Berkshire Hathaway
International Insurance Limited
Sede Legale: 4th Floor, 8 Fenchurch Place,
London, EC3M 4AJ, United Kingdom
Capitale Sociale Interamente Versato: US$ 432.997.752
Autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla
Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority
N° di riferimento PRA / FCA 202967
Registrata in Inghilterra e Galles, N° di Registrazione Società: 3230337
Numero VAT: 656897271

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia
Fondo di Dotazione Interamente Versato € 92.100.000
Iscritta in data 11.5.2021 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
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 1945358
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,
Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

SET INFORMATIVO

Mod. 155 24 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 1.10.2024

Poliambulatori e R.S.A.

POLIZZA COLLETTIVA
PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE MEDICA, RESPONSABILITÀ DEL DATORE DI LAVORO, RESPONSABILITÀ CIVILE E COPERTURE ASSOCIATE PER POLIAMBULATORI E RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

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

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

Il presente documento include inoltre:

5. **INFORMATIVA PRIVACY**

AVVERTENZA:

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Assicurazione in forma Collettiva per la Responsabilità Civile, Responsabilità Medica, Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità del Datore di Lavoro (RCO)

DIP - Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di Assicurazione Danni

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

Prodotto: "POLIAMBULATORI E R.S.A."

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, la Responsabilità Medica e la Responsabilità Civile verso Terzi (assicurazione RCT) e la Responsabilità del Datore di Lavoro (assicurazione RCO) per Poliambulatori, Ambulatori di Diagnostica Strumentale, Centri di Dialisi, Ambulatori Specialistici, Centri Medici, Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) e Residenze Assistenziali (R.A.).

Che cosa è assicurato?

- ✓ Responsabilità Civile - Responsabilità Medica e Responsabilità Civile verso Terzi (Assicurazione RCT): gli **Assicuratori** si impegnano a indennizzare l'**Assicurato** per qualsiasi somma di denaro che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) per **Danni** causati involontariamente, o accidentalmente, a una qualsiasi **Terza Parte**, connessi alle attività specificate nel **Modulo di Adesione**.
- ✓ Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO): gli **Assicuratori** si impegnano a indennizzare l'**Assicurato** per qualsiasi somma di denaro che l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) per **Danni** subiti da un qualsiasi **Dipendente** in seguito ad infortunio verificatosi mentre si trovava in servizio. Gli **Assicuratori** dovranno pertanto indennizzare l'**Assicurato** per tutte le somme che l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a pagare:
  - agli enti assicurativi obbligatori (INAIL, INPS o altri enti) per i loro diritti di rivalsa;
  - al richiedente, o agli eredi del richiedente, per il **Danno** o il maggiore danno (Danno Differenziale) come previsto dal Codice Civile Italiano.

Che cosa non è assicurato?

- ✗ Relativamente alla garanzia RCO, qualsiasi malattia correlata all'Amianto.
- ✗ Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** già nota all'**Assicurato** alla data di effetto del **Certificato di Assicurazione**, anche nel caso in cui non sia stata mai notificata agli assicuratori precedenti.
- ✗ Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** notificata agli **Assicuratori** dopo il **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione** (o dopo i 30 giorni di tolleranza).
- ✗ Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** emergente da fatti o circostanze noti all'**Assicurato** prima della **Data di Continuità** in base a quanto previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- ✗ Qualsiasi rischio che ricada nell'ambito delle assicurazioni obbligatorie per i veicoli a motore, come previsto dal Decreto Legislativo N° 209 del 7.9.2005, e successive modificazioni, integrazioni o regolamenti attuativi;
- ✗ Qualsiasi macchinario, bene o prodotto realizzato, lavorato, imballato, distribuito o venduto dall'**Assicurato**, dopo la sua consegna a una **Terza Parte**.
- ✗ Lo smarrimento di beni in custodia allorquando la consegna del bene non risulti da apposito rapporto/modulo.
- ✗ Mancato funzionamento, di computers, sistemi computerizzati, programmi o applicazioni nel corretto riconoscimento di date di calendario.
- ✗ **Danni** punitivi o esemplari, penalità, multe e qualsiasi altra sanzione inflitta all'**Assicurato**.
- ✗ Uso, da parte dell'**Assicurato**, o presenza nei locali della **Assicurato**, di amianto, silice o muffe tossiche.
- ✗ Eventi, errori o omissioni verificatisi prima della data di **Retroattività** specificata nel **Certificato di Assicurazione**.
- ✗ Qualsiasi perdita o danno causato da, o al quale abbia materialmente contribuito, l'adozione di un medicinale, farmaco, prodotto parafarmaceutico e/o protesi evidentemente difettoso/a, prescritto o fornito dall'assicurato.
- ✗ Sperimentazioni cliniche.
- ✗ Guerra (dichiarata o meno), invasioni, atti ostili di nemici, ostilità o qualsiasi altro atto simile, situazione od operazione bellica, azione bellica di forze armate regolari o irregolari o di altre autorità, volte a impedire o a difendersi da un attacco reale o previsto;
- ✗ Insurrezioni, ribellioni, rivoluzioni, rivolte, tentativi di colpo di stato, sollevamenti popolari o qualsiasi azione intrapresa da una qualsiasi autorità governativa o militare per impedire o contrastare una di queste situazioni;
- ✗ Rilascio, esplosione o utilizzo di armi di distruzione di massa, che prevedano o meno la fissione o la fusione nucleare o la presenza di agenti chimici, biologici, radioattivi o simili, da parte di chiunque, in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione;
- ✗ Azioni terroristiche (indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che abbia contribuito in concorrenza, o in sequenza, alla responsabilità) o qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o sopprimere l'azione terroristica;
- ✗ Influenza suina, influenza aviaria e/o varianti significative di entrambi i ceppi;
- ✗ Encefalopatia spongiforme trasmissibile (TSE), compresi, ma non limitatamente ad esse, l'encefalopatia spongiforme bovina, la malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o qualsiasi variante di tali patologie.
- ✗ Stafilococco aureo resistente alla meticillina (MRSA) e sue varianti.
- ✗ Sanzioni internazionali qualora l'**Assicurato** o la **Parte 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.

Ci sono limiti di copertura?

! La copertura assicurativa è soggetta a **Limiti e Sottolimiti di Indennizzo**, nonché alla ritenzione **S.I.R. - Self Insured Retention** o **Franchigia**, come descritto nella **Scheda di Polizza** e specificato nei singoli **Certificati di Assicurazione**.

Dove vale la copertura?

✓ Per quanto riguarda la Responsabilità Civile Medica e Responsabilità Civile verso Terzi (Assicurazione RCT) l'assicurazione coprirà i **Danni** che si verifichino in Italia soggetti a **Richieste di Risarcimento** avanzate in qualsiasi Paese del mondo, con esclusione di Stati Uniti d'America, Canada o Messico.

✓ Per quanto riguarda la Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO), l'assicurazione coprirà i **Danni** che si verifichino in qualsiasi Paese del mondo, ma solo per le **Richieste di Risarcimento** assoggettate alla giurisdizione Italiana.

Che obblighi ho?

- Dichiarare, prima della data di effetto del **Certificato di Assicurazione**, qualsiasi fatto o circostanza che potrebbe dare origine ad una **Richiesta di Risarcimento** liquidabile in base alla presente **Polizza Collettiva**.
- Denunciare ed inviare ogni **Richiesta di Risarcimento** alla **Compagnia**, non oltre 30 (trenta) giorni da quando si è venuti a conoscenza del fatto.
- Fornire tempestivamente agli **Assicuratori**, tutti i dettagli relativi a ogni **Richiesta di Risarcimento**.
- Conservare nella sua completezza tutta la documentazione relativa a ogni **Richiesta di Risarcimento,** garantendo che non venga in alcun modo distrutta, o altrimenti eliminata, o trasmessa a **Terze Parti.**
- Garantire e mantenere la prova che:
  - tutti gli esercenti la professione sanitaria che abbiano agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente abbiano stipulato una specifica polizza assicurativa per la Responsabilità Civile Professionale, a primo rischio rispetto alla presente **Polizza Collettiva**, per un capitale pari o superiore all'importo indicato nel **Certificato di Assicurazione**.
  - tutti i passi ragionevoli per garantire i diritti e le azioni di surroga degli **Assicuratori** siano stati intrapresi e collaborando con gli **Assicuratori** fornendo loro tutta l'assistenza ragionevole nel corso dell'azione di recupero;
  - tutto il personale medico incaricato da e/o che agisce in nome o per conto dell'**Assicurato** sia in possesso dell'autorizzazione all'esercizio della professione medica prevista dal Ministero della Salute o da altri enti autorizzati al rilascio e alla registrazione dell'autorizzazione all'esercizio della professione. Pagare il premio agli Assicuratori secondo le rate, gli importi e le relative date di scadenza indicate nel **Certificato di Assicurazione**.
- Informare gli **Assicuratori** dell'esistenza di un'altra assicurazione solo nel caso di una **Richiesta di Risarcimento**.
- Comunicare per iscritto, e non appena possibile, agli **Assicuratori** ogni situazione che comporti un aumento del rischio.
- Nel caso in cui il premio indicato nel **Certificato di Assicurazione** sia soggetto a regolazione sulla base di elementi variabili, l'**Assicurato** dovrà pagare un premio minimo a deposito, non rimborsabile, in occasione dell'effetto di ogni periodo assicurativo, calcolato applicando il tasso di premio concordato all'importo totale di tali elementi variabili, stimati per il periodo assicurativo.

Quanto e come devo pagare?

- Il premio pattuito dovrà essere pagato agli **Assicuratori** tramite l'Intermediario secondo le rate, gli importi e le relative date di scadenza indicate sul **Certificato di Assicurazione**. Qualsiasi altro premio successivo dovrà essere pagato entro 10 (dieci) giorni dalla rispettiva data di scadenza.
- Il premio per ogni periodo assicurativo dovrà essere sempre versato per intero, anche quando è stato accordato un piano di pagamento dilazionato, ed anche quando vi è un accordo di versamento di un premio di deposito all'effetto del **Certificato di Assicurazione**, con successiva regolazione alla data di scadenza.
- L'eventuale premio di regolazione dovrà essere pagato agli **Assicuratori** al ricevimento dell'atto di regolazione premio.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha durata di 12 (dodici) mesi senza tacito rinnovo, e ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato sul **Certificato di Assicurazione** se il premio è stato pagato, oppure dalla data di pagamento del premio se successiva, e termina alle ore 24:00 del giorno di scadenza indicato sul **Certificato di Assicurazione**.

