia	14
Art. 21) Oggetto dell'Assicurazione	15
Art. 22) Forma dell'Assicurazione "Claims Made" - Retroattività	15
Art. 23) Definizione di Terzo	16
Art. 24) Esclusioni	16
Art. 25) Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro - Gestione Sinistri e Gestione Vertenze - Spese Legali	17
Art. 26) Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività	18
Art. 26 bis) Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Non Definitiva dell'Attività	19

Art. 27) Tentativo Obbligatorio di Conciliazione- Mediazione Obbligatoria	19
Art. 28) Denuncia dei Danni R.C.O.	20
Art. 29) Studi Medici – Garanzia Conduzione Studio	20
Art. 30) Direttore Sanitario.....	21
Art. 31) Estensione Copertura Medicina Estetica per specialità mediche afferenti l'Odontoiatria	21
IV) TUTELA LEGALE - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE (<i>Garanzia Accessoria</i>)	22
Art. 32) Quali soggetti copre l'Assicurazione di Tutela Legale.....	22
Art. 33) Oggetto dell'Assicurazione di Tutela Legale.....	22
Art. 34) Consulenza Legale Telefonica.....	23
Art. 35) Garanzia Postuma della garanzia di Tutela Legale in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività	23
Art. 36) Quali spese rimborsa DAS?	23
Art. 37) Quali spese rimborsa DAS?	24
Art. 38) Quando comincia la copertura assicurativa di Tutela Legale e quando un Sinistro di Tutela Legale è in garanzia	24
Art. 39) Esclusioni	25
Art. 40) Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro di Tutela Legale- Gestione Sinistri di Tutela Legale	26
V) INFORTUNI - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI (<i>Garanzia Accessoria</i>)	29
Art. 41) Morte o Invalidità Permanente da Infortunio nell'ambito dell'Attività Professionale.....	29
Art. 41.1) Soggetti Ai Quali È Rivolta L'assicurazione	29
Art. 42) Oggetto della Copertura.....	29
Art. 43) Efficacia ed Operatività dell'Assicurazione.....	30
Art. 44) Regole Specifiche Applicabili in Caso di Morte.....	30
Art. 45) Regole Specifiche Applicabili in caso di Caso Invalidità Permanente.....	30
Art. 46) Cumulo di Indennità.....	30
Art. 47) Estensioni di Garanzia	31
Art. 47.1) Morte Presunta	31
Art. 47.2) Rischio Volo	31
Art. 48) Supervalutazione Arti Superiori, Vista, Voce E Udito.....	31
Art. 49) Esclusioni	32
Art. 50) Franchigia Assoluta in caso di Invalidità Permanente.....	34
Art. 51) Gestione E Liquidazione Dei Sinistri	34
Art. 51.1) Denuncia del Sinistro.....	34
Art. 51.2) Liquidazione del Sinistro.....	34
Art. 51.3) Valutazione del Danno ed Operazioni Peritali	35

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 Proposta 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
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione ;
Assicuratore:	l'impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nel ramo responsabilità civile generale ai sensi del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209;
Set Informativo:	I documento che la Compagnia o l'Intermediario a cui è affidata la gestione del presente Contratto è tenuta a consegnare al Contraente prima e/o all'atto della sottoscrizione del Contratto stesso, contenente il DIP Danni, il DIP Aggiuntivo Danni, le Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, il Facsimile del Modulo di Proposta ed il documento di Informativa Privacy;;
Polizza:	Il documento contrattuale con i suoi annessi che disciplina i rapporti tra Compagnia, Contraente e Assicurato;
Scheda di Polizza:	Il documento che comprova il contratto di assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, gli elementi che compongono il rischio assicurato e il Premio imponibile con le relative imposte governative;
Modulo di Proposta:	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 ;
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; l'opposizione della

franchigia impegna comunque l'Assicuratore alla gestione del sinistro;

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**.

"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 Chirurgica:

L'attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o la cruentazione dei tessuti;

Attività Chirurgica Minore:

L'attività che comporta interventi chirurgici che implicano taglio e sutura di tessuto in anestesia locale;

Attività Invasiva:

L'attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti in anestesia locale e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo sia a fini diagnostici che terapeutici.

Rischio:

La probabilità che si verifichi un evento;

Variazione del Rischio:	Una qualsiasi variazione dell'Attività assicurata avvenuta successivamente alla stipula della presente Polizza;
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 : La comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibili all'Assicurato stesso e/o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni; l'azione giudiziaria promossa o estesa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'assicurazione.
Sinistro:	La richiesta di risarcimento danni per i quali è prestata l'assicurazione (criterio c.d. « <i>claims made</i> ») ossia qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi in vigenza di polizza o durante il periodo di ultrattività di cui all'articolo 5, comma 2, D.M. 232/2023, nei confronti dell'assicurato (o, nel caso di azione diretta, nei confronti dell'assicuratore), per il risarcimento dei danni subiti come conseguenza della sua attività; costituisce sinistro anche la citazione dell'assicurato in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato. In caso di polizza di

cui all'articolo 10, comma 3, della Legge Gelli, il sinistro è costituito dall'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga previste dagli articoli 9, commi 5 e 6, e 12, comma 3, della Legge. In questi casi, costituisce sinistro anche il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei Conti, nonché, per la rivalsa civilistica delle strutture sanitarie, la richiesta scritta avanzata per la prima volta dalla struttura in vigenza di polizza nei confronti dell'assicurato, con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato. Fatti diversi da quelli elencati non costituiscono sinistro, ivi inclusa la richiesta della cartella clinica, l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, la querela e l'avviso di garanzia. 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);

**Esercente la professione
sanitaria:**

Il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria;

**Esercente attività libero
professionale:**

Attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto;

IVASS:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

I.I. GLOSSARIO SPECIFICO DELLA SEZIONE TUTELA LEGALE

Arbitrato:

È una procedura alternativa alla giurisdizione civile ordinaria, che le Parti possono adire per definire una Controversia o evitarne l'insorgenza. È parificata a un'azione in giudizio.

Assicuratore:

La compagnia di assicurazioni.

Contravvenzione:

È una tipologia di reato, punita con l'arresto e/o l'ammenda.

Controversia:

Lite di carattere legale che può coinvolgere due o più soggetti, disciplinata dal diritto civile.

Danno extracontrattuale:	È il danno ingiusto derivante da un Fatto illecito. Tra il danneggiato e il responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale o, se esiste, non ha alcun nesso con l'Evento dannoso.
DAS:	Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.
Delitto:	È una tipologia di reato, punito con la multa o la reclusione.
Diritto civile:	È il complesso di norme che regola i rapporti tra privati (aziende o persone) come disciplinato dal codice civile e dalle norme da esso richiamate.
Doloso:	Comportamento caratterizzato dalla volontà cosciente di infrangere la legge.
Evento:	Fatto dannoso che dà origine al Sinistro.
Fatto illecito:	Qualsiasi fatto commesso in violazione di norme dell'ordinamento giuridico, che provoca un danno ingiusto.
Massimale	La somma entro la quale DAS risponde per ogni Sinistro.
Periodo di validità del contratto:	Periodo intercorrente tra la data di decorrenza indicata in Polizza e la data di scadenza della Polizza.
Prescrizione del reato:	Estinzione del reato per il decorso di un determinato periodo di tempo. In altre parole, per il solo fatto che sia passato il tempo massimo previsto dalla legge entro cui doveva essere emessa la sentenza definitiva, senza che questo sia avvenuto, è previsto che il reato si estingua. In questo caso non vi è alcuna conseguenza penale per l'imputato. È disciplinata nel codice di penale agli artt. 157-161.
Risoluzione amichevole delle controversie:	È l'attività che viene svolta tentando una composizione amichevole della Controversia tra le Parti, al fine di evitare il ricorso al giudice. Comprende procedure quali la mediazione civile, la negoziazione assistita, la conciliazione paritetica.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Spese peritali:	Spese relative all'opera del perito nominato dal giudice (C.T.U. - consulente tecnico di ufficio) o dalle Parti (C.T.P. - consulente di parte).
Spese di soccombenza:	Spese che il giudice con sentenza pone a carico di colui che perde la causa ed a favore della parte vittoriosa. Per quanto attiene alla presente Polizza, si intendono le spese che il giudice pone a carico dell'Assicurato ma che sarebbero onere della controparte.

Transazione: Accordo con il quale le Parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine a una Controversia

I.II. GLOSSARIO SPECIFICO DELLA SEZIONE INFORTUNI

Indennizzo: La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro.

Infortunio: Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte oppure una Invalidità permanente.

Invalidità Permanente: La perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di una qualsiasi attività.

Morte: Il decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio.

Rischio: La possibilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Rischio Extra-Professionale: Ogni attività che non abbia carattere professionale e/o non rientri nella definizione di Rischio Professionale.

Rischio in Itinere: Si intende il rischio di Infortunio occorso durante il normale percorso di andata e ritorno tra l'abitazione e il luogo di lavoro, come disciplinato dall'Art. 12 del D. Lgs. 38/2000. Il percorso deve essere diretto e senza deviazioni non necessarie, e il mezzo utilizzato deve essere congruo rispetto alle esigenze dell'Assicurato.

Rischio Professionale: Il Rischio connesso all'attività lavorativa dichiarata dall'Assicurato, comprensivo di tutte le mansioni e degli ambienti nei quali essa viene svolta. Comprende gli infortuni che possono verificarsi durante l'esercizio della professione o a causa di essa.

Franchigia: Percentuale prestabilita che rimane a carico dell'assicurato in caso di sinistro. La franchigia rappresenta la soglia al di sotto della quale l'Assicurazione non effettua alcun rimborso o indennizzo.

Somma Assicurata: L'importo massimo che la compagnia assicurativa si impegna a pagare all'assicurato o ai suoi beneficiari in caso di infortunio che rientri nelle garanzie previste dalla polizza.

II) NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1) Pagamento del Premio

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'Assicurato svolga più attività, dovrà indicarle tutte nel Modulo di Proposta. In questo caso il Premio da corrispondersi sarà pari all'importo riferito all'attività di più alto rischio.

Art. 2) Durata della Polizza - Adesione all'Assicurazione - Rinnovo

La presente Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto e scadenza alle ore 24:00 dei giorni indicati nella Scheda di Polizza, fermo quanto previsto all'Art. 1 - "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 60 giorni prima della scadenza della polizza, quest'ultimo s'intende prorogato di un anno e così successivamente.

L'Assicurato, per contro, 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 una regolare Scheda di Polizza contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del Premio.

Art. 3) 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. 4) Giurisdizione e Foro Competente

Tutte le controversie relative al presente Contratto sono soggette alla esclusiva giurisdizione italiana.

Nei limiti del disposto dell'articolo 19), 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. 5) 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. 6) 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. 7) Responsabilità Solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la Compagnia risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Art. 8) Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Assicurato per iscritto nel **Modulo di Proposta** 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 Proposta**, 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 Proposta**.

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

Art. 9) 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. 10) 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. 11) 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. 12) 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. 13) 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 Proposta**, l'**Assicurato** conferisce al **Broker** indicato nel **Modulo di Proposta** 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. 25 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. 14) 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. 15) 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. 16) 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 dal contratto con un preavviso di trenta giorni dalla data della stessa mediante invio di raccomandata A.R. e/o comunicazioni equipollenti**.

Art. 17) Modifica delle Condizioni Contrattuali

La **Compagnia** si riserva la facoltà di modificare le condizioni tariffarie e normative alla scadenza anniversaria del Contratto.

Le variazioni delle condizioni tariffarie e normative verranno comunicate come "Proposta di modifica unilaterale del Contratto" (di seguito semplicemente "Proposta") al Contraente; la Proposta dovrà contenere almeno indicazione di quanto segue:

- i. il termine di decorrenza delle variazioni, che non potrà essere inferiore a 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione;
- ii. il diritto di recesso riconosciuto al Cliente senza spese o penali di alcun genere;
- iii. ogni ulteriore elemento richiesto dalle vigenti norme.

Il Contraente, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della Proposta, potrà recedere con effetto immediato con le modalità di cui all'Art. 2) Durata della Polizza - Adesione all'Assicurazione - Rinnovo, senza penalità, avendo diritto a vedere applicate, in sede di liquidazione del rapporto, le condizioni precedentemente praticate. Trascorso tale periodo, in mancanza di recesso, le modifiche si intendono accettate.

Quanto previsto dal presente Articolo non trova applicazione in caso di modifiche imposte da norme di legge e/o da disposizioni di Autorità aventi natura imperativa, le quali, tra le altre cose, si applicheranno secondo i tempi e i modi previsti dalla disposizione normativa che le abbia introdotte, senza necessità di preavviso.

III) CONDIZIONI GENERALI

Art. 18) Descrizione del rischio – Attività assicurata

La garanzia è operante per quanto previsto dall'Art. 21 - "Oggetto dell'**Assicurazione**" della sezione III) "Condizioni Generali", in relazione allo svolgimento dell'attività professionale dell'**Assicurato** come dichiarato nel **Modulo di Proposta** e come riportato nella Scheda di Polizza.

Art. 19) Limiti

Saranno operanti i seguenti limiti:

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**, intendendosi per **Massimale per sinistro** 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 **Massimale per anno** la somma massima indicata nella Scheda di Polizza che obbliga la Compagnia e che quest'ultima è tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese 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.

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.**

Art. 20) 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**.

Art. 21) 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 Proposta** e riportata nell'Allegato 1 alla sezione "Specialità Mediche Assicurabili", che costituisce parte integrante del contratto, sempreché l'**Assicurato** abbia sottoscritto il **Modulo di Proposta** 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 inoltre:

- 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 e al di fuori dell'attività retribuita anche se tali interventi non sono connessi alla attività professionale dichiarata. Tale estensione opera con un sottolimito di importo pari a Euro 1.000.000,00.

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. 10 delle Condizioni di **Assicurazione**.

Art. 22) 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 sovra-prezzo 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 Proposta** 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 Proposta** che forma parte integrante della presente Polizza.

Art. 23) 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. 24) Esclusioni

Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims made" e, come tale, è temporalmente limitata nella presente Polizza, dalla copertura sono escluse le seguenti casistiche:

1. Tutti i Sinistri denunciati dall'assicurato alla compagnia in data successiva al Periodo di scadenza dell'assicurazione, fermo restando quanto previsto a riguardo dal successivo Art. 26;
2. Le richieste di risarcimento presentate anteriormente alla data di decorrenza della polizza, anche se mai denunciate agli assicuratori precedenti;
3. 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 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;
- b. 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");
- c. relative a pretese per la mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'**Assicurato**;
- d. 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");
- e. 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;
- f. relative a Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- g. relative a Danni derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;

- h. relative a Danni riconducibili a proprietà, possesso e uso di veicoli o natanti a motore nonché alla loro circolazione;
- i. relative a Danni causati da **Perdite Patrimoniali Pure**, così come definite in Polizza, ad eccezione di coloro che hanno dichiarato nel **Modulo di Proposta** 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;
- l. 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. 10, ultimo comma;
- m. riconducibili alla violazione in materia di protezione dei dati personali così come definite dalla normativa tempo per tempo vigente;
- n. 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**;
- o. attività e operazioni svolte in Pronto Soccorso, se diverse dalle specialità mediche dichiarate nel Modulo di Proposta.
- p. relative ad attività ed operazioni di mera chirurgia estetica.
- q. L'Assicurazione non copre i danni relativi a qualsiasi perdita di utilizzo, riduzione della funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino, riproduzione, perdita o furto di qualsiasi dato informatico (definito come qualsiasi informazione leggibile, compresi programmi e software, a prescindere dalla forma o modo in cui viene utilizzata, consultata, trasmessa, elaborata, aperta o memorizzata da un sistema informatico), od ogni altro ammontare relativo al valore del dato informatico stesso. Sono parimenti esclusi i danni direttamente o indirettamente causati e/o derivanti da e/o connessi e/o attribuibili anche in parte a eventi come atti cyber e/o incidenti cyber ivi inclusa ogni azione adottata per controllarli, prevenirli, terminarli o porvi comunque rimedio.

Eccezioni Opponibili

Sono opponibili al danneggiato, previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificamente per iscritto, le seguenti eccezioni:

- a. i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
- b. fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5 del Decreto Ministeriale 232/2023;
- c. le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere q) ed r) del Decreto Ministeriale, con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge Gelli;
- d. il mancato pagamento del premio.

Resta fermo quanto previsto dall'articolo 38-bis del Decreto Legge 6 novembre 2021, n. 152. Convertito con modificazioni dalla Legge 29 dicembre 2021, n. 233.

Art. 25) Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro - Gestione Sinistri e Gestione Vertenze - Spese Legali

25.1 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.

25.2 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. 26) Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività

In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale dell'**Assicurato** debitamente documentata per pensionamento, morte dell'**Assicurato**, cancellazione dall'**Albo**, 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 250% del premio corrisposto per l'ultima annualità, 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. 26 bis) Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Non Definitiva dell'Attività

Anche in caso di prosecuzione dell'attività professionale, alla scadenza della presente polizza è facoltà dell'Assicurato richiedere l'estensione della copertura assicurativa 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.

Il L'attivazione di questa copertura comporta il pagamento di un sovra-premio pari al 300% del premio corrisposto per l'ultima annualità, 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. 27) 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. 281 decies 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. 281 decies 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. 28) 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. 29) Studi Medici – Garanzia Conduzione Studio

29.1 R.C.T.

A fronte del pagamento del **Premio** aggiuntivo dovuto, la **Compagnia** risponde delle somme che l'**Assicurato** sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi da lui stesso o da persone delle quali debba rispondere per lesioni personali e/o per danni a cose in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione alla proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale con esclusione di qualsiasi responsabilità di natura professionale. L'**Assicurazione** vale inoltre per la responsabilità civile che possa derivare all'**Assicurato** da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere a termini di legge.

La **Compagnia** risponde delle somme che l'**Assicurato** sia tenuto a pagare (capitali, interessi e spese), quale civilmente responsabile per gli infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti da prestatori di lavoro addetti alle attività per le quali è prestata l'**Assicurazione**:

- 1) ai sensi delle disposizioni di legge disciplinanti le azioni di regresso o surroga esperite dall'INAIL;
- 2) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nei casi di cui al precedente alinea cagionati ai prestatori di lavoro per lesioni personali.

L'**Assicurazione** è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'**Assicurato** sia in regola con gli obblighi per l'**Assicurazione** di legge; qualora tuttavia l'irregolarità derivi da comprovate inesatte o erranee interpretazioni delle norme di legge vigenti in materia, l'assicurazione conserva la propria validità. Resta inteso che l'onere della prova circa l'inesatta o erranea interpretazione è a carico dell'**Assicurato**.

L'**Assicurazione** vale anche per le azioni esperite dall'INPS ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12/06/1984 n. 222 e successive modifiche od integrazioni.

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

29.2 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 della Scheda di Polizza.**

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

Le presenti Garanzie R.C.T. e R.C.O. sono prestate con una franchigia di Euro 500,00 per ogni evento.

Art. 30) Direttore Sanitario

La garanzia di cui al presente Articolo 30, aggiuntiva ed opzionale, è estesa, nei limiti del massimale di Polizza, ai danni a persone e cose involontariamente cagionati a terzi per l'attività medica inerente la funzione di Direttore Sanitario presso una Struttura Sanitaria. Inoltre, la presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne anche di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi derivanti da atti, fatti, omissioni, ritardi commessi nell'esercizio delle proprie funzioni (in deroga a quanto previsto dall'art. 26 "Esclusioni" del set informativo) di carattere amministrativo, gestionale organizzativo, dirigenziale, aziendale. L'Assicurazione comprende inoltre le Perdite Patrimoniali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina. In ordine a tali perdite patrimoniali la Compagnia presta l'Assicurazione per la presente Garanzia fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 200.000,00 (duecentomila) per Periodo annuo di Assicurazione. L'Assicurazione non comprende le Perdite patrimoniali derivanti da multe, ammende e/o sanzioni inflitte all'Assicurato. Ai fini della presente Garanzia aggiuntiva opzionale non sono considerati Terzi: la Struttura Sanitaria, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di Responsabilità Amministrativa e/o di Surrogazione.