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.

Assicurazione in forma Collettiva per la Responsabilità Civile, Responsabilità Medica, Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità del Datore di Lavoro (RCO)

BHItalia®
Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway

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

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

Prodotto: "POLIAMBULATORI E R.S.A."

Data di realizzazione: 1/10/2024, il DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

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

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

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

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

BHItalia® è il marchio registrato della sede secondaria italiana di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** con cui sarà concluso il Contratto, con Sede 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 alla copertura assicurativa offerta. L'ampiezza dell'impegno della **Compagnia** è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con l'**Assicurato**.

✓ **Dolo e Colpa Grave**
L'assicurazione coprirà anche la responsabilità dell'**Assicurato** per i **Danni** causati da Dolo e Colpa Grave perpetrati nel corso dell'attività dell'**Assicurato** da una qualsiasi persona per la quale l'**Assicurato** è considerata legalmente responsabile in caso di dolo, con inclusione di tutti i **Dipendenti** e fatto salvo il diritto di rivalsa della **Compagnia** nei confronti dei soggetti responsabili.

✓ **Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO)**
L'Assicurazione RCO:

- si estende anche alla copertura delle Malattie Professionali che si manifestano per la prima volta nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione** e causate da un comportamento colposo dell'**Assicurato** verificatosi nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**.
- sarà valida a condizione che l'**Assicurato** sia in regola con gli obblighi di legge relativi all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni professionali. In deroga a quanto sopra, l'Assicurazione RCO sarà valida se un'irregolarità viene commessa in buona fede e sia stata generata da un errore, da una dimenticanza o da un'omissione di dichiarazione di attività occasionale o da un'interpretazione errata, o erronea, delle regole applicabili.

Gli **Assicuratori** saranno anche responsabili in caso di responsabilità personale dei **Dipendenti** che sovrintendono all'osservanza dei regolamenti previsti dal Decreto Legislativo n. 626 del 19 settembre 1994, relativo alla sicurezza e alla salute sul luogo di lavoro all'interno dei locali dell'**Assicurato**.

✓ **Inquinamento accidentale**
La copertura prestata da questa assicurazione si estende alla copertura dei **Danni** generati da **Inquinamento Ambientale** connessi alle attività descritte nel **Modulo di Adesione**, sempre che siano stati causati esclusivamente da un evento improvviso, inatteso e accidentale. Gli **Assicuratori** indennizzeranno anche l'**Assicurato**, fino a un importo non superiore al 10% del sottolimite indicato nel **Certificato di Assicurazione**, per tutti i costi sostenuti, previo consenso scritto e valido, per neutralizzare, o ridurre, le conseguenze dell'evento verificatosi. Questo sottolimite comprenderà anche le spese sostenute dall'**Assicurato**.

✓ **Sviluppo di Incendi**
Danno causato direttamente da fuoco o da esplosione originato in un qualsiasi locale nel quale si svolgono le attività indicate nel **Modulo di Adesione**, o da un qualsiasi oggetto utilizzato dall'**Assicurato** per svolgere tali attività, che coinvolga qualsiasi bene mobile o immobile appartenente a una qualsiasi **Terza Parte**.

✓ **Beni in Deposito**
Danno sofferto dai pazienti e dagli ospiti, causato dalla sottrazione, perdita, scomparsa o deterioramento di un **Bene Materiale**, sia esso stato consegnato, in base a quanto previsto dagli Artt. da 1783 a 1786 del Codice Civile.

✓ **Interruzione dell'Attività di Terze Parti**
Danno causato dall'interruzione parziale o totale di attività o servizi industriali, commerciali, artigianali, agricole.

✓ **Responsabilità per Committenza Veicoli a Motore**
Gli **Assicuratori** copriranno anche le responsabilità dell'**Assicurato** derivanti da:

(a) il ruolo di committente ricoperto dall'**Assicurato**, in base all'Art. 2049 del Codice Civile, per i **Danni**, comprese le lesioni ai terzi trasportati, causati da un qualsiasi **Dipendente** quando è alla guida di un veicolo a motore, sempre che tale veicolo a motore non sia di proprietà e non sia stato noleggiato o locato dall'**Assicurato**;

(b) uso di biciclette e altri veicoli a pedali;

(c) uso e guida, all'interno dei locali nei quali si svolgono le attività specificate in questa **Polizza Collettiva**, di veicoli in generale, compresi i veicoli a motore, i veicoli a trazione elettrica, i veicoli semoventi, gli impianti e le attrezzature, quando il conducente è specificatamente autorizzato alla loro conduzione in base alle leggi in vigore;

(d) **Danni**, con esclusione del furto o del tentato furto, causati a qualsiasi mezzo di trasporto di **Terze Parti** e alle merci sullo stesso trasportate mentre si trovano all'interno delle aree dove si svolgono operazioni di carico e scarico specificate in questa **Polizza Collettiva**;

(e) **Danni** ai veicoli di proprietà di **Terze Parti**, o di un qualsiasi **Dipendente**, quando si trovano parcheggiati nelle aree nelle quali si svolgono le attività specificate in questa **Polizza Collettiva**, con esclusione dei **Danni** alle merci trasportate.

Tuttavia, questa copertura non sarà applicabile per qualsiasi rischio che ricada nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria dei veicoli a motore, come stabilito dal Decreto Legislativo N° 209 del 7.9.2005, e successive modifiche, integrazioni e regolamenti attuativi.

✓ **Postuma Decennale per Cessazione di Attività in favore degli Esercenti la Professione Sanitaria**
In favore degli esercenti la professione sanitaria in garanzia ai sensi della presente **Polizza Collettiva** per la propria

Responsabilità Civile Personale, ai sensi della definizione di **Assicurato**, in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa in costanza della presente Polizza, la **Compagnia** concederà un periodo di ultrattività (estendibile agli eredi) della copertura per le **Richieste di risarcimento** presentate per la prima volta entro i 10 (dieci) anni successivi alla data di cessazione dell'attività e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia del **Certificato di Assicurazione**, incluso il periodo di retroattività della copertura.

Altre attività che rientrano nella copertura prestata:

- ✓ **Edifici e Terreni**
  Responsabilità emergente dalla proprietà, o dall'occupazione temporanea o continua, di qualsiasi edificio, unità edificata, locali e terreni utilizzati per le attività specificate in questa **Polizza Collettiva**, ivi compresi gli impianti fissi, gli ascensori, i montacarichi, le scale mobili, i collegamenti radio e TV, le recinzioni, i cancelli elettrici e apparecchiature simili, e qualsiasi altra installazione o impianto, comprese le aree all'aperto utilizzate come giardini, parchi (compresi gli alberi ad alto fusto), i parcheggi, le aree di movimentazione delle merci e/o i depositi a cielo aperto.

- ✓ **Sorgenti Radioattive**
  Danni causati dal possesso o utilizzo di sorgenti radioattive o magnetiche connesse alle attività indicate nel **Modulo di Adesione** e conformi a quanto prescritto dalla legislazione vigente e dalle indicazioni delle Autorità competenti.

- ✓ **Conferimento dei Rifiuti**
  Responsabilità emergente dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi ad aziende specificatamente autorizzate al trattamento, in base a quanto previsto dalle leggi in vigore. La copertura si estende anche alla morte o agli infortuni subiti da una qualsiasi **Terza Parte** a seguito di un incidente verificatosi durante il trasporto o lo smaltimento dei rifiuti. Questa assicurazione non si estende alla copertura della responsabilità diretta di tali aziende di smaltimento.

- ✓ **Atti di Pazienti o di Minori**
  Danno subito da una qualsiasi **Terza Parte**, o da qualsiasi **Dipendente**, provocato da atti commessi dai pazienti in cura presso l'**Assicurato**, o da minori, studenti e altri ospiti che si trovano nei locali dell'**Assicurato**.

- ✓ **Tabelloni e Segnali**
  Responsabilità emergente dal possesso, installazione, uso e manutenzione di tabelloni, targhe, cartelloni, segnali e insegne per la segnalazione di strade o percorsi, direzioni o messaggi pubblicitari.

- ✓ **Fornitura di Prodotti Medici**
  Fornitura, distribuzione e/o utilizzo di prodotti farmaceutici, parafarmaceutici e/o protesi. Questa **Polizza Collettiva**, tuttavia, non coprirà i difetti di tali prodotti.

- ✓ **Attività di Laboratorio**
  Gestione di laboratori chimici e di analisi che rilasciano e distribuiscono referti, che si occupano della conservazione e della distribuzione di archivi e documenti connessi con le attività indicate nel **Modulo di Adesione**.

- ✓ **Uso di Apparecchiature**
  Apparecchiature mediche o elettromedicali, oppure diagnostiche e terapeutiche, comprese quelle per i raggi X, radioisotopi, radionuclidi e ogni altra apparecchiatura di questo tipo.

- ✓ **Servizi Medici**
  Forniti ai pazienti presso il loro domicilio o altri luoghi, in nome o per conto dell'**Assicurato**.

Attività accessorie che rientrano nella copertura prestata

- ✓ **Raccolta, Distribuzione e Utilizzo di Sangue o di Prodotti Ematici** - o loro derivati pronti per l'uso - anche se a rischio di infezione HIV, a condizione che l'**Assicurato** abbia eseguito tutte le analisi preventive sul sangue, così come previsto dalle leggi e dalle circolari ministeriali pertinenti e in vigore al momento dell'evento. Questa assicurazione non comprende la copertura delle responsabilità dei produttori o fornitori di tali prodotti ematici.

- ✓ **Terapie Speciali**
  Come quelle di "pet therapy" (zooterapia, ovvero terapia basata sull'interazione uomo-animale), "ippoterapia" (terapia basata sull'interazione uomo-cavallo) e l'idroterapia per la riabilitazione.

- ✓ **Conduzione di Mense Interne** e di punti vendita, gestiti dall'**Assicurato**.

- ✓ **Partecipazione a Mercati, Esposizioni e Fiere** e attività promozionali di qualsiasi tipo, compresi il montaggio e lo smontaggio di stand e l'affitto a **Terze Parti** di strutture ospedaliere destinate all'organizzazione di tali attività.

- ✓ **Gestione delle Attività di Manutenzione e di Pulizia - Proprietà Circostanti**
  Responsabilità emergente dalle attività correlate alla manutenzione, ristrutturazione, riadattamento, ampliamento, demolizione, ricostruzione, pulizia ordinaria e straordinaria di edifici e terreni. Quando queste attività vengono svolte da una **Terza Parte**, la copertura sarà limitata alla responsabilità che spetta all'**Assicurato** nel suo ruolo di supervisore o di committente.

- ✓ Nei casi in cui l'**Assicurato** decida di affidare le attività sopra menzionate, o la gestione e la manutenzione di qualsiasi attività accessoria, a una persona giuridica o fisica:

- questa assicurazione estenderà la propria copertura ai **Danni** subiti da una **Terza Parte** da parte di tale persona giuridica o fisica, fatto salvo il diritto di rivalsa della **Compagnia**;
- ciascuna di queste persone giuridiche o fisiche, l'**Assicurato** e i **Dipendenti**, verranno reciprocamente considerati Terza Parte nei confronti l'uno dell'altro.

La copertura sarà anche prestata per i **Danni** causati alle proprietà circostanti, comprese le linee interrate e le tubature, anche nel caso in cui tali **Danni** siano riconducibili a frane, smottamenti o altri cedimenti causati dai lavori.

✓ **Responsabilità in qualità di Committente** - La responsabilità delle azioni dell'**Assicurato**. in quanto committente di persone o aziende delegate, incaricate o affidatarie di appalto dalla **Parte Contraente** per l'espletamento di lavori, servizi o operazioni connessi alle attività indicate nel **Modulo di Adesione** o effettuati su qualsiasi proprietà dell'**Assicurato.**

La presente Polizza Collettiva non prevede opzioni con riduzioni di premio e/o con premio aggiuntivo.

Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alle esclusioni di polizza ed alle relative eccezioni.

✘ **Qualsiasi Richiesta di Risarcimento determinata dall'attività di esercenti la professione sanitaria che abbiano agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente**, con l'eccezione di qualsiasi responsabilità dell'**Assicurato** emergente dal comportamento di tali esercenti la professione sanitaria, fatto salvo il diritto di rivalsa della **Compagnia**.

✘ Frode o furto, per entrambi salvo quanto previsto per i Beni in Deposito, e qualsiasi atto deliberato o intenzionale (sia esso fisico o psicologico) quando l'**Assicurato**, o qualsiasi altra persona, azienda o entità direttamente incaricata da e operante in nome o per conto dell'**Assicurato**, intenda infliggere lesioni, sofferenze, offese, danni od ottenere benefici finanziari illeciti, con eccezione delle responsabilità derivate, attribuibili all'**Assicurato** ed emergenti da tale atto deliberato o intenzionale;

✘ Proprietà, possesso o utilizzo di aeromobili, natanti, hovercraft, veicoli a motore, rimorchi o altri sistemi di trasporto, con esclusione di quelli previsti dalla copertura Responsabilità per Committenza Veicoli a Motore.

✘ Rapporti di impiego con **Dipendenti** e assistenti, o discriminazioni di qualsiasi tipo nei confronti della persona, molestie sessuali e/o condotta non appropriata e condizioni simili, a meno che tale **Richiesta di Risarcimento** sia esclusivamente correlata a lesioni fisiche (ma con esclusione della parte di **Richiesta di Risarcimento** connessa a stress emotivo, angoscia mentale e/o stress mentale, a meno che le leggi non prevedano espressamente l'obbligatorietà di assicurare questa parte della **Richiesta di Risarcimento)**.

✘ Operazioni di mera chirurgia estetica eseguite con scopi diversi da quello della ricostruzione a seguito di incidente, malattia o malformazione funzionale. Resta altresì convenuto tra le parti che, ferma restando l'inoperatività della garanzia relativamente alle pretese per mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'**Assicurato** nonché legate all'attività del medico, la presente esclusione non opera per gli eventuali danni non riconducibili alla tipologia sopra indicata e riconducibili, in tutto o in parte, alla responsabilità della Parte Contraente/ dell'Assicurato e direttamente imputabili alla prestazione dallo stesso erogata.

✘ Una qualsiasi delle condizioni seguenti:
- radioattività, trasformazione o trasmutazione di atomi, siano esse naturali o artificiali (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, acceleratori ecc.) diverse da quelle previste dalla copertura Sorgenti Radioattive;
- possesso o utilizzo di sostanze esplosive, a meno che tale uso sia necessario all'**Assicurato** per l'esecuzione dei lavori commissionati.

✘ Qualsiasi situazione in base alla quale l'**Assicurato** goda (o per la quale potrebbe godere, indipendentemente dall'esistenza di questa **Polizza Collettiva**) di indennizzi previsti da un qualsiasi altro contratto di assicurazione, a eccezione di quando tale altra assicurazione abbia la funzione di assicurazione in eccedenza specifica per garantire un indennizzo integrativo dell'importo liquidabile in base a questa **Polizza Collettiva**.

	✘ Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** avanzata da, o in nome e per conto dell'**Assicurato** (salvo quanto previsto dalla copertura RCO, o quando il Dipendente, o il "convenzionato", venga considerato **Terza Parte**). ✘ Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** relativa ad effetti nocivi o tossici sull'organismo conseguenti al rilascio di materiale metallico nelle protesi dell'anca realizzate con tecnologia "metal on metal" ed a qualsiasi conseguenza riconducibile a tale rischi come - a titolo esemplificativo e non esaustivo - i danni sofferti per eventuali sostituzioni di dette protesi e conseguenti reimpianti; la presente esclusione non opera per gli eventuali danni non riconducibili alla tipologia sopra indicata e riconducibili, in tutto o in parte, alla responsabilità dell'**Assicurato** e direttamente imputabili alla prestazione dallo stesso erogata.

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.

! Gli **Assicuratori** non saranno responsabili dei costi sostenuti dall'**Assicurato** per l'assistenza di legali ed esperti non nominati dagli **Assicuratori**.

! **Limiti e sottolimiti dell'indennizzo**
Limiti indicati nella **Polizza Collettiva** della responsabilità totale degli **Assicuratori** per ciascun **Certficato di Assicurazione**, che non potranno mai superare, in qualsiasi circostanza e per qualsiasi ragione, l'importo per ciascun **Certficato di Assicurazione** indicato nella **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di Articoli applicabili e/o dal numero di **Assicurati** con il medesimo **Certificato di Assicurazione** e/o dal numero di richiedenti.

Con trattativa da definirsi di volta in volta verranno applicati sottolimiti per le seguenti garanzie:

- Dolo e Colpa Grave
- Responsabilità del Datore di Lavoro
- Raccolta, Distribuzione e Utilizzo di Sangue
- Inquinamento Accidentale
- Sviluppo Incendi
- Articoli Depositati
- Interruzione Attività di Terze Parti
- Altre Coperture Accessorie

! **Limiti Temporali di questa Assicurazione ["Claims Made" (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività**
Questa assicurazione copre i **Danni** in base al concetto "Claims Made" (Richieste di Risarcimento Presentate) in relazione alle Richieste di Risarcimento presentate per la prima volta nel corso del Periodo di **Validità del Certificato di Assicurazione**, sempre che siano una conseguenza di eventi verificatisi, o di errori od omissioni commessi, dopo la data di retroattività indicata nel **Certificato di Assicurazione** e sempre che l'**Assicurato** ne dia comunicazione agli **Assicuratori**, nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione** e in ogni caso non oltre il 30° (trentesimo) giorno dopo la scadenza del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**.

! **Clausola MDO:**
Quale condizione preliminare per ottenere l'indennizzo previsto da questa **Polizza Collettiva**, l'**Assicurato** deve garantire e mantenere la prova che:

(a) tutti gli **esercenti la professione sanitaria** che abbiano agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente abbiano stipulato una specifica **Polizza** assicurativa per la Responsabilità Civile Professionale ai sensi dell'Art. 10, comma 2, Legge n. 24/2017, a primo rischio rispetto alla presente **Polizza**, per un capitale pari o superiore all'importo indicato nella **Scheda di Polizza.**

(b) l'**Assicurato** intraprenda tutti i passi ragionevoli per garantire i diritti e le azioni di surroga degli **Assicuratori** e dovrà anche collaborare con gli **Assicuratori** fornendo loro tutta l'assistenza ragionevole nel corso dell'azione di recupero;

(c) tutto il personale medico incaricato da e/o che agisce in nome o per conto dell'**Assicurato** e/o che opera nei locali dell'**Assicurato** sia in possesso dell'autorizzazione all'esercizio della professione medica prevista dal Ministero della Salute o da altri enti autorizzati al rilascio e alla registrazione dell'autorizzazione all'esercizio della professione.

! **Assicurazione Sottoscritta dal Contraente**
Se una **Richiesta di Risarcimento** è coperta anche da un'altra assicurazione, sottoscritta dall'**Assicurato**, questa assicurazione avrà effetto solo su base "eccesso di perdita", ovvero, dopo che sarà stato raggiunto il limite di indennizzo dell'altra assicurazione, e sarà sempre e comunque soggetta ai **Limiti di Indennizzo** ed alla **S.I.R. - Self Insured Retention** o **Franchigia** previsti dal **Certificato di Assicurazione.**

! Assicurazione Sottoscritta dall'Assicurato

Se una **Richiesta di Risarcimento** è coperta anche da un'altra assicurazione personale o collettiva sottoscritta individualmente da un medico, da un operatore o da qualsiasi altra persona qui assicurata, verrà applicato quanto previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile e questa assicurazione contribuirà all'indennizzo nella dovuta proporzione, ma sempre e comunque entro i **Limiti di Indennizzo** e oltre la **S.I.R. - Self Insured Retention** o **Franchigia** previsti dal **Certificato di Assicurazione**. Questa clausola si applicherà anche nel caso in cui l'assicurazione sottoscritta dal singolo **Assicurato** sia di tipo "eccesso di perdita", e in nessun caso questo contratto potrà essere utilizzato come contratto di assicurazione primario in deroga a quanto previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile.