Art. 31) Estensione Copertura Medicina Estetica per specialità mediche afferenti l'Odontoiatria

Limitatamente alle specialità mediche afferenti l'Odontoiatria la **Compagnia** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questo sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di un fatto colposo, di errore o omissione, connesso all'esercizio dell'attività professionale esercitata **compresi, a fronte di un pagamento di un premio aggiuntivo pari a Euro 350,00, trattamenti estetici del viso ma solo ed esclusivamente consentiti dal D.L. 34/2023 del 30 marzo 2023** e qui di seguito riportati:

- Inserimento di fili di sostegno riassorbibili;
- Inserimento di fili di sospensione riassorbibili;
- Ringiovanimento cutaneo con laser (ablativi e non ablativi);
- Rivitalizzazione con acido ialuronico;
- Biorivitalizzazione con vitamine;
- Stimolazione con collagene;
- Volumizzazione con filler dermici;
- Uso di tossina botulinica tipo A;
- Microdermoabrasione umida;

- Ultrasuoni micro focalizzati;
- Radiofrequenze.

Resta altresì convenuto tra le Parti che la garanzia non è operativa nel caso di Richieste di Risarcimento per mancata rispondenza dell'intervento di natura estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.

IV) TUTELA LEGALE - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE (Garanzia Accessoria)

In relazione alla normativa introdotta dal Decreto legislativo n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, Artt. 163 e 164, la Compagnia ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., con sede in via Enrico Fermi 9/B – Verona – PEC dasdifesalegale@pec.das.it, Numero da chiamare: 800.84.90.90- Mail: sinistri@das.it, in seguito per brevità denominata DAS.

Tutte le denunce, i documenti e ogni altra comunicazione sui Sinistri devono essere inviati alla Compagnia.

Art. 32) Quali soggetti copre l'Assicurazione di Tutela Legale

La garanzia opera a favore dell'Assicurato secondo quanto indicato nel Glossario.

Art. 33) Oggetto dell'Assicurazione di Tutela Legale

La Compagnia assicura il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale per tutelare i diritti dell'Assicurato nell'ambito della Attività dichiarata in Polizza.

La garanzia è valida nei limiti del Massimale indicato in Polizza e alle seguenti condizioni quando l'Assicurato:

- a) è sottoposto a Procedimento penale per Delitto colposo o per Contravvenzione, compresi i procedimenti per violazioni in materia fiscale e amministrativa;
- b) è sottoposto a Procedimento penale per Delitto doloso, compreso quello per violazioni in materia fiscale e amministrativa, **e si verifica una di queste condizioni:**
 - l'Assicurato viene prosciolto nel merito o assolto con decisione passata in giudicato;
 - il procedimento viene archiviato per infondatezza della notizia di reato (art. 408 del Codice di Procedura Penale);**Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa e l'applicazione della pena su richiesta delle parti (cd patteggiamento);**
- c) sostiene controversie per pretese di risarcimento, derivanti da asserita responsabilità medico sanitaria, avanzate da pazienti nei confronti dell'Assicurato.
In questo caso, in presenza di Assicurazione di responsabilità civile valida e in regola con il pagamento dei Premi, **la garanzia opera esclusivamente ad integrazione e dopo l'esaurimento dell'intero Massimale di tale Assicurazione per le Spese di resistenza e di soccombenza, fino all'importo del Massimale indicato in Polizza (Art. 1917, terzo comma, cc).**

Art. 34) Consulenza Legale Telefonica

È disponibile un servizio di Consulenza legale telefonica, tramite il **numero verde 800.84.90.90 (Da lunedì a venerdì, dalle 8:00 alle 18:00)**, sulle materie previste in polizza.

L'Assicurato potrà telefonare per ottenere:

- consulenza legale telefonica, per affrontare in modo corretto una controversia legale
- chiarimenti su leggi, decreti e normativa vigenti

La consulenza legale telefonica non prevede il rimborso o il pagamento delle spese per l'assistenza legale dell'Assicurato per la risoluzione amichevole della controversia o per il procedimento in qualunque grado di giudizio.

La Compagnia e DAS:

- non sono responsabili dell'operato dei consulenti legali
- non potranno essere ritenute responsabili per l'utilizzo della consulenza erogata in eventuali controversie intraprese dall'Assicurato
- non potranno essere chiamate a tenere indenne l'Assicurato da eventuali spese o rimborsi dovuti a qualunque titolo in conseguenza di tali controversie, essendo queste proposte in nome e per conto proprio dallo stesso Assicurato

Art. 35) Garanzia Postuma della garanzia di Tutela Legale in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività

In estensione viene prevista, in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale, per cause diverse dalla sospensione o dalla radiazione dall'Albo, inclusa la cessazione dell'attività con chiusura della partita IVA, la proroga dell'Assicurazione di Tutela legale.

L'estensione ha attinenza alle richieste di attivazione delle garanzie della sezione di Tutela legale che riguardano vertenze e procedimenti penali pervenuti all'Assicurato o ai suoi eredi nei **10 (dieci) anni successivi** alla data di cessazione dell'attività e riferite a presunte inadempienze avvenute nel periodo di operatività della copertura (incluso il **Periodo di Retroattività** della copertura stessa)

L'attivazione di questa copertura comporta il **pagamento di un sovra-premio pari al 300% del premio corrisposto per l'ultima annualità**, 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 denunciati durante tale periodo di garanzia postuma, il limite d'indennizzo in aggregato, indipendentemente dal numero dei sinistri stessi, non potrà superare il massimale di polizza.

Art. 36) Quali spese rimborsa DAS?

Con riguardo ai rischi indicati nell'Oggetto dell'Assicurazione, DAS paga o rimborsa queste spese:

- ☒ onorari di un legale incaricato della gestione del Sinistro;
- ☒ onorari di un legale domiciliatario, se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il circondario del tribunale competente a decidere la controversia, **fino a 3.000 euro per Sinistro**;
- ☒ onorari per l'intervento di un consulente tecnico di parte;
- ☒ onorari per l'intervento di un consulente tecnico d'ufficio;
- ☒ Spese di giustizia nel Procedimento penale;
- ☒ Spese di soccombenza liquidate a favore della controparte;
- ☒ conseguenti ad una transazione autorizzata da DAS, comprese le spese della controparte, sempreché siano state autorizzate da DAS;
- ☒ di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- ☒ di indagini per la ricerca di prove a difesa, nei procedimenti penali;
- ☒ degli arbitri e del legale intervenuti, nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;

Se l'Assicurato viene arrestato, minacciato di arresto o di Procedimento penale all'estero, in uno dei Paesi dove la garanzia è valida, la Compagnia copre, entro il Massimale indicato in Polizza:

- ☒ le spese per l'assistenza di un interprete
- ☒ le spese per le traduzioni di verbali o atti del procedimento
- ☒ l'anticipo della cauzione, disposta dall'autorità competente entro il massimale di polizza. **L'importo anticipato dovrà essere restituito alla Compagnia entro 60 giorni dal versamento**

Art. 37) Quali spese rimborsa DAS?

In quali Paesi vale l'Assicurazione?

Copertura territoriale della garanzia

Tipologia di Sinistro	Paesi in cui è accaduto l'evento e in cui il Sinistro è processualmente trattato ed eseguito
Danno extracontrattuale e Procedimento penale	Paesi europei
Consulenza legale telefonica	In Italia, secondo le normative italiane

Art. 38) Quando comincia la copertura assicurativa di Tutela Legale e quando un Sinistro di Tutela Legale è in garanzia

L'assicurazione vale per le Vertenze subite dall'Assicurato – sia in ambito civile che penale - nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione a condizione che tali vertenze siano conseguenti a presunte inadempienze o violazioni di norme di legge poste in essere per la prima volta dall'Assicurato **non oltre i 10 anni prima della data di effetto dell'assicurazione**.

Se il Sinistro si protrae attraverso più violazioni successive dello stesso tipo, la Compagnia considera la data della prima violazione, anche presunta.

L'assicurazione vale purché tali inadempienze non siano note all'Assicurato stesso prima della stipula della Polizza. La garanzia è prestata sulla base delle dichiarazioni rese dall'assicurato, ai sensi degli articoli 1892, 1893 del Codice Civile, di non essere a conoscenza di atti o fatti che possono comportare l'insorgere delle vertenze di cui al presente capoverso.

La garanzia è valida anche prima che all'Assicurato sia notificata l'informazione di garanzia, nei casi di presentazione spontanea, invito a presentarsi e accompagnamento coattivo (artt. 374-376 del Codice di Procedura Penale, Presentazione spontanea).

MASSIMALE PER LA SEZIONE DI TUTELA LEGALE

Si conviene che il massimale della sezione di tutela legale è complessivamente pari ad euro 30.000,00 per sinistro, illimitato per anno. Il massimale per ogni sinistro deve intendersi così suddiviso: euro 10.000,00 fino all'esito del primo grado di giudizio, euro 10.000 per la fase di appello, euro 10.000 per la fase di Cassazione.

Art. 39) Esclusioni

Che cosa non è assicurato?

Danni, eventi e circostanze che non sono coperti dalla garanzia Tutela Legale

Sono escluse dalla garanzia le vertenze legali riguardanti:

- ⊗ danni subiti in conseguenza di disastro ecologico, atomico, radioattivo;
- ⊗ fatti conseguenti a eventi bellici, atti di terrorismo, tumulti popolari, scioperi e serrate;
- ⊗ attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'Assicurato, ad eccezione dei sinistri conseguenti a trattamenti medici;
- ⊗ fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
- ⊗ fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;
- ⊗ attività di trattamento o smaltimento dei rifiuti;
- ⊗ procedimenti per responsabilità degli Assicurati derivanti da sostanze tossiche di qualsiasi tipo, ivi compresi amianto/asbesto;
- ⊗ la materia fiscale e tributaria e amministrativa, salvo quanto espressamente previsto nelle singole garanzie;
- ⊗ eventi che derivano da fatto doloso dell'Assicurato; se l'Assicurato è indagato o imputato per Delitto doloso, la garanzia opera solo se l'Assicurato viene assolto o prosciolto con sentenza inappellabile o se vi è un provvedimento definitivo di archiviazione per infondatezza della notizia di reato o derubricazione del reato da Doloso a colposo;
- ⊗ le richieste di risarcimento di danni causati, se l'Assicurato non ha una assicurazione di responsabilità civile o questa non sia operante per qualsiasi motivo;
- ⊗ la materia civile salvo quanto espressamente previsto nelle singole garanzie;
- ⊗ i procedimenti monitori e le procedure esecutive derivanti da qualsivoglia titolo;
- ⊗ proprietà o dalla guida di veicoli, imbarcazioni e aerei;
- ⊗ beni immobili;
- ⊗ con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali e Sociali;

- ⊗ **diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva e concorrenza sleale o normativa antitrust;**
- ⊗ **la radiazione o sospensione dall'Albo;**
- ⊗ **l'esercizio abusivo della professione medica o di operatore sanitario;**
- ⊗ **le sanzioni disciplinari emesse dall'Ordine dei Medici o i procedimenti dal medesimo promossi;**
- ⊗ **qualsiasi tipologia di controversia o procedimento contro la Compagnia.**

Spese che DAS non paga o non rimborsa con la garanzia Tutela Legale

DAS non paga o non rimborsa:

- ⊗ **spese, anche preventivate, non concordate con DAS, secondo quanto indicato ai punti *Cosa l'Assicurato deve fare per avere diritto alle prestazioni assicurative* ;**
- ⊗ **spese per la gestione di una controversia prima dell'azione in giudizio, per incarichi conferiti dall'Assicurato a professionisti non autorizzati da DAS;**
- ⊗ **spese del legale e del consulente di parte per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella e spese che eccedono i valori dei parametri forensi in materia di compensi degli avvocati stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 147/2022 e successive modifiche e integrazioni; in caso di conteggio dei compensi tramite tariffa oraria, per il rimborso vengono presi in considerazione i valori medi dei parametri forensi corrispondenti alle attività effettivamente svolte;**
- ⊗ **spese di viaggio e di soggiorno dovute all'avvocato che deve trasferirsi fuori dal proprio domicilio professionale per svolgere l'incarico;**
- ⊗ **spese rimborsate dalla controparte. Se DAS ha anticipato queste spese, l'Assicurato glielne deve restituire entro 60 giorni dalla data in cui ha ricevuto il rimborso;**
- ⊗ **onorari per ulteriori legali nell'ambito dello stesso grado di giudizio. Se per gestire la causa è necessario incaricare un avvocato domiciliatario, DAS paga fino ad un massimo di 3000 euro ed esclude le duplicazioni di onorario;**
- ⊗ **pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;**
- ⊗ **oneri fiscali, ad eccezione dell'IVA che l'Assicurato non può detrarre esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e del contributo unificato di iscrizione a ruolo;**
- ⊗ **spese dovute da altri soggetti debitori poste a carico dell'assicurato secondo il principio di solidarietà (art. 1292 c.c.);**
- ⊗ **spese per l'esecuzione forzata di un titolo esecutivo;**
- ⊗ **spese ulteriori rispetto a quelle del legale incaricato per la gestione della controversia, se tale controversia si conclude con una transazione non concordata con DAS;**
- ⊗ **spese di accertamento tecnico preventivo;**
- ⊗ **spese del nuovo legale per attività già svolte dal primo, se nel corso dello stesso grado di giudizio l'Assicurato decide di revocare l'incarico professionale a un legale e di incaricarne un altro.**

In caso di controversia tra Contraente e un altro Assicurato, la garanzia viene prestata solo a favore del Contraente.

Art. 40) Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro di Tutela Legale- Gestione Sinistri di Tutela Legale

Come si denuncia il Sinistro di tutela legale

L'Assicurato deve segnalare immediatamente **l'accaduto alla Compagnia ed in copia all'intermediario che ha in carico la polizza**.

Per richiedere la consulenza legale telefonica, l'Assicurato deve chiamare DAS al **numero verde 800.84.90.90 (Da lunedì a venerdì, dalle 8:00 alle 18:00)** e fornire il numero di Polizza e un recapito telefonico.

La Compagnia, **in caso di procedimento penale**, raccoglie la denuncia di sinistro e procede a trasmettere la stessa a DAS, che raccoglie la denuncia e indica i documenti necessari per attivare la garanzia di tutela legale in funzione della tipologia di evento accaduto, spiega come gestirà il Sinistro e fornisce il numero identificativo della pratica.

L'Assicurato deve denunciare il Sinistro nel momento in cui ha inizio l'azione penale o comunque nel momento della ricezione di un qualunque atto di rilevanza penale da parte della Procura o di altra autorità giudiziaria.

La Compagnia **in caso di richiesta risarcitoria in sede civile** da parte di un paziente dell'Assicurato provvederà a trasmettere la denuncia a DAS solo nel caso risulti esaurito il massimale per le spese legali previsto dalla Sezione della responsabilità civile professionale.

DAS gestisce un unico Sinistro se:

- le controversie sono promosse da o contro una o più persone e riguardano domande identiche o connesse;
- i procedimenti, anche di natura diversa, sono dovuti allo stesso evento o fatto che ha coinvolto uno o più Assicurati;
- l'evento che dà diritto alle prestazioni assicurative si protrae attraverso più violazioni successive dello stesso tipo.

Cosa l'Assicurato deve fare per avere diritto alle prestazioni assicurative di tutela legale:

Per avere diritto alle prestazioni l'Assicurato deve:

- dare regolare mandato al legale fornendogli tutte le informazioni e la documentazione per tutelare al meglio i propri interessi;
- pagare gli oneri fiscali, di bollo e di registro secondo la normativa vigente per rendere validi i documenti necessari alla valutazione del caso e inviare appena possibile a DAS copia di ogni ulteriore atto o documento ricevuto dopo la denuncia di Sinistro e ogni informazione utile alla gestione del suo caso;
- aggiornare appena possibile DAS su ogni fatto importante che può riguardare l'erogazione della prestazione;
- avvisare DAS e ottenere conferma a procedere prima di incaricare un legale o un perito;
- ottenere conferma a procedere da parte di DAS prima di sottoscrivere un accordo economico o un preventivo di spesa del legale o del perito incaricato. Anche quando l'Assicurato ha ottenuto la conferma a procedere, DAS non sostiene né rimborsa spese del legale per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella e spese che eccedono i valori dei parametri forensi in materia di compensi degli avvocati stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 147/2022 e successive modifiche e integrazioni; in caso di conteggio dei compensi tramite tariffa oraria, per il rimborso vengono presi in considerazione i valori medi dei parametri forensi corrispondenti alle attività effettivamente svolte;

- richiedere l'autorizzazione preventiva di DAS per concordare con la controparte qualsiasi Transazione o accordo per definire la controversia che comporti per DAS spese legali o peritali ulteriori rispetto all'onorario del legale dell'Assicurato. Se l'Assicurato procede senza autorizzazione, DAS rimborserà gli oneri a carico dell'Assicurato solo dopo aver verificato che ci fosse effettiva urgenza nel concludere l'operazione e se questa è conveniente.

Quali responsabilità non hanno né la Compagnia né DAS

La Compagnia e DAS non sono responsabili di:

- operato di legali e periti;
- eventuali ritardi nel fornire le prestazioni, perché mancava la documentazione necessaria a supporto delle richieste dell'Assicurato.

Quando si ricorre all'Arbitrato per un sinistro di tutela legale

Se c'è conflitto di interessi o disaccordo tra l'Assicurato e DAS sulla gestione delle prestazioni, sia l'Assicurato sia DAS possono chiedere di affidare la questione a un arbitro nominato di comune accordo. Se non si accordano sulla nomina, l'arbitro viene nominato dal Presidente del Tribunale competente.

L'Assicurato e DAS contribuiscono ciascuno alla metà delle spese arbitrali, **a meno che si accordino diversamente.**

L'arbitro decide secondo equità. Se la sua decisione è sfavorevole all'Assicurato, questi potrà procedere per proprio conto e rischio. Se dalla sua azione l'Assicurato ottiene un risultato più favorevole di quello prospettato o acquisito da DAS, in linea di fatto o di diritto, può richiedere a DAS il rimborso delle spese sostenute e non rimborsate dalla controparte, **fino al Massimale indicato in Polizza.**

Se l'Assicurato intende rivolgersi al giudice, l'azione civile potrà essere preceduta dal tentativo di mediazione (D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010).

Tempi di pagamento dell'Indennizzo oggetto della garanzia di tutela legale

La Compagnia riceve la documentazione, verifica la validità della garanzia, valuta le spese sostenute dall'Assicurato e quindi definisce l'importo dell'Indennizzo.

Entro 30 giorni dalla definizione dell'importo:

- paga l'Indennizzo all'Assicurato;
oppure
- gli comunica i motivi per cui l'Indennizzo non può essere pagato.

V) INFORTUNI - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI (*Garanzia Accessoria*)

Art. 41) Morte o Invalidità Permanente da Infortunio nell'ambito dell'Attività Professionale

Per una corretta interpretazione delle Condizioni, si specifica che la disciplina INAIL è applicabile ai fini della presente **Polizza** solo ove espressamente richiamata. In ogni altro caso, le regole previste dall'assicurazione INAIL non possono essere applicate alla presente **Polizza**. Pertanto, la copertura di cui alla presente **Polizza** non si estende a nessun tipo di infezione se non espressamente richiamata e normata.