! Clausola sugli Strumenti

Quale condizione preliminare per ottenere l'indennizzo dagli **Assicuratori** è che qualsiasi strumento o mezzo utilizzato, o che si prevede di utilizzare, per l'attività dell'**Assicurato**, e destinato a venire a contatto con fluidi corporei (siano essi umani o animali) o che debba penetrare tessuti (siano essi umani o animali) venga manipolato, usato e riposto in base alle istruzioni fornite dal produttore e, se previsto dal produttore e dal Ministero della Salute o ente equivalente che lo si possa utilizzare più di una volta, venga debitamente sterilizzato prima dell'uso:

(a) usando solo apparecchiature di sterilizzazione specificatamente approvate dal produttore e conformi alle istruzioni, raccomandazioni o indicazioni di tale produttore;
(b) in conformità alle indicazioni del Ministero della Salute, o enti equivalenti.

! S.I.R. - Self Insured Retention o **Franchigia**

Importo che **l'Assicurato** tiene a proprio carico per ciascun sinistro, e che non interessa in alcun modo la garanzia assicurativa, ***intendendosi quale fascia di rischio non assicurata***.

La copertura assicurativa garantita da questa **Polizza** è soggetta alla condizione che una parte del rischio venga assunto dall'**Assicurato** sotto forma di **S.I.R. - Self Insured Retention** o **Franchigia** per ogni e ciascuna **Richiesta di Risarcimento,** con gli importi indicati nel **Certificato di Assicurazione**.

! Recupero e Rivalsa

Nei confronti dei **Dipendenti** e dei medici rientranti nella definizione di **Assicurato,** è fatto salvo il diritto di rivalsa della **Compagnia** e quello di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, comma 1, C.C. solo per fatti da loro cagionati con dolo o colpa grave, anche se non accertati giudizialmente, nei limiti stabiliti dall'Art. 9, comma 6, Legge N. 24/2017, fermo l'obbligo per gli stessi di stipulare una specifica Polizza assicurativa per la Colpa Grave ai sensi dell'Art. 10, comma 3, Legge N. 24/2017, salvo che il Contratto Collettivo Nazionale non escluda tale facoltà da parte del Datore di Lavoro nei confronti dei **Dipendenti**.

! Responsabilità Disgiunta

Le obbligazioni degli **Assicuratori** saranno disgiunte e non solidali e graveranno solo per la quota parte sottoscritta dagli **Assicuratori**. Gli **Assicuratori** saranno responsabili di quanto sottoscritto da un'altra Compagnia che, per qualsiasi ragione, non soddisfi in tutto o in parte le obbligazioni previste dal contratto a loro carico.

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

Che obblighi ho ? Quali obblighi ha l'impresa ?

Cosa fare in caso di sinistro ?	Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si precisa quanto segue: **Denuncia in caso di Richiesta di Risarcimento** La condizione preliminare per ottenere l'indennizzo previsto da questa **Polizza**, prevede che l'**Assicurato** invii, nel più breve tempo possibile durante il **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione** [e comunque non oltre 30 (trenta) giorni da quando è venuto a conoscenza del fatto], una denuncia agli **Assicuratori** di qualsiasi **Richiesta di Risarcimento**. Tale denuncia dovrà contenere i dettagli completi dell'azione, dell'errore o dell'omissione, della transazione o dell'evento che ha dato origine alla **Richiesta di Risarcimento** e/o la perdita, compresa la data di tale azione, errore o omissione, transazione o evento, il nome(i) della persona(e) responsabile di tale atto, errore o omissione, transazione o evento, il nome(i) del possibile richiedente(i) e l'importo prevedibile della **Richiesta di Risarcimento.** Se, per ragioni esclusivamente pratiche, l'**Assicurato** non è in grado di inviare la comunicazione entro il **Periodo di Validità** del **Certificato di Assicurazione**, viene concesso un ulteriore periodo di tolleranza di 30 (trenta) giorni, sempre che l'**Assicurato** sia venuto a conoscenza della **Richiesta di Risarcimento** entro il **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**. Questa **Polizza Collettiva** non potrà prendere in considerazione alcuna **Richiesta di Risarcimento** denunciata dopo tale periodo di tolleranza. L'**Assicurato**, entro i tempi previsti, dovrà fornire al reparto sinistri indicato dagli **Assicuratori**, e all'indirizzo riportato nella **Scheda di Polizza** e nel **Certificato di Assicurazione**, tutte le informazioni, la documentazione e le evidenze ragionevolmente necessarie.
Cosa fare in caso di sinistro ?	Per quanto riguarda l'Assicurazione RCO, l'**Assicurato** dovrà anche denunciare qualsiasi decesso o qualsiasi incidente soggetti a indagine giudiziaria in base alla legislazione sugli infortuni sul luogo di lavoro, in tale secondo caso il termine di 30 (trenta) giorni per la denuncia decorre dalla data nella quale l'**Assicurato** ha ricevuto notifica di tale inchiesta. L'**Assicurato** dovrà comunicare al reparto sinistri degli **Assicuratori** qualsiasi richiesta o azione intrapresa dal richiedente, o dagli eredi del richiedente, e quelle degli enti assicurativi competenti e dovrà trasmettere tempestivamente qualsiasi documentazione ricevuta relativa alla vertenza. Al termine di ogni periodo assicurativo, gli **Assicuratori,** tramite il proprio reparto sinistri, forniranno all'**Assicurato** un rapporto dettagliato di tutti le **Richieste di Risarcimento** registrate. La Denuncia di Sinistro deve essere inoltrata per scritto dall'**Assicurato** (o dal suo Intermediario) e indirizzata a: **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** **Rappresentanza Generale per l'Italia** Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI Tel. 02 8707 3773 - Fax 02 8707 3784 E-mail: sinistri@bh-italia.com PEC: sinistri.bh-italia@legalmail.it La copertura assicurativa garantita da questa **Polizza Collettiva** è soggetta alla condizione che una parte del rischio venga assunto dall'**Assicurato** sotto forma di **S.I.R. - Self Insured Retention o Franchigia** per ogni e ciascuna **Richiesta di Risarcimento**, così come definito nel **Certificato di Assicurazione.** **Nessuna Ammissione di Responsabilità** Quale condizione preliminare per ottenere l'indennizzo previsto da questa **Polizza Collettiva**, l'**Assicurato** (o qualsiasi persona, azienda o società che agisce in nome o per conto dell'Assicurato) non dovrà rilasciare dichiarazioni di responsabilità, proporre compromessi, stabilire od offrire alcun pagamento in relazione alla Richiesta di Risarcimento senza aver prima ottenuto l'autorizzazione scritta da parte degli **Assicuratori**.
	Assistenza diretta/in convenzione: *Non prevista.*
	Gestione da parte di altre imprese: *Non prevista.*

	Prescrizione Come previsto dall'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche e integrazioni, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 (un) anno dalle singole scadenze. Ai sensi dell'Art. 22, comma 14 della Legge N. 221 del 17 Dicembre 2012 di conversione con modificazioni del D. L. N. 179 del 18 Ottobre 2012, gli altri diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione Danni si prescrivono nel termine di 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda; nell'assicurazione della Responsabilità civile il termine di 2 (due) anni decorre dal giorno in cui il terzo danneggiato ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione. La comunicazione all'Assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	L'**Assicurato** dovrà comunicare per iscritto, e non appena possibile, agli **Assicuratori** ogni situazione che comporti un aumento del rischio. Un aumento del rischio non noto o non espressamente accettato dagli **Assicuratori** può comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'**Assicurato** all'indennizzo, e la cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 del Codice Civile). Se si verificano cambiamenti nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione** che influiscono sul rischio, gli **Assicuratori** possono richiedere modifiche anche sostanziali ai termini della **Polizza** in vigore. Se l'**Assicurato** non accetta la(e) modifica(he) proposta(e) entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione della modifica(he), gli **Assicuratori** saranno autorizzati a recedere da questo contratto, dandone comunicazione all'**Assicurato** con 60 (sessanta) giorni di preavviso. Le dichiarazioni non accurate o la mancata comunicazione da parte dell'**Assicurato** di circostanze che devono essere note per la valutazione del rischio possono portare alla perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo previsto dalla **Polizza** ed alla cessazione del contratto di assicurazione, in base a quanto previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Obblighi dell'impresa	La gestione e la definizione di ogni **Richiesta di Risarcimento** debitamente denunciata agli **Assicuratori** verranno eseguite dagli **Assicuratori** tramite il proprio reparto sinistri e con l'assistenza del reparto appropriato dell'**Assicurato**. Gli Assicuratori comunicheranno all'**Assicurato** ogni singolo pagamento da liquidare come indennizzo e spese del richiedente, considerando qualsiasi altra assicurazione coinvolta e la **S.I.R. - Self Insured Retention** o **Franchigia**, così come riportata nel **Certificato di Assicurazione.** La **Compagnia** si impegna a pagare all'**Assicurato** gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla data dell'accordo di definizione del sinistro. **Cooperazione e Spese Legali** Gli **Assicuratori** gestiranno ogni **Richiesta di Risarcimento** emergente da questo contratto, anche in sede legale e per quanto previsto per la mediazione / conciliazione obbligatoria dal Decreto Legislativo 28/2010, indipendentemente dal fatto che si tratti di una responsabilità civile o penale, fino al compimento delle proprie azioni di difesa previste dall'Art. 1917 del Codice Civile. Gli **Assicuratori**, fintanto che avranno interessi nella propria difesa, subentreranno e condurranno ogni vertenza, sia essa giudiziaria o extragiudiziaria, in nome dell'**Assicurato,** incaricando, quando necessario, legali ed esperti e avvalendosi di tutti i diritti e le azioni di pertinenza dell'**Assicurato**. Il diritto di difesa degli **Assicuratori** rimarrà tale anche nel caso in cui una vertenza preveda un importo che rientra nella **S.I.R. - Self Insured Retention** o **Franchigia.** Tutte le spese legali sostenute per opporsi a un'azione intentata contro l'**Assicurato** saranno a carico degli **Assicuratori** fino a un importo aggiuntivo pari a un quarto del **Limite o Sottolimite di Indennizzo** corrispondente alla relativa **Richiesta di Risarcimento**. Se l'importo della **Richiesta di Risarcimento** eccede tale **Limite di Indennizzo**, le spese legali verranno proporzionalmente suddivise fra l'**Assicurato** e gli **Assicuratori**, in proporzione al rispettivo interesse, così come previsto dall'Art. 1917 del Codice Civile. Gli **Assicuratori** non saranno responsabili dei costi sostenuti dall'**Assicurato** per l'assistenza di legali ed esperti non nominati dagli **Assicuratori**.

Quando e come devo pagare ?

Premio	Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si precisa quanto segue: **Pagamento del Premio** Salvo quanto diversamente concordato con approvazioni speciali sottoscritte di questa **Polizza Collettiva**, tutti i premi devono essere versati a **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, Corso Italia, 13 - 20122 Milano, e trasmessi tramite gli Intermediari indicati nella **Scheda di Polizza**. Se l'**Assicurato** non paga il premio entro i termini indicati nella **Polizza Collettiva** o nel **Certificato di Assicurazione** o, per ogni altro premio successivo, entro 10 (dieci) giorni dalla rispettiva data di scadenza, questa assicurazione non avrà alcun effetto e l'**Assicurato** perderà ab initio ogni diritto di copertura previsto da questa **Polizza Collettiva**. **Tasse e Imposte** Tutte le tasse e le imposte relative a questa assicurazione sono a carico dell'**Assicurato**. Gli **Assicuratori** non hanno alcuna responsabilità riguardo al pagamento di tali oneri.
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quando comincia la copertura e quando finisce ?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Come posso disdire la polizza ?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto ?

Il presente Prodotto si rivolge a Strutture Sanitarie che garantiscono assistenza medica e infermieristica, assistenza riabilitativa e attività di animazione e socializzazione, le prestazioni alberghiere di ristorante, di lavanderia di pulizia. Sono incluse anche le residenze assistenziali (case di riposo, case albergo, comunità alloggio, ecc.) caratterizzate da diversi livelli di protezione sociale e di assistenza tutelare offerta ad anziani autosufficienti non bisognosi di assistenza sanitaria specifica (R.S.A.).

Il Prodotto è altresì rivolto ad Ambulatori specializzati in diagnostica strumentale, centri di dialisi, Ambulatori specialistici, Centri Odontoiatrici, Poliambulatori che effettuano prestazioni prevalentemente nei seguenti ambiti: analisi cliniche di laboratorio, radiologia tradizionale e/o ecografia, prestazioni di diagnostica strumentale quali esofagoscopia, spirometria, audiometria, elettrocardiogramma, ecc. e altre prestazioni specialistiche, incluse le visite.

Il Prodotto non è rivolto a strutture specializzate in attività chirurgiche invasive, intendendosi come tali gli interventi richiedenti il ricovero in regimi diversi dal Day Hospital.

Rientra nella definizione di **Assicurato**:

- l'Azienda che acquista questa assicurazione per se stessa e/o per conto di altre persone assicurate, così come definite nel **Certificato di Assicurazione.**

Rientrano inoltre nella definizione di **Assicurato**:

- Tutti i **Dipendenti** dell'**Assicurato**;
- Tutti i medici "Convenzionati", e qualsiasi altro operatore sanitario quando presti la propria attività in base a un progetto specifico temporale ed esclusivamente a favore dell'**Assicurato** (compresi i dipendenti definiti "Co.Co.Co.", o posizione equivalente, e i dipendenti definiti "Co.Co.Pro.", o progetti specifici equivalenti) e limitatamente alla loro effettiva attività o fornitura di servizi per, o a nome, dell'**Assicurato**;
- Tutti i medici che collaborano con la struttura assicurata a qualunque titolo, anche se scelti dal paziente ed ancorché non dipendenti della struttura stessa, limitatamente all'esercizio della professione sanitaria svolta presso le strutture sanitarie dell'**Assicurato** e/o alla loro effettiva attività o fornitura di servizi per, o a nome dell'Assicurato.

Non viene considerato come Assicurato qualsiasi esercente la professione sanitaria che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'Art. 7, comma 3, Legge n. 24/2017.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge (L.24/2017 Gelli-Bianco; Decreto n°232 del 15 Dicembre 2023 e G.U 1 Marzo 2024)

Quali costi devo sostenere ?

Il Premio Annuale a carico dell'**Assicurato** è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari che sono pari in media al 30% del Premio Imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE ?

All'impresa assicuratrice	I reclami e le dichiarazioni di insoddisfazione riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: **Ufficio Reclami** **Berkshire Hathaway International Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia** **Corso Italia 13, 20122 - Milano MI** **Fax: +39 02 49524987** **E-mail: reclami@bh-italia.com** L'Ufficio Reclami provvederà a fornire il riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo (con una possibile sospensione fino a 15 giorni per le integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito ai comportamenti degli agenti e dei loro dipendenti e collaboratori). I reclami relativi al comportamento dei broker e dei loro dipendenti/collaboratori saranno gestiti direttamente dal broker interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente al broker, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché l'intermediario provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: **ivass@pec.ivass.it**. Info su: www.ivass.it. In alternativa, i reclami possono essere presentati all'Autorità di Vigilanza del Regno Unito, **Financial Conduct Authority (FCA)**, 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, ovvero all'Autorità preposta **Financial Ombudsman Service (FOS)**, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR.

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

PRIMA DI COMPILARE IL MODULO DI ADESIONE, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Poliambulatori e R.S.A.

Mod. 455 24 Condizioni di Assicurazione RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 01.10.2024

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE MEDICA, RESPONSABILITÀ DEL DATORE DI LAVORO, RESPONSABILITÀ CIVILE E COPERTURE ASSOCIATE PER POLIAMBULATORI E RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

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

e la Società

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Italia, 13
20122 Milano (MI)

di seguito denominata **Compagnia.**

La seguente assicurazione è rilasciata a favore dell'**Assicurato** 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:

- **RESPONSABILITÀ CIVILE - RESPONSABILITÀ MEDICA E RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (ASSICURAZIONE RCT)**
- **RESPONSABILITÀ DEL DATORE DI LAVORO (ASSICURAZIONE RCO)**

Il presente contratto è stato redatto secondo le Linee Guida ANIA "Contratti Semplici e Chiari"

AVVERTENZA:

Il Contraente si assume l'impegno di consegnare il Set Informativo al singolo aderente prima della sottoscrizione del contratto, nonché il Certificato di Assicurazione al singolo Assicurato che abbia aderito alla Polizza Collettiva ed abbia corrisposto il relativo premio.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

INDICE

FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA 5

NOTE IMPORTANTI PER L'ASSICURATO 8

GLOSSARIO 8

ARTICOLI 1.1 - 1.4 - ARTICOLI E COPERTURE AGGIUNTIVE 12

1.1 Responsabilità Civile - Responsabilità Medica e Responsabilità Civile verso Terzi (Assicurazione RCT) 12

1.2 Dolo e Colpa Grave 12

1.3 Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO) 12

1.4 Inquinamento Accidentale 12

ARTICOLO 1.5 - ALTRE ATTIVITÀ CHE RIENTRANO NELLA COPERTURA PRESTATA DA QUESTA POLIZZA COLLETTIVA 12

1.5 Altri Elementi della Copertura 12

ARTICOLI 1.6 - 1.8 - ATTIVITÀ ACCESSORIE CHE RIENTRANO NELLA COPERTURA PRESTATA DA QUESTA POLIZZA COLLETTIVA 13

1.6 Assicurazioni Accessorie 13

1.7 Clausola di Cooperazione e Spese Legali 14

1.8 Responsabilità per Committenza Veicoli a Motore 14

ARTICOLI 2.1 - 2.20 - ESCLUSIONI 14

ARTICOLI 3.1 - 3.3 - CONDIZIONI IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO 16

3.1 Denuncia in caso di Richiesta di Risarcimento 16

3.2 Clausola di Cooperazione 17

3.3 Nessuna Ammissione di Responsabilità 17

ARTICOLI 4.1 - 4.12 - CONDIZIONI RELATIVE ALLA PORTATA DI QUESTA ASSICURAZIONE 17

4.1 Durata Contrattuale - Diritto di Recesso ad ogni Data di Scadenza 17

4.2 Limitazione Territoriale e Limiti Temporali di questa Assicurazione ["Claims Made" (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività 17

4.3 Clausola MDO 18

4.4 Altra Assicurazione 18

4.5 Ragionevoli Precauzioni 18

4.6 Clausola sugli Strumenti 19

4.7 Recupero e Rivalsa 19

4.8 Rinuncia alla Surroga 19

4.9 Diritti di Recesso 19

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

4.10 Franchigia o S.I.R. per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento - Self Insured Retention per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento 19

4.11 Variazione del Rischio 21

ARTICOLI 5.1 - 5.10 - ALTRE CONDIZIONI RELATIVE AL FUNZIONAMENTO DELLA POLIZZA COLLETTIVA 21

5.1 Data di Effetto - Pagamento del Premio 21

5.2 Regolazione del Premio 21

5.3 Tasse e Imposte 22

5.4 Modifiche Contrattuali 22

5.5 Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio 22

5.6 Clausola Intermediario - Comunicazioni agli Assicuratori 22

5.7 Giurisdizione (e Competenza Locale) 22

5.8 Legislazione Applicabile 22

5.9 Responsabilità Disgiunta e Responsabilità Solidale 22

5.10 Reclami 23

5.11 Facoltà di Revisione/Recesso in seguito a Cambiamenti Normativi 23

ALLEGATO N. 1 25

TASSI DI PREMIO E REGOLE ASSUNTIVE 25

Tassi di premio Poliambulatori & RSA e relativi premi minimi (*): 25

ALLEGATO N. 2 27

FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE 27

ALLEGATO N. 3 31

FACSIMILE MODULO DI ADESIONE 31

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA

POLIZZA N° 20…RCG000…-……

CONTRAENTE:

Codice Fiscale o Partita IVA:

1. Parte Contraente:

Codice Fiscale o Partita IVA:

Periodo di Validità della Polizza Collettiva:

2. Effetto: Dalle ore 00:01 del

3. Scadenza: Alle ore 00:01 del

Data di Continuità:

2.1 Ore 00:01 del

4.	**Data Retroattività:**	Ore 00:01 del
5.	**Limite dell'Indennizzo per Risarcimento (Responsabilità Civile e Responsabilità del Datore di Lavoro):**	EUR
6.	**Limite Aggregato dell'Indennizzo:**	EUR
7.	**Sottolimite dell'Indennizzo (Dolo e ColpaGrave):**	EUR
8.	**Sottolimite dell'Indennizzo (Responsabilità del Datore di Lavoro):**	EUR
9.	**Raccolta, Distribuzione e Uso di Sangue:**	EUR
10.	**Sottolimite Inquinamento Accidentale:**	EUR
11.	**Sottolimite per Sviluppo di Incendi:**	EUR
12.	**Sottolimite Articoli Depositati:**	EUR
13.	**Sottolimite Interruzione Attività di Terze Parti:**	EUR
14.	**Sottolimite Altre Coperture Accessorie:**	EUR
15.	**Clausola MDO:**	EUR
16.	**Intermediario (Broker):**	
17.	**Intermediario (Agente):**	
18.	**Informativa Precontrattuale e Condizioni di Assicurazione:**	Mod. 155 24 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 1.10.2024 Mod. 455 24 Condizioni di Assicurazione RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 01.10.2024
19.	**Allegati / Atti di Variazione:**	Allegato N. 1 - Tassi di Premio e Regole Assuntive Allegato N. 2 - Facsimile Certificato di Assicurazione Allegato N. 3 - Facsimile Modulo di Adesione.