Art. 41.1) Soggetti Ai Quali È Rivolta L'assicurazione

La presente Polizza è destinata alle persone fisiche:

- identificate con nome, cognome, codice fiscale e residenti in Italia;
- che alla data di decorrenza della Polizza abbiano compiuto 18 anni e non abbiano ancora compiuto 75 anni;
- che svolgano l'Attività Professionale di Medico o Operatore Sanitario.

Art. 42) Oggetto della Copertura

L'Assicurazione è prestata, nei limiti delle **Somme Assicurate** riportate nella **Scheda di Polizza**, in caso di **Morte o Invalidità Permanente da Infortunio** che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività esercitata a titolo professionale dichiarata nella **Scheda di Polizza**. Si intende compreso nelle attività professionali il c.d. **Rischio in Itinere**, così come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000 e s.m.i..

La **Compagnia** corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'Infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti all'Infortunio stesso.

Si precisa che ai sensi della presente **Polizza** sono considerati **Infortunati** – a titolo esemplificativo e non limitativo e purché non espressamente esclusi – anche:

- a. l'asfissia per fuga di gas, vapori od esalazioni velenose;
- b. le lesioni causate da scariche elettriche e da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- c. gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- d. l'annegamento, l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore o di freddo e altre influenze termiche ed atmosferiche alle quali l'Assicurato non si sia potuto sottrarre;
- e. le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
- f. le infezioni od avvelenamenti da punture di insetti (esclusa la malaria, le malattie tropicali in genere ed altre affezioni di cui gli insetti sono portatori necessari, nonché le conseguenze della puntura di zecca) e morsi di animali e di rettili;
- g. stati di improvviso maleore o incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti ovvero conseguenti a malattie croniche accertate o conseguenti a crisi diabetiche;
- h. atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

I postumi invalidanti al rachide cervicale verranno presi in considerazione a fronte della sottoelencata documentazione:

- i. verbale di pronto soccorso redatto entro 48 h dall'evento;
- ii. venga presentato il risultato positivo di un esame oto-vestibolare successivo all'evento;
- iii. venga accertata la rettilineizzazione del rachide cervicale evidenziabile da rx standard.

Art. 43) Efficacia ed Operatività dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata a tutela dell'**Assicurato** per gli Infortuni occorsi durante il **Periodo di Assicurazione** come indicato nella **Scheda di Polizza** e purché denunciati entro il termine definito all'Art. 51.1 e fermo il termine di prescrizione del diritto stabilito dalla legge.

L'**Assicurazione** è prestata per gli **Infortuni** che l'**Assicurato** subisca nell'espletamento delle mansioni relative all'Attività Professionale indicata nella **Scheda di Polizza**, **compreso il Rischio in Itinere**.

Art. 44) Regole Specifiche Applicabili in Caso di Morte

La **Somma Assicurata** per il caso di **Morte dell'Assicurato** viene liquidata purché la Morte dell'Assicurato risulti conseguente ad **Infortunio indennizzabile a termini di Polizza** e questa si verifichi entro **2 (due) anni dal giorno nel quale l'Infortunio stesso è avvenuto**.

Tale somma viene liquidata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'**Assicurato** in parti uguali.

L'**Assicurato** potrà in ogni momento, durante la vigenza del presente contratto, modificare l'indicazione del/dei Beneficiario/i con formale comunicazione scritta alla Compagnia.

Art. 45) Regole Specifiche Applicabili in caso di Caso Invalidità Permanente

Se l'**Infortunio** ha per conseguenza una Invalidità Permanente e la stessa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno dal quale l'Infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida per tale titolo l'indennità calcolandola sulla Somma Assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N. 1124" e successive modifiche.

In tutti i casi di **Infortunio** che producano come conseguenza una **Invalidità Permanente** di grado pari o superiore al 60% la **Compagnia** liquiderà un Indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

Per gli **Assicurati** mancini le percentuali di **Invalidità Permanente** previste dalla tabella di cui sopra per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

Art. 46) Cumulo di Indennità

Gli Indennizzi per **Morte e Invalidità Permanente** non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'**Assicurato** muore, la **Compagnia** corrisponde ai Beneficiari designati, o in difetto, **agli eredi dell'Assicurato** in parti uguali, la differenza tra l'Indennizzo pagato e quello assicurato per il caso Morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'Indennizzo per **Invalidità Permanente** è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'**Assicurato** muore per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata dalla Compagnia, quest'ultima paga ai Beneficiari designati il già menzionato Indennizzo; in difetto di designazione, la Compagnia paga in parti uguali agli eredi dell'**Assicurato** l'importo liquidato od offerto e fatto salvo quanto disposto nell'ultimo capoverso dell'Art. 44.

Inoltre rimane ferma la possibilità per gli eredi o i beneficiari dell'**Assicurato**, in caso di premorienza di quest'ultimo rispetto al termine di accertamento dei postumi permanenti dell'Invalidità derivante dall'Infortunio o all'accertamento medico legale della **Compagnia**, qualora la Morte sia sopraggiunta per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità, di dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei suddetti postumi.

Art. 47) Estensioni di Garanzia

Le seguenti estensioni di copertura sono sempre valide, operanti e già incluse nel **Premio**.

Art. 47.1) Morte Presunta

Qualora a seguito di **Infortunio** indennizzabile a termini di **Polizza**, il corpo dell'**Assicurato** non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Compagnia liquiderà il capitale previsto per il caso **Morte** ai Beneficiari in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 12 (dodici) mesi dal mancato ritrovamento del corpo certificato da una pubblica autorità. Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'Indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'**Invalidità Permanente** eventualmente subita.

Art. 47.2) Rischio Volo

Fermo quanto previsto dall'Art. 49 – Esclusioni, la garanzia si intende estesa agli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tale attività con apposita abilitazione, tranne nel caso in cui tale attività:

- sia esercitata da compagnie aeree in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- sia esercitata da aeroclub;
- venga svolta su apparecchi per il volo da diporto o sportivi (quali per esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio ecc.).

Art. 48) Supervalutazione Arti Superiori, Vista, Voce E Udito

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 45, a seguito di un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che abbia come conseguenza diretta la perdita anatomica o funzionale totale di organi o arti di seguito elencati, la Compagnia riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando le seguenti percentuali:

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE	DOMINANTE (%)	NON DOMINANTE (%)
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, di un arto superiore	100	90
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, di un avambraccio	100	70
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, di una mano	100	70

Perdita totale, anatomica o funzionale totale, del pollice	80	50
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, dell'indice	60	50
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, del medio	50	40
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, dell'anulare	25	20
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, del mignolo	25	20
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, della falange ungueale del pollice	60	40
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, della falange ungueale dell'indice	40	20
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, della falange ungueale del medio	15	10
Perdita totale o parziale contemporanea di due dita della stessa mano, si sommano le singole percentuali di invalidità ma comunque sino ad un massimo del	100	100
Perdita totale della vista di ambedue gli occhi (cecità assoluta bilaterale)	100	100
Perdita totale della vista da un occhio (cecità assoluta monolaterale)	50	50
Sordità completa bilaterale	100	100
Sordità completa unilaterale	30	30
Perdita totale e definitiva della voce	50	50

In caso di perdita o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali determinate nella Tabella sopra saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In tutti i restanti casi non contemplati nel presente Articolo, e nei casi di perdita anatomica o funzionale parziale dei suddetti organi ed arti, la Compagnia riconosce all'**Assicurato** l'Indennizzo applicando la Tabella di Indennizzo indicata in Polizza all'Art. 45.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alle somme delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. Resta inoltre inteso che nel caso in cui il Sinistro comporti la perdita anatomica o funzionale totale dell'arto la valutazione è comprensiva anche delle ulteriori perdite anatomiche relative.

La **Somma Assicurata** per la presente garanzia è da intendersi pari alla **Somma Assicurata** per il caso **Invalidità Permanente da Infortunio** ma la Compagnia liquiderà unicamente la percentuale prevista dalla Tabella sopra riportata, senza cumulabilità con la garanzia **Invalidità Permanente da Infortunio**.

Art. 49) Esclusioni

Sono escluse dalla presente **Assicurazione le richieste di Indennizzo e gli Infortuni** derivanti da:

- Ogni attività che non abbia carattere professionale (c.d. **Rischio Extra-Professionale**).
- Invalidità preesistenti alla stipula della presente **Polizza**;
- Attacchi di cuore, incidenti cerebrovascolari, epilessia, malore o incoscienza;
- Ernie traumatiche e da sforzo;
- Guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- Eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- Conseguenze dirette di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni;