Milano, … /…/……

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA

_____

_____

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Per quanto previsto dagli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il **Contraente** dichiara qui:

(a) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione "Claims Made" (**Richieste di Risarcimento** presentate) a copertura delle **Richieste di Risarcimento**:
   (i) presentate per la prima volta all'**Assicurato**; e
   (ii) debitamente denunciate dall'**Assicurato** agli **Assicuratori** nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**;

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

Il **Contraente** dichiara di aver ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte della Polizza Collettiva **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, in particolare del "Mod. 155 24 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 1.10.2024", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 455 24 Condizioni di Assicurazione RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 01.10.2024", dei relativi Allegati e Atti di Variazione indicati al Punto 19 della **Scheda di Polizza**, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

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

A conferma di quanto sopra, e ad ogni effetto di legge di cui agli artt.1341 e 1342 c.c. il **Contraente** sottoscrive per specifica approvazione le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 455 24 Condizioni di Assicurazione RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 01.10.2024":

Glossario
13 - Limiti e Sottolimiti dell'Indennizzo

Articoli e Coperture Aggiuntive
Art. 1.3 - Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO)

Esclusioni
Artt. da 2.1 a 2.21 compresi

Condizioni in Caso di Richiesta di Risarcimento
Art. 3.1 - Denuncia in Caso di Richiesta di Risarcimento
Art. 3.2 - Clausola di Cooperazione
Art. 3.3 - Nessuna Ammissione di Responsabilità

Condizioni Relative alla Portata di Questa Assicurazione
Art. 4.1 - Durata Contrattuale - Diritto di Recesso ad Ogni Data di Scadenza
Art. 4.2.1 - Limitazione Territoriale
Art. 4.2.2 - Limiti Temporali di Questa Assicurazione ["Claims Made" (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività
Art. 4.3 - Clausola MDO
Art. 4.4 - Altra Assicurazione (Artt. da 4.4.1 a 4.4.2 compresi)
Art. 4.7 - Recupero e Rivalsa
Art. 4.10 - Franchigia o S.I.R. per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento - Self Insured Retention per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento
Art. 4.11 - Variazione del Rischio
Art. 4.12 - Eccezioni Opponibili

Altre Condizioni Relative al Funzionamento della Polizza Collettiva
Art. 5.1 - Data di Effetto - Pagamento del Premio
Art. 5.2 - Regolazione del Premio.

Milano, … /… /……

IL CONTRAENTE

_____

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

La Parte Contraente conferma di avere ricevuto copia e preso visione del documento Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023 "Informativa Privacy 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".

Il Contraente ha il diritto di richiedere alla Compagnia le credenziali per l'accesso all'Area Riservata

Milano, … /… /……

IL CONTRAENTE

_____

COMUNICAZIONE DEI SINISTRI

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

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

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

POLIZZA DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA
(RICHIESTE DI RISARCIMENTO PRESENTATE)
****
VALIDA SOLO PER RICHIESTE DI RISARCIMENTO AVANZATE NEL CORSO DEL "PERIODO DI VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE"

Le **Condizioni di Assicurazione**, e qualsiasi altra informazione recepita e accettata dagli **Assicuratori** costituiscono la base, e sono considerate parte integrante, di questa **Polizza Collettiva** e del **Set Informativo**.

La sezione "Glossario" seguente descrive il significato dei termini che appaiono in grassetto.

Con questo documento si certifica che, a fronte del pagamento del premio specificato **nei Certificati di Assicurazione relativi ai singoli Assicurati**, gli **Assicuratori** si impegnano a prestare l'assicurazione in base ai termini, alle condizioni, alle limitazioni e alle esclusioni qui riportati, o comunque confermati. Gli **Assicuratori** si impegnano a pagare, senza comunque mai superare, l'importo indicato nei **Limiti e Sottolimiti di Indennizzo**, fermo restando quanto previsto rispettivamente dalla **S.I.R. - Self Insured Retention** o dalla **Franchigia come di volta in volta** concordato con i singoli Assicurati.

A conferma di quanto sopra, questa Polizza Collettiva è stata sottoscritta nel luogo e alla data indicati nella **Scheda di Polizza**.

NOTE IMPORTANTI PER L'ASSICURATO

Questo è un contratto di assicurazione legalmente vincolante. Gli **Assicuratori** raccomandano alla **Parte Contraente** di leggerlo attentamente per verificare che sia conforme a tutti i requisiti dell'**Assicurato** e per prendere visione, e comprendere chiaramente, tutti i termini, le condizioni, le limitazioni e le esclusioni della **Polizza Collettiva**.

Nel caso di richieste di chiarimenti, o di qualsiasi modifica a questa Polizza Collettiva, la **Parte Contraente** deve inoltrare tale richiesta all'Intermediario, che ha confermato l'attivazione di questa Polizza Collettiva, così come riportato al Punto 16 della **Scheda di Polizza**.

GLOSSARIO

1 - RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

Qualsiasi **Richiesta di Indennizzo** nei confronti dell'**Assicurato** nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**, debitamente notificata agli **Assicuratori** nel corso dello stesso **Periodo di Validità**, e relativa alle responsabilità coperte da questa assicurazione.

2 - DATA DI CONTINUITÀ:

La prima data di decorrenza dell'assicurazione stipulata fra la **Parte Contraente** e gli **Assicuratori**, indipendentemente dal numero delle **Polizze** sottoscritte, dalla quale sia stata garantita la continuità di questa assicurazione, senza periodi di interruzione di copertura. In caso di periodi di interruzione di copertura dell'assicurazione, che hanno determinato mancata continuità, la **Data di Continuità** sarà la prima data in seguito alla quale si è avuta la continuità della copertura stipulata con gli **Assicuratori**. Tale data verrà indicata al Punto 2.1 della **Scheda di Polizza**.

3 - PARTE CONTRAENTE:

Il soggetto indicato al punto 1 della Scheda di Polizza che, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 55 comma 2 del Regolamento IVASS 40/2018, sottoscrive la presente Polizza Collettiva in qualità di mandatario non essendo beneficiario né vincolatario delle prestazioni assicurative né dei diritti derivanti dal contratto stesso, e non assumendo alcuna obbligazione in merito al pagamento dei premi dovuti dai singoli Assicurati, neppure in caso di omesso versamento o insolvenza dei medesimi.

4 - DANNO (I):

Danno, sia esso "patrimoniale" o "non patrimoniale", causato da decesso o da lesione fisica, oppure da danno o perdita di **Beni Materiali**.

5 - FRANCHIGIA:

Importo specificato nei singoli **Certificati di Assicurazione** emessi per ciascun **Assicurato** ai termini della presente **Polizza Collettiva** che, in relazione a ogni e ciascuna **Richiesta di Risarcimento**, verrà dedotto dall'importo da liquidarsi ai sensi e per gli effetti di questa **Polizza Collettiva**

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

e che rimarrà a carico dell'**Assicurato**. Gli **Assicuratori** saranno responsabili unicamente per la parte dell'importo concordato che eccede la **Franchigia**. L'opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro.

6 - S.I.R. - SELF INSURED RETENTION

Importo specificato nei singoli **Certificati di Assicurazione** emessi per ciascun **Assicurato** ai termini della presente **Polizza Collettiva,** che l'Assicurato tiene a proprio carico per ciascun sinistro, e che non interessa in alcun modo la garanzia assicurativa, intendendosi quale fascia di rischio non assicurata.

7 - RICHIESTA DI INDENNIZZO:

Una qualsiasi delle condizioni seguenti:
(a) azione legale o amministrativa nei confronti dell'**Assicurato**;
(b) qualsiasi mandato o ingiunzione nei confronti dell'**Assicurato**;
(c) qualsiasi notifica nei confronti dell'**Assicurato**;
per tutto quanto previsto dai punti (a) - (c) di cui sopra quando una **Terza Parte** manifesta all'**Assicurato** la propria intenzione di considerare l'**Assicurato** responsabile del **Danno**, oppure trasmette una richiesta di indennizzo formale.

8 - DIPENDENTE:

Qualsiasi persona fisica coperta da assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul luogo di lavoro e che opera alle dirette dipendenze dell'**Assicurato** in base a un contratto di assunzione o di apprendistato sottoscritto con **l'Assicurato**. Questa definizione comprende anche qualsiasi persona impiegata in "attività socialmente utili" e qualsiasi studente, titolare di borsa di studio, lavoratore interinale o altre persone che prestano la propria attività in condizioni di prova, o di addestramento, sotto il diretto controllo e la guida dell'**Assicurato**.

9 - INQUINAMENTO AMBIENTALE:

Contaminazione di acque e/o aria e/o suolo e/o sottosuolo, generata dall'azione di qualsiasi sostanza rilasciata, scaricata, dispersa, depositata o in qualsiasi altro modo emessa da un qualsiasi impianto, o gruppo di impianti, utilizzati dall'**Assicurato**.

10 - MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA:

Qualsiasi medico indipendente che:
(a) affitta studi, locali e/o attrezzature dall'**Assicurato**, o che in qualsiasi modo presta autonomamente la propria attività medica e la cui attività non è sotto la diretta supervisione dell'**Assicurato**; oppure che
(b) svolge una qualsiasi altra attività professionale e/o opera presso, o in altre, strutture o locali, durante lo stesso periodo nel quale tale medico presta la propria attività nei locali dell'**Assicurato**.
Questa definizione si estende, e comprende, le persone fisiche che fanno parte di una equipe medica diretta, o sotto la supervisione, di tale medico professionista indipendente. Questa definizione non comprende i medici "convenzionati" di cui al seguente Punto 12 (c) del "**Glossario**".

11 - INDENNIZZO:

Importo dovuto dagli **Assicuratori** in caso di una **Richiesta di Risarcimento** coperta da questa assicurazione.

12 - ASSICURATO:

(a) Azienda o Ente che acquista questa assicurazione per sé stessa e/o per conto di altre persone assicurate;
(b) tutti i Dipendenti della struttura assicurata;
(c) tutti i medici "Convenzionati", e qualsiasi altro operatore sanitario quando presti la propria attività in base a un progetto specifico temporale ed esclusivamente a favore della struttura assicurata (compresi i dipendenti definiti "Co.Co.Co.", o posizione equivalente, e i dipendenti definiti "Co.Co.Pro.", o progetti specifici equivalenti) e limitatamente alla loro effettiva attività o fornitura di servizi per, o a nome della struttura assicurata.
(d) tutti i medici che collaborano con la struttura assicurata a qualunque titolo, anche se scelti dal paziente ed ancorché non dipendenti della struttura stessa, limitatamente all'esercizio della professione sanitaria svolta presso le strutture sanitarie e/o alla loro effettiva attività o fornitura di servizi per, o a nome della struttura assicurata**.**

Non viene considerato come Assicurato qualsiasi esercente la professione sanitaria che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'Art. 7, comma 3, Legge n. 24/2017.

13 - LIMITI E SOTTOLIMITI DELL'INDENNIZZO:

I Limiti globali indicati in questa **Polizza Collettiva** della responsabilità totale degli **Assicuratori** per ciascun **Certficato di Assicurazione**, che non potranno mai superare, in qualsiasi circostanza e per qualsiasi ragione, l'importo per ciascun **Certficato di Assicurazione** indicato al Punto 6 (Limite aggregato) della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di Articoli applicabili e/o dal numero di **Assicurati** con il medesimo **Certificato di Assicurazione** e/o dal numero di richiedenti (fatti salvi i "Costi legali" aggiuntivi di cui all'Art. 1.7).

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Tuttavia, l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori** per ciascun **Certficato di Assicurazione** per ogni singola **Richiesta di Risarcimento** (o **Richiesta(e) di Risarcimento** emergente(i), o attribuibile(i), alla stessa causa o fonte di origine, oppure allo stesso atto, errore od omissione, evento o transazione, o in un qualsiasi modo collegata(e) alla stessa causa od origine, atto, errore od omissione, evento o transazione) prevista da questa **Polizza Collettiva**, sarà pari per ciascun **Certficato di Assicurazione** a quello indicato nel Punto 5 (per **Richiesta di Risarcimento**) della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di Articoli applicabili e/o dal numero di **Assicurati** con il medesimo **Certificato di Assicurazione** e/o dal numero di richiedenti.

In ogni caso, verranno applicati i sottolimiti seguenti, per ciascun **Certficato di Assicurazione**:

Per quanto riguarda l'Art. 1.2 (Dolo e Colpa Grave) l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, sarà quello previsto da questa **Polizza Collettiva** e indicato al Punto 7 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di **Assicurati** con il medesimo **Certificato di Assicurazione** e/o dal numero di richiedenti.

Per quanto riguarda l'Art. 1.3 (Responsabilità del Datore di Lavoro) l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, sarà quello previsto da questa **Polizza Collettiva** e indicato al Punto 8 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di **Assicurati** con il medesimo **Certificato di Assicurazione** e/o dal numero di richiedenti.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, alla Raccolta, Distribuzione e Utilizzo di Sangue, l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, sarà quello previsto da questa **Polizza Collettiva** e indicato al Punto 9 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di **Assicurati** con il medesimo **Certificato di Assicurazione** e/o dal numero di richiedenti.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, all'Inquinamento Ambientale, l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, sarà quello previsto da questa **Polizza Collettiva** e indicato al Punto 10 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di **Assicurati** con il medesimo **Certificato di Assicurazione** e/o dal numero di richiedenti.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, a Incendio o Esplosione, in base a quando indicato dall'Art. 1.6.1., l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, sarà quello previsto da questa **Polizza Collettiva** e indicato al Punto 11 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di **Assicurati** con il medesimo **Certificato di Assicurazione** e/o dal numero di richiedenti.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, alla copertura fornita dall'Art. 1.6.2 (Beni in Deposito), l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, sarà quello previsto da questa **Polizza Collettiva** e indicato al Punto 12 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di **Assicurati** con il medesimo **Certificato di Assicurazione** e/o dal numero di richiedenti.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, alla copertura fornita dall'Art. 1.6.3 (Interruzione dell'Attività di **Terze Parti**), l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, sarà quello previsto da questa **Polizza Collettiva** e indicato al Punto 13 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di **Assicurati** con il medesimo **Certificato di Assicurazione** e/o dal numero di richiedenti.

Per quanto riguarda tutte le **Richieste di Risarcimento** emergenti, o in qualsiasi modo connesse, alla copertura fornita per le Attività Accessorie di cui agli Artt. da 1.6.5 a 1.6.9 (compresi), l'importo massimo liquidabile dagli **Assicuratori**, sarà quello previsto da questa **Polizza Collettiva** e indicato al Punto 14 della **Scheda di Polizza**, indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** e/o dal numero di **Assicurati** con il medesimo **Certificato di Assicurazione** e/o dal numero di richiedenti.

14 - POLIZZA:

Il documento emesso e sottoscritto dalla **Parte Contraente** e dagli **Assicuratori,** che comprova l'esistenza di un contratto di assicurazione.

15 - POLIZZA COLLETTIVA:

Il presente documento emesso e sottoscritto dalla **Parte Contraente** e dagli **Assicuratori,** che comprova l'esistenza di un contrato di assicurazione.

16 - PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA COLLETTIVA:

Il **Periodo di Validità della Polizza Collettiva** corrisponde al periodo compreso fra la data di decorrenza e quella di scadenza (entrambe all'ora indicata) indicati ai punti 2 e 3 della **Scheda di Polizza**.

17 - PERIODO DI VALIDITÀ DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE:

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Il **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione** corrisponde al periodo compreso fra la data di decorrenza e quella di scadenza (entrambe all'ora indicata) indicati ai punti 2 e 3 del **Certificato di Assicurazione**.

18 - BENI MATERIALI:

Oggetti fisici e animali.

19 - SCHEDA DI POLIZZA:

Modulo intestato "SCHEDA DI POLIZZA", allegato a questa **Polizza Collettiva**, che ne è parte integrante, e contenente i dettagli del contratto e altre specifiche alle quali si fa riferimento.

20 - MODULO DI ADESIONE:

Il documento che costituisce parte integrante di questa **Polizza Collettiv**a in cui sono indicati i dati dell'**Assicurato**, l'attività svolta dallo stesso e le dichiarazioni relative a **Richieste di Risarcimento**, anche nel caso in cui non siano state mai notificate agli assicuratori precedenti. Costituisce la base, e parte integrante del **Certificato di Assicurazione**. La comunicazione di dichiarazioni imprecise, o la mancata comunicazione da parte dell'**Assicurato** di qualsiasi fatto materiale del quale gli **Assicuratori** avrebbero dovuto essere messi al corrente, potrebbero modificare il punto di vista degli **Assicuratori** per quanto riguarda i rischi coperti, portare alla perdita totale o parziale del diritto dell'**Assicurato** di richiedere gli indennizzi previsti e alla rescissione di questo contratto di assicurazione, così come previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

21 - CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE:

Il documento riepilogativo degli estremi della copertura del singolo **Assicurato** o gruppo di **Assicurati**.

22 - TERZE PARTI:

Qualsiasi persona che non sia un **Dipendente**, o un "convenzionato" (così come definito al Punto 12 (c) del "Glossario"), verrà considerata una **Terza Parte** ai fini dell'assicurazione sulla responsabilità civile (R.C.). Ai fini dell'assicurazione sulla responsabilità civile (R.C.), un **Dipendente**, o un "convenzionato" (così come definito al Punto 12 (c) del "Glossario"), verrà considerata una **Terza Parte** nel caso in cui subisca un **Danno** quando non è in servizio, oppure quando utilizza i servizi forniti dall'**Assicurato**.

23 - ASSICURATORI / COMPAGNIA:

Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia, Corso Italia, 13 - 20122 Milano.

24 - SINISTRO:

La richiesta di risarcimento danni per i quali è prestata l'assicurazione (criterio c.d. « claims made ») ossia qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi in vigenza di polizza o durante il periodo di ultrattività, 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. 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).

25 – MASSIMALE DI GARANZIA

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;

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.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

ARTICOLI 1.1 - 1.4 - ARTICOLI E COPERTURE AGGIUNTIVE

Gli **Assicuratori** si impegnano a risarcire l'**Assicurato** in base ai termini, alle condizioni, alle limitazioni e alle esclusioni di questa **Polizza Collettiva** in base a quanto segue.

1.1 Responsabilità Civile - Responsabilità Medica e Responsabilità Civile verso Terzi (Assicurazione RCT)

Gli **Assicuratori** si impegnano a indennizzare l'**Assicurato** per qualsiasi somma di denaro che l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) per **Danni** causati involontariamente, o accidentalmente, a una qualsiasi **Terza Parte**, connessi alle attività specificate nel **Modulo di Adesione**.

L'Assicurazione RCT sarà valida anche nel caso di qualsiasi azione intentata dall'INPS in base all'Art. 14 della Legge 222 del 12.06.1984, e sue successive modifiche o integrazioni.

1.2 Dolo e Colpa Grave

L'assicurazione coprirà anche (fatte salve le esclusioni di cui all'Art. 2.3) la responsabilità dell'**Assicurato** per i **Danni** causati da Dolo e Colpa Grave perpetrati nel corso dell'attività **dell'Assicurato** da una qualsiasi persona per la quale l'**Assicurato** è considerato legalmente responsabile in caso di dolo, con inclusione di tutti i **Dipendenti**. Questo articolo non limita in alcun modo i diritti di rivalsa degli **Assicuratori** di cui all'Art. 4.7.