- h. Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- i. Indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i Sinistri direttamente o indirettamente originati da qualsiasi pandemia, epidemia, infezione, esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica;
- j. Delitti e/o Fatti dolosi compiuti o tentati dall'**Assicurato**;
- k. Pratica dei seguenti sport, anche se svolti a carattere ricreativo: downhill, parkour, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo in solitaria, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci e snowboard acrobatici e/o estremi, sci alpinismo, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (free-climbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, immersioni con autorespiratore;
- l. Sono comunque esclusi gli **infortuni** derivanti dalla pratica professionale di qualsiasi sport e/o che comunque comporti remunerazione;
- m. Partecipazione a corse e gare (e relative prove) sportive, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- n. Partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- o. Voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato, salvo quanto previsto dall'Art 47.2- Rischio Volo;
- p. Abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- q. Stato di intossicazione alcolica, corrispondente ad un tasso alcolemico pari o superiore ai valori riportati nell'art. 186, comma 2, lett. b) del Codice della Strada;
- r. Arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- s. Colpa grave dell'Assicurato e atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- t. Suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- u. Atti di Terrorismo e tumulti popolari;
- v. Sostanze tossiche di qualsiasi tipo, ivi compresi amianto/asbesto;
- w. Il rimborso delle Spese Mediche da Infortunio;
- x. Contagio da virus HIV, HBV e HCV;
- y. Le richieste di Indennizzo inerenti a operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da Infortunio.
- z. L'**Assicurazione** non copre i danni relativi a qualsiasi perdita di utilizzo, riduzione della funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino, riproduzione, perdita o furto di qualsiasi dato informatico (definito come qualsiasi informazione leggibile, compresi programmi e software, a prescindere dalla forma o modo in cui viene utilizzata, consultata, trasmessa, elaborata, aperta o memorizzata da un sistema informatico), od ogni altro ammontare relativo al valore del dato informatico stesso. Sono parimenti esclusi i danni direttamente o indirettamente causati e/o derivanti da e/o connessi e/o attribuibili anche in parte a eventi come atti cyber e/o incidenti cyber ivi inclusa ogni azione adottata per controllarli, prevenirli, terminarli o porvi comunque rimedio.
- aa. Infortuni dovuti, derivati, causati, risultanti da o connessi, anche solo in parte a: 1) Coronavirus 2 (Sars-Cov-2) e/o ogni sua mutazione, ceppo, evoluzione o variazione; 2) Sindrome respiratoria acuta e

varianti patologiche connesse (Covid-19) dovute a Coronavirus 2 e/o ogni sua mutazione, evoluzione o variazione; 3) qualsiasi sindrome, condizione, patologia o infezione: a) da virus quali quelli indicati nei precedenti punti 1) e/o 2) e/o ad ogni loro mutazione, evoluzione o variazione; e/o b) da virus simili e/o analoghi a quelli indicati nei precedenti punti 1) e/o 2), comunque denominati, e/o ad ogni loro mutazione, evoluzione o variazione.

Art. 50) Franchigia Assoluta in caso di Invalidità Permanente

Invalidità permanente: la **liquidazione verrà determinata con l'applicazione di una franchigia fissa al 10%.**

La franchigia viene sempre applicata, indipendentemente dal grado di invalidità accertato.

- **Se l'invalidità permanente accertata è inferiore o pari a 10 punti percentuali, non è dovuto alcun risarcimento.**
- **Se l'invalidità permanente accertata è superiore a 10 punti percentuali, il risarcimento sarà calcolato deducendo i 10 punti di franchigia.**

Art. 51) Gestione E Liquidazione Dei Sinistri

Art. 51.1) Denuncia del Sinistro

L'Assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, ovvero in caso di morte il beneficiario, deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità.

Con la denuncia del sinistro, è richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta dell'Assicuratore, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

Per la garanzia "**Invalidità permanente**" alla denuncia deve far seguito la seguente documentazione:

- certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze dell'**infortunio**;
- certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica dall'infortunio;
- copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

Art. 51.2) Liquidazione del Sinistro

Il pagamento avviene a ricovero ultimato o al termine della convalescenza prescritta. L'Assicuratore indennizza le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Non è pertanto indennizzabile il maggior pregiudizio arrecato da invalidità o malattie o minorazioni preesistenti (sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con l'infortunio denunciato). Quindi, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la valutazione sarà diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, **l'Assicuratore provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso.**

Il pagamento da parte dell'**Assicuratore** all'**Assicurato**, o ai suoi eredi in caso di decesso, viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Art. 51.3) Valutazione del Danno ed Operazioni Peritali

Premesso che l'**Assicuratore** si riserva di determinare l'efficacia della **Polizza** e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le **Parti**. Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C. il **Contraente** dichiara di accettare specificatamente i contenuti degli Artt.:

Art. 1	Pagamento del Premio
Art. 2	Durata della Polizza - Adesione all'Assicurazione - Rinnovo
Art. 4	Giurisdizione e Foro Competente
Art. 6	Esclusioni Sanzioni Internazionali
Art. 7	Responsabilità Solidale
Art. 8	Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio
Art. 9	Diminuzione e Aggravamento del Rischio
Art. 10	Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio
Art. 11	Recesso in Caso di Sinistro
Art. 12	Surrogazione - Rivalsa - Regresso
Art. 15	Comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione
Art. 17	Modifica delle Condizioni Contrattuali

Art. 22	Forma dell'Assicurazione "Claims Made" - Retroattività
Art. 24	Esclusioni
Art. 25	Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro - Gestione Sinistri e Gestione Vertenze - Spese Legali
Art. 26	Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività
Art. 26-bis	Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Non Definitiva dell'Attività
Art. 27	Tentativo Obbligatorio di Conciliazione - Mediazione Obbligatoria
Art. 29	Studi Medici, Studi Associati o Società – Garanzia Conduzione Studio
Art. 31	Estensione Copertura Medicina Estetica per specialità mediche afferenti l'Odontoiatria
Art. 35	Garanzia Postuma della garanzia di Tutela Legale in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività
Art. 36	Quali spese rimborsa DAS?
Art. 38	Quando comincia la copertura assicurativa di Tutela Legale e quando un Sinistro di Tutela Legale è in garanzia
Art. 39	Esclusioni
Art. 40	Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro di Tutela Legale- Gestione Sinistri di Tutela Legale
Art. 49	Esclusioni
Art. 50	Somme Assicurate

Facsimile MODULO DI PROPOSTA

PER LA SOLA RACCOLTA DATI AI FINI DELL'OTTENIMENTO DI UN PREVENTIVO

R.C. PROFESSIONALE ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

La compilazione del presente Modulo di Adesione è riservata unicamente al Contraente/Proponente che intende assicurarsi, nella forma "Claims Made", per la Responsabilità Civile Professionale degli Esercenti la Professione Sanitari in conseguenza di danni causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la Responsabilità per Colpa Grave e R.C.O.

È condizione essenziale per una corretta preventivazione rispondere a tutte le domande contenute nel questionario

*Campi obbligatori

Intermediario Assicurativo	☐ NO	☐ SI	Ragione Sociale *
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

CONTRAENTE

*Campi obbligatori

Ragione Sociale	*	
Partita IVA	*	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	*	
Indirizzo E-mail	*	
Indirizzo PEC	*	
N. Telefono - N. Fax	*	Telefono: _____ Fax: _____

PROPONENTE (se diverso dal Contraente)

*Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Codice Fiscale	*	
Data e Luogo di Nascita	*	Data: / / Età al momento della compilazione del Modulo di Adesione: _____ Luogo: _____
Residenza	*	Indirizzo: _____ N. Civico: _____ C.A.P.: _____ Comune: _____ Provincia: _____ Stato: _____
Indirizzo E-mail personale ¹ – PEC 1: Utilizzato per accedere all'Area Riservata	*	E-mail pers.: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax - N. Cellulare	*	N. Tel: _____ N. Fax: _____ N. Cell: _____
Iscritto all'Ordine della provincia di ... / N° Iscrizione	*	Ordine della provincia di _____ / N° _____
Data iscrizione all'Ordine	*	Data: / / Età al momento dell'iscrizione all'Ordine: _____
Data Conseguimento Diploma di Specializzazione	*	Data: / /
Data di decorrenza richiesta	*	Data: / /

NEOLAUREATO: Il Proponente ha meno di anni 34 (trentaquattro) ed è iscritto all'Ordine Professionale da meno di anni 4 (quattro)? ☐ SI ☐ NO

SPECIALIZZANDO: Il Proponente è uno Specializzando con meno di anni 34 (trentaquattro)? ☐ SI ☐ NO

MEDICO UNDER 35: Il Proponente ha meno di anni 36 (trentasei)? ☐ SI ☐ NO

ATTENZIONE: La scontistica denominata "MEDICO UNDER 35" non è applicabile a Neolaureati e Specializzandi.

ATTENZIONE: Per richiedere la copertura "Neolaureato" oppure "Specializzando" selezionare l'omonimo campo nella tabella alla sezione denominata "ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – SPECIALIZZAZIONI MEDICHE ASSICURABILI".

A) Il Proponente è componente di uno Studio Medico, Studio Associato o Società? ☐ SI ☐ NO

A.1) Se la risposta è SI, si richiede di indicare il numero di Soci/Associati. N° Soci/Associati: _____

A.2) Se la risposta è SI, si richiede di indicare il numero di dipendenti ove presenti. N° dipendenti: _____

A.3) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):

Ragione Sociale dello Studio Associato	
Partita IVA / Codice Fiscale	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax	Telefono: _____ Fax: _____
Nr. degli Associati componenti lo Studio	
Nr. degli Associati componenti lo Studio già assicurati con la Polizza per cui si sta aderendo	
Nr. Dipendenti dello Studio	

A.4) Al fine di poter proseguire la compilazione, il Proponente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, lo Studio Associato sopraindicato:

a) non è a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dal Proponente stesso:

☐ CONFERMO

☐ NON CONFERMO

Attenzione: Selezionando "NON CONFERMO" il Proponente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Proposta

b) non è a conoscenza di alcun 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 dal Proponente stesso:

☐ CONFERMO

☐ NON CONFERMO

Attenzione: Selezionando "NON CONFERMO" il Proponente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Proposta

A.5) Indicare se il Premio da corrispondere verrà pagato dallo Studio Associato in favore del Proponente

☐ SI

☐ NO

B) Il Proponente è socio di Strutture Private o studi medici (poliambulatori, dentistici, etc.)? ^{1, 2}

☐ SI

☐ NO

1) Si ricorda che la presente copertura assicurativa si rivolge al Proponente persona fisica e non alle Società; 2) Se la risposta è NO non rispondere alle sezioni B.1, B.2 e B.3

B.1) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):

Ragione Sociale della Struttura	
Partita IVA / Codice Fiscale	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax	Telefono: _____ Fax: _____

B.2) Al fine di poter proseguire la compilazione, il Proponente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, la/e Struttura/e sopraindicate:

a) non è/sono a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dal Proponente stesso:

☐ CONFERMO

☐ NON CONFERMO

Attenzione: Selezionando "NON CONFERMO" il Proponente si obbliga a fornire precisa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Proposta

b) non è/sono a conoscenza di alcun 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 dal Proponente stesso:

☐ CONFERMO

☐ NON CONFERMO

Attenzione: Selezionando "NON CONFERMO" il Proponente si obbliga a fornire precisa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Proposta

B.3) Indicare se il Premio da corrispondere verrà pagato dalla Società in favore del Proponente

☐ SI

☐ NO

PRECEDENTI COPERTURE:

Il Proponente richiede copertura (selezionare l'opzione pertinente):

☐ In continuità con precedente copertura

Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza: _____

☐ Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma

Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma: _____

☐ Senza continuità e senza postuma

☐ Non ero assicurato

COPERTURE CORRENTI:

Il Proponente o è attualmente assicurato per gli stessi rischi di cui si chiede copertura per il tramite del presente Modulo di Adesione con una Compagnia che non appartiene al Gruppo Berkshire Hathaway? ☐ SI ☐ NO

Il Proponente è attualmente assicurato, a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, con una Compagnia del Gruppo Berkshire Hathaway?

☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Numero di Scheda di Polizza: _____

In alternativa, se aderente ad una Polizza Collettiva:

Numero di Polizza Collettiva: _____ Numero di Certificato di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____ Data di Scadenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____

Il Proponente è attualmente beneficiario di altre coperture assicurative R.C.T./O., a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, contratte da Strutture Sanitarie Private e/o Enti Pubblici presso i quali svolge la propria attività professionale? ☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Ragione Sociale della Struttura: _____ Compagnia di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza della copertura: ____/____/____ Data di Scadenza della copertura: ____/____/____

CREDITI FORMATIVI NEL TRIENNIO FORMATIVO PRECEDENTE (Non richiesto per gli Specializzandi):

I crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative? ☐ SI ☐ NO

CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

1. MASSIMALE:

☐ € 1.000.000,00 ☐ € 2.000.000,00 ☐ € 3.000.000,00 ☐ € 5.000.000,00 (per l'opzione massimale Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia)

2. RETROATTIVITÀ:

☐ 10 ANNI ☐ ILLIMITATA (con applicazione e pagamento di un sovra-prezzo)

3. PRIMO / SECONDO RISCHIO:

☐ Copertura di "Primo Rischio" ☐ Copertura di "Secondo Rischio"

4. COPERTURA "DIRETTORE SANITARIO":

a) Il Proponente ricopre attualmente la qualifica di Direttore Sanitario? ☐ SI ☐ NO ☐

b) In caso di risposta affermativa, ne richiede copertura¹⁾? ☐ SI ☐ NO ☐

(1): La copertura di Direttore Sanitario è inclusa nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula.

In caso di risposta affermativa al punto b) indicare:

Nome Struttura: _____, Località: _____

In caso di risposta affermativa al punto b) precisare ulteriormente se è richiesta:

c) Copertura "Direttore Sanitario" in R.S.A., R.A., Case di Riposo o centri dedicati alla degenza ☐ SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa al punto c) indicare:

Nome Struttura: _____, Località: _____

5. ESTENSIONE ALLA GARANZIA DI TUTELA LEGALE:

Il Proponente richiede di estendere la copertura di Polizza alla garanzia di Tutela Legale? ☐ SI ☐ NO

6. ESTENSIONE ALLA GARANZIA INFORTUNI:

Il Proponente richiede di estendere la copertura di Polizza alla garanzia Infortuni? ☐ SI ☐ NO

In caso Morte, indicare Beneficiario se diverso dagli Eredi: _____

ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI

Le attività professionali esercitate devono essere individuate all'interno delle Specialità Mediche Assicurabili sotto riportate ed alle quali il Proponente deve fare stretto riferimento. Il Proponente ha facoltà di richiedere copertura esclusivamente sulla base delle attività professionali effettivamente esercitate al momento della compilazione del presente Modulo di Proposta.

ATTENZIONE: Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", la garanzia assicurativa opera esclusivamente per le attività professionali selezionate tra le Specialità Mediche Assicurabili con riferimento a 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 purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il Periodo di Retroattività.

ATTENZIONE: Ogni eventuale integrazione manuale da parte del Proponente alle Specialità Mediche Assicurabili sotto riportate si riterrà pertanto priva di ogni effetto. In caso di difficoltà ad inquadrare l'attività professionale esercitata, e per ogni ulteriore chiarimento in merito alla copertura che si vuole stipulare, si prega di rivolgersi all'Agenzia.

Specialità Mediche Assicurabili NON INVASIVE

☐ Allergologo ed Immunologia Clinica	☐ Medico Terapista della respirazione
☐ Amministratore di Struttura Sanitaria	☐ Microbiologia/Virologia
☐ Analista al microscopio	☐ Musicista Terapista
☐ Anatomia patologica	☐ Naturopata / Nutripuntore
☐ Andrologia senza int. chir.	☐ Nefrologo
☐ Anestesia e rianimazione	☐ Neolaureato (entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età)
☐ Angiologo	☐ Neurofisiopatologo
☐ Assistente di Oftalmologia	☐ Neurologo
☐ Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	☐ Neuropsichiatra infantile
☐ Audiologo	☐ Neuropsichiatra
☐ Biochimica e chimica clinica	☐ Oculistica senza interventi chirurgici
☐ Biologo	☐ Odontoiatria e stomatologia senza implantologia
☐ Bionaturopata	☐ Omeopata
☐ Cardiologia	☐ Oncologia senza interventi chirurgici
☐ Chiropratico	☐ Operatore Socio-Sanitario
☐ Consulente della riabilitazione	☐ Optometrista
☐ Cosmetologo	☐ Ortesista/Protesista
☐ Dermatologo e Venereologo	☐ Ortopedia e traumatologia senza interventi chirurgici
☐ Diabetologo	☐ Ortopedista
☐ Dietologo/Nutrizionista/Dietista	☐ Ortottista
☐ Dottore in Farmacia	☐ Osteopata
☐ Ematologia senza attività invasive	☐ Otorinolaringoiatria senza interventi chirurgici
☐ Endocrinologo e malattie del ricambio	☐ Patologo clinico
☐ Epatologo	☐ Pedagogista
☐ Epidemiologo/Biologo-statistico/Igiene e Medicina preventiva	☐ Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)
☐ Erborista	☐ Perfusionista
☐ Estetista	☐ Personal trainer
☐ Farmacia Ospedaliera	☐ Pneumologia senza attività invasive
☐ Farmacologia	☐ Podologo
☐ Fisiatra	☐ Pranoterapeuta

☐ Fisico Medico	☐ Psichiatria
☐ Fisioterapista	☐ Psicoanalista
☐ Foniatra	☐ Psicologo/Psicologo Clinico
☐ Gastroenterologia	☐ Psicoterapeuta
☐ Geriatra	☐ Radiodiagnostica (no mammografia)
☐ Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	☐ Radiologia (non invasiva)
☐ Igienista dentale	☐ Reumatologo
☐ Immunologo	☐ Riflessologo
☐ Infermiere	☐ Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
☐ Infettivologo	☐ Sonografista/Ecografista
☐ Informatore scientifico della salute	☐ Specializzando (fino al compimento del 34° anno di età)
☐ Ingegnere biomedico	☐ Tecnico Addetto di Farmacia
☐ Kinesologo	☐ Tecnico Audiometrista
☐ Logopedista	☐ Tecnico Audioprotesista
☐ Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologo	☐ Tecnico degli ultrasuoni
☐ Malattie infettive e tropicali	☐ Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
☐ Massofisioterapista	☐ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
☐ Massoterapista	☐ Tecnico di medicina nucleare
☐ Medicina Aeronautica e spaziale	☐ Tecnico di Neurofisiopatologia
☐ Medicina del lavoro	☐ Tecnico ECG
☐ Medicina di comunità	☐ Tecnico nell'Alimentazione Dietetica
☐ Medicina estetica	☐ Tecnico Ortopedico
☐ Medicina interna	☐ Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
☐ Medicina nucleare	☐ Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
☐ Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche	☐ Terapista del lavoro
☐ Medico codificatore di storia clinica del paziente	☐ Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva
☐ Medico Competente/Ispettore Sanitario/Medicina del lavoro	☐ Terapista Occupazionale
☐ Medico dello sport	☐ Terapista Shiatsu
☐ Medico di Medicina Generale o Medico Generico	☐ Tossicologo
☐ Medico Internista	☐ Urologia (No attività invasive)
☐ Medico Legale	

Specialità Mediche Assicurabili INVASIVE

☐ Anestesia e rianimazione con attività invasiva	☐ Medico d'urgenza e 118
☐ Cardiologia interventistica	☐ Nefrologia con attività invasiva
☐ Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)	☐ Neurologia con atti invasivi
☐ Ematologia con attività invasive	☐ Ortodontista
☐ Gastroenterologia (chirurgia minore e endoscopia digestiva)	☐ Ortopedia (chirurgia minore)
☐ Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (esclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	☐ Pediatria (chirurgia minore)
☐ Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (inclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	☐ Pneumologia con attività invasiva
☐ Malattie infettive con attività invasiva	☐ Radiodiagnostica con mammografia
☐ Medicina Generale (chirurgia minore)	☐ Radiologia interventistica
☐ Medicina Generale con attività invasiva	☐ Senologia
☐ Medicina interna con attività invasiva	☐ Terapia del dolore con atti invasivi

Specialità Mediche Assicurabili CHIRURGICHE

☐ Andrologo con attività chirurgica	☐ Gastroenterologia (atti invasivi non minori)
☐ Angiologia con interventi chirurgici	☐ Ginecologia senza Ostetricia con interventi chirurgici e PMA
☐ Cardiochirurgia	☐ Ginecologia con interventi chirurgici incluso taglio cesareo in elezione e PMA
☐ Chirurgia addominale	☐ Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici e PMA
☐ Chirurgia della mano	☐ Neurochirurgia
☐ Chirurgia d'urgenza e 118	☐ Oculistica con interventi chirurgici

☐ Chirurgia gastroenterologica	☐ Odontoiatria e stomatologia con implantologia "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione
☐ Chirurgia generale	☐ Odontoiatria e stomatologia con implantologia "B" altre metodiche
☐ Chirurgia maxillofacciale	☐ Oncologia con interventi chirurgici
☐ Chirurgia maxillofacciale (con attività estetica)	☐ Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici
☐ Chirurgia Ricostruttiva	☐ Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali)
☐ Chirurgia toracica	☐ Otorinolaringoiatria con interventi chirurgici
☐ Chirurgia vascolare	☐ Pediatria chirurgica
☐ Endocrinochirurgia	☐ Urologia

ULTERIORI INFORMAZIONI:

1. Se la specialità medica assicurabile scelta è afferente alla Odontoiatria, si vuole estendere la copertura ai trattamenti estetici del viso consentiti dal D.L. 34/2023 del 30 marzo 2023? ☐ SI ☐ NO

2. Il Proponente è in possesso di abilitazioni e/o specializzazioni per attività professionali diverse dalle Specialità Mediche Assicurabili selezionate e per le quali in questa sede non si richiede copertura? ☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa indicare quali:

- i) _____
ii) _____
iii) _____

(*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi alla Compagnia

INFORMAZIONI:

PRESENZA DI SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI RICEVUTI, DENUNCIATI E/O RISARCITI ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di **Assicurazione**, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente **Modulo di Adesione**):

☐ NO ☐ SI N. Sinistri (*) _____

Fornire le seguenti informazioni:

I. Data scoperta

Eventuale somma liquidata _____ Controparte _____
Eventuale somma reclamata _____ Eri assicurato? ☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore) _____
Breve descrizione del danno _____

II. Data scoperta

Eventuale somma liquidata _____ Controparte _____
Eventuale somma reclamata _____ Eri assicurato? ☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore) _____
Breve descrizione del danno _____

III. Data scoperta

Controparte _____

Eventuale somma liquidata	_____	Eri assicurato?	☐ NO	☐ SI (Indicare l'Assicuratore)
Eventuale somma reclamata	_____ _____ _____			
Breve descrizione del danno	_____ _____			

PRESENZA DI FATTI NOTI O CIRCOSTANZE ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di **Assicurazione**, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente **Modulo di Proposta**):

☐ NO ☐ SI N. Fatti Noti o Circostanze _____

Fornire le seguenti informazioni:

i. Data comunicazione formale del reclamante _____ **Controparte** _____

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

Breve descrizione del danno _____

ii. Data comunicazione formale del reclamante _____ **Controparte** _____

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

Breve descrizione del danno _____

NOTA BENE: Si precisa che i sinistri già manifestati e riportati nell'elenco di cui sopra, nonché quelli eventualmente conseguenti ai fatti noti e circostanze riportate in questo questionario, non rientreranno in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Data

FIRMA DEL PROPONENTE

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

- (A) Ricevimento e consultazione del **Set Informativo "Mod. 170 25 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA Plus – Polizza Individuale - Ed. 01.07.2025"** prima della sottoscrizione del presente **Modulo di Proposta**;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel **"Mod. 470 25 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA Plus - Polizza Individuale - Ed. 01.07.2025"** 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**;

- (C) Formulazione temporale dell'Assicurazione "Claims Made" ai sensi dell'Art. 2) *Forma dell'Assicurazione "Claims Made" – Retroattività delle Condizioni di Assicurazione "Mod. 470 25 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA Plus - Polizza Individuale - Ed. 01.07.2025"*;
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione ai sensi dell'Art. 4) *Esclusioni, par. a. delle Condizioni di Assicurazione "Mod. 470 25 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA Plus - Polizza Individuale - Ed. 01.07.2025"*.

Data

FIRMA DEL PROPONENTE

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 511 25 Informativa Clienti - Ed. 07.03.2025** "Informativa Clienti per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla **Compagnia** le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Data

FIRMA DEL PROPONENTE

SCHEDA DI POLIZZA – PROFESSIONE MEDICA

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale degli Esercenti la Professione Sanitaria

Polizza N°

Contraente:

ASSICURATO

COGNOME / NOME - RAGIONE SOCIALE				
DOMICILIO / SEDE LEGALE VIA NUM		LOCALITÀ COMUNE	PROV.	C.A.P.
CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.	COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PROV.

MASSIMALI DI GARANZIA E FRANCHIGIE PER SINISTRO E PER ANNO

PER SINISTRO	PER ANNO	FRANCHIGIA PER SINISTRO RC PROFESSIONALE
PER SINISTRO TUTELA LEGALE	PER ANNO PER TUTELA LEGALE	FRANCHIGIA PER SINISTRO TUTELA LEGALE

PREMIO (INCLUSO ACCESSORI ED IMPOSTE) ED ELEMENTI RELATIVI AL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO*

RC PROFESSIONALE				
PREMIO DI RATA RATA UNICA / PRIMA RATA / SECONDA RATA	PREMIO ANNUO	DECORRENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO DALLE ORE 24:00 DEL	SCADENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO ALLE ORE 24:00 DEL	FRAZIONAMENTO
(include imposte del 22.25%)	(include imposte del 22.25%)			
TUTELA LEGALE (Garanzia Accessoria Opzionale)				
PREMIO DI RATA RATA UNICA / PRIMA RATA / SECONDA RATA	PREMIO ANNUO	DECORRENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO DALLE ORE 24:00 DEL	SCADENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO ALLE ORE 24:00 DEL	FRAZIONAMENTO
(include imposte del 21.25%)	(include imposte del 21.25%)			
INFORTUNI (Garanzia Accessoria Opzionale)				
PREMIO DI RATA RATA UNICA / PRIMA RATA / SECONDA RATA	PREMIO ANNUO	DECORRENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO DALLE ORE 24:00 DEL	SCADENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO ALLE ORE 24:00 DEL	FRAZIONAMENTO
(include imposte del 2.50%)	(include imposte del 2.50%)			

TOTALE PREMIO DI RATA	TOTALE PREMIO ANNUO	DECORRENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO DALLE ORE 24:00 DEL	SCADENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO ALLE ORE 24:00 DEL	FRAZIONAMENTO

*** IMPORTANTE:**

- La presente Assicurazione ha durata di 12 mesi;
- Il Premio annuale è unico e indivisibile (pertanto, in caso di frazionamento, la seconda rata di Premio è sempre dovuta);
- Dietro pagamento del Premio di rata, il periodo di copertura prestato dalla presente Scheda di Polizza ha decorrenza e scadenza alle date indicate nella tabella.

SE IL CONTRAENTE È UNO STUDIO ASSOCIATO/SOCIETÀ LA GARANZIA È PRESTATO PER:	Nome e Cognome dell'Assicurato	Codice Fiscale

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE:	Mod. 170 25 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA Plus – Polizza Individuale - Ed. 01.07.2025
ATTIVITÀ ASSICURATA:	
DATA/N ISCRIZIONE ORDINE:	
FRANCHIGIA RCT/O	
MASSIMALE PER SINISTRO GARANZIA TUTELA LEGALE	
SOMMA ASSICURATA PER INVALIDITÀ PERMANENTE GARANZIA INFORTUNI	
SOMMA ASSICURATA PER MORTE GARANZIA INFORTUNI	
NOMINATIVO ASSOCIATO/SOCIO 1	
NOMINATIVO ASSOCIATO/SOCIO 2	
NOMINATIVO ASSOCIATO/SOCIO 3	
NOMINATIVO ASSOCIATO/SOCIO 4	

LISTA GARANZIE

INTERMEDIARIO (BROKER)			
INTERMEDIARIO (AGENTE)			

ULTERIORI DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Polizze in corso per lo stesso rischio:	
Precedente Assicurazione:	
Sinistri negli ultimi 5 anni:	

Prendo atto che l'operatività delle garanzie è subordinata all'effettivo pagamento del premio e ha efficacia dalle ore 24:00 della data del pagamento o da quella della decorrenza se posteriore.

Emessa il

L'ASSICURATO

LA COMPAGNIA

L'importo di _____ è stato pagato oggi _____ alle ore _____ in mie mani. L'Esattore _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 511 25 Informativa Clienti - Ed. 07.03.2025** "Informativa Clienti per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

L'**Assicurato** ha il diritto di richiedere alla **Compagnia** le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Data

FIRMA DELL'ASSICURATO.....

INFORMATIVA CLIENTI

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. 511 25 Informativa Clienti - Ed. 07.03.2025

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 anche come "**La Rappresentanza**"), con sede in Milano (20122), Corso Italia, 13 (di seguito denominata la "Società" o il "Titolare") - Vi informiamo di quanto segue.

1. FINALITA' TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono raccolti al fine dell'emissione di polizze assicurative. Tutti i dati personali vengono trattati dalla **Rappresentanza** 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;
- dettagli identificativi;
- informazioni finanziarie;
- informazioni utili alla valutazione dei rischi;
- informazioni di polizza;
- informazioni in materia creditizia e antifrode;
- storico sinistri.

Il trattamento è finalizzato:

- concludere i contratti per i servizi del titolare
- 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;

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 dalla **Rappresentanza** (dipendenti, collaboratori e consulenti interni ed esterni), nominati Responsabili o Autorizzati del trattamento, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute solamente per le finalità assicurative di cui al punto 1. Lo stesso avviene presso i soggetti

indicati nella presente informativa al punto 6. a cui i dati vengono/devono essere comunicati. I dati personali potranno essere comunicati e trasferiti a soggetti aventi la facoltà di accedere ai suddetti dati personali a seguito di disposizioni di Legge e di normativa secondaria, ovvero di disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge. I dati potranno essere trattati anche da società di servizi informatici o telematici o di archiviazione (operanti anche all'estero nell'ambito dell'Unione Europea o in paese terzi rispetto all'Unione Europea) incaricate altresì della manutenzione della rete aziendale e/o delle apparecchiature hardware e/o software in uso, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge anche con riguardo alle misure di sicurezza a protezione dei dati.

3. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario a perseguire la finalità per cui sono stati raccolti. In particolare, i dati personali sono conservati fino a quando c'è la possibilità che **La Rappresentanza** 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 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 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 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.

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 **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, 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