1.3 Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO)

Gli **Assicuratori** si impegnano a indennizzare l'**Assicurato** per qualsiasi somma di denaro che l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) per **Danni** subiti da un qualsiasi **Dipendente** in seguito ad infortunio verificatosi mentre si trovava in servizio.
Gli **Assicuratori** dovranno pertanto indennizzare l'**Assicurato** per tutte le somme che l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a pagare:

- agli enti assicurativi obbligatori (INAIL, INPS o altri enti) per i loro diritti di rivalsa;
- al richiedente, o agli eredi del richiedente, per il **Danno** o il maggiore danno (Danno Differenziale).

L'Assicurazione RCO si estende anche alla copertura delle Malattie Professionali (con esclusione di qualsiasi malattia correlata all'amianto) che si manifestano per la prima volta nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione** e causate da un comportamento colposo dell'**Assicurato** verificatosi nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**.

L'Assicurazione RCO sarà valida a condizione che l'**Assicurato** sia in regola con gli obblighi di legge relativi all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni professionali. In deroga a quanto sopra, l'Assicurazione RCO sarà valida se un'irregolarità viene commessa in buona fede e sia stata generata da un errore, da una dimenticanza o da un'omissione di dichiarazione di attività occasionale o da un'interpretazione errata, o erronea, delle regole applicabili.

Gli **Assicuratori** saranno anche responsabili in caso di responsabilità personale dei **Dipendenti** che sovrintendono all'osservanza dei regolamenti previsti dal Decreto Legislativo n. 626 del 19 settembre 1994, relativo alla sicurezza e alla salute sul luogo di lavoro all'interno dei locali dell'**Assicurato**.

1.4 Inquinamento Accidentale

La copertura prestata da questa assicurazione si estende alla copertura dei **Danni** generati da **Inquinamento Ambientale** connessi alle attività descritte nel **Modulo di Adesione**, sempre che siano stati causati esclusivamente da un evento improvviso, inatteso e accidentale. Gli **Assicuratori** indennizzeranno anche l'**Assicurato**, fino a un importo non superiore al 10% del sottolimite indicato al Punto 10 della **Scheda di Polizza**, per tutti i costi sostenuti, previo consenso scritto e valido, per neutralizzare, o ridurre, le conseguenze dell'evento verificatosi. Questo sottolimite comprenderà anche le spese sostenute dall'**Assicurato**.

ARTICOLO 1.5 - ALTRE ATTIVITÀ CHE RIENTRANO NELLA COPERTURA PRESTATA DA QUESTA POLIZZA COLLETTIVA

1.5 Altri Elementi della Copertura

I seguenti elementi della copertura vengono elencati per definirne la relativa portata.

1.5.1 Edifici e Terreni - Responsabilità emergente dalla proprietà, o dall'occupazione temporanea o continua, di qualsiasi edificio, unità edificata, locali e terreni utilizzati per le attività specificate in questa **Polizza Collettiva**, ivi compresi gli impianti fissi, gli ascensori, i montacarichi, le scale mobili, i collegamenti radio e TV, le recinzioni, i cancelli elettrici e apparecchiature simili, e qualsiasi altra installazione o impianto, comprese le

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

aree all'aperto utilizzate come giardini, parchi (compresi gli alberi ad alto fusto), i parcheggi, le aree di movimentazione delle merci e/o i depositi a cielo aperto.

1.5.2 Sorgenti Radioattive - Danni causati dal possesso o utilizzo di sorgenti radioattive o magnetiche connesse alle attività indicate nel **Modulo di Adesione** e conformi a quanto prescritto dalla legislazione vigente e dalle indicazioni delle Autorità competenti.

1.5.3 Conferimento dei Rifiuti - Responsabilità emergente dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi ad aziende specificatamente autorizzate al trattamento, in base a quanto previsto dalle leggi in vigore. La copertura si estende anche alla morte o agli infortuni subiti da una qualsiasi **Terza Parte** a seguito di un incidente verificatosi durante il trasporto o lo smaltimento dei rifiuti. Questa assicurazione non si estende alla copertura della responsabilità diretta di tali aziende di smaltimento.

1.5.4 Atti di Pazienti o di Minori - Danno subito da una qualsiasi **Terza Parte**, o da qualsiasi **Dipendente**, provocato da atti commessi dai pazienti in cura presso l'**Assicurato**, o da minori, studenti e altri ospiti che si trovano nei locali dell'**Assicurato**.

1.5.5 Tabelloni e Segnali - Responsabilità emergente dal possesso, installazione, uso e manutenzione di tabelloni, targhe, cartelloni, segnali e insegne per la segnalazione di strade o percorsi, direzioni o messaggi pubblicitari.

1.5.6 Fornitura di Prodotti Medici - Fornitura, distribuzione e/o utilizzo di prodotti farmaceutici, parafarmaceutici e/o protesi. Questa **Polizza Collettiva,** tuttavia, non coprirà i difetti di tali prodotti, così come più specificamente escluso dall'Art. 2.12.

1.5.7 Attività di Laboratorio - Gestione di laboratori chimici e di analisi che rilasciano e distribuiscono referti, che si occupano della conservazione e della distribuzione di archivi e documenti connessi con le attività indicate nel **Modulo di Adesione**.

1.5.8 Uso di Apparecchiature - Apparecchiature mediche o elettromedicali, oppure diagnostiche e terapeutiche, comprese quelle per i raggi X, radioisotopi, radionuclidi e ogni altra apparecchiatura di questo tipo.

1.5.9 Servizi Medici - Forniti ai pazienti presso il loro domicilio o altri luoghi, in nome o per conto dell'**Assicurato**.

ARTICOLI 1.6 - 1.8 - ATTIVITÀ ACCESSORIE CHE RIENTRANO NELLA COPERTURA PRESTATA DA QUESTA POLIZZA COLLETTIVA

Questa assicurazione coprirà tutte le attività indicate nel **Modulo di Adesione** comprese quelle seguenti, quando espletate dall'**Assicurato**:

1.6 Assicurazioni Accessorie

I seguenti elementi della copertura vengono elencati per definirne la relativa portata e, quando previsti, i **Sottolimiti di Indennizzo** relativi.

1.6.1 Sviluppo di Incendi - Danno causato direttamente da fuoco o da esplosione originato in un qualsiasi locale nel quale si svolgono le attività indicate nel **Modulo di Adesione**, o da un qualsiasi oggetto utilizzato dall'**Assicurato** per svolgere tali attività, che coinvolga qualsiasi bene mobile o immobile appartenente a una qualsiasi **Terza Parte**.

1.6.2 Beni in Deposito - Danno sofferto dai pazienti e dagli ospiti, causato dalla sottrazione, perdita, scomparsa o deterioramento di un **Bene Materiale**, sia esso stato consegnato, in base a quanto previsto dagli Artt. da 1783 a 1786 del Codice Civile; la copertura opera nel momento in cui il bene è stato data in consegna e/o custodia, e la circostanza risulta tracciata per iscritto da atto/rapporto/scheda.

1.6.3 Interruzione dell'Attività di Terze Parti - Danno causato dall'interruzione parziale o totale di attività o servizi industriali, commerciali, artigianali, agricole.

1.6.4 Raccolta, Distribuzione e Utilizzo di Sangue o di Prodotti Ematici - o loro derivati pronti per l'uso - anche se a rischio di infezione HIV - a condizione che l'**Assicurato** abbia eseguito tutte le analisi preventive sul sangue, così come previsto dalle leggi e dalle circolari ministeriali pertinenti e in vigore al momento dell'evento. Questa assicurazione non comprende la copertura delle responsabilità dei produttori o fornitori di tali prodotti ematici.

1.6.5 Terapie Speciali - Come quelle di "pet therapy" (zooterapia, ovvero terapia basata sull'interazione uomo-animale), "ippoterapia" (terapia basata sull'interazione uomo-cavallo) e l'idroterapia per la riabilitazione.

1.6.6 Conduzione di Mense Interne, e di punti vendita, gestiti dell'**Assicurato**.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

1.6.7 Gestione delle Attività di Manutenzione e di Pulizia - Proprietà Circostanti - Responsabilità emergente dalle attività correlate alla manutenzione, ristrutturazione, riadattamento, ampliamento, demolizione, ricostruzione, pulizia ordinaria e straordinaria di una qualsiasi proprietà indicata all'Art. 1.5.1. Quando queste attività vengono svolte da una **Terza Parte**, la copertura sarà limitata alla responsabilità che spetta all'**Assicurato** nel suo ruolo di supervisore o di committente.

Nei casi in cui **l'Assicurato** decida di affidare le attività sopra menzionate, o la gestione e la manutenzione di qualsiasi attività accessoria, a una persona giuridica o fisica:

- questa assicurazione estenderà la propria copertura ai **Danni** subiti da una **Terza Parte** da parte di tale persona giuridica o fisica, ma sempre in base a quanto previsto dall'Art. 4.7 (Recupero e Rivalsa);
- ciascuna di queste persone giuridiche o fisiche, **l'Assicurato** e i **Dipendenti**, verranno reciprocamente considerati **Terza Parte** nei confronti l'uno dell'altro.

La copertura sarà anche prestata per i **Danni** causati alle proprietà circostanti, comprese le linee interrate e le tubature, anche nel caso in cui tali **Danni** siano riconducibili a frane, smottamenti o altri cedimenti causati dai lavori.

1.6.8 Responsabilità in qualità di Committente - La responsabilità delle azioni **dell'Assicurato**. in quanto committente di persone o aziende delegate, incaricate o affidatarie di appalto dall'**Assicurato** per l'espletamento di lavori, servizi o operazioni connessi alle attività indicate nel **Modulo di Adesione** o effettuati su qualsiasi proprietà **dell'Assicurato**.

1.7 Clausola di Cooperazione e Spese Legali

Gli **Assicuratori** gestiranno ogni **Richiesta di Risarcimento** derivante da questo contratto, anche in sede legale e per quanto previsto per la mediazione / conciliazione obbligatoria dal Decreto Legislativo 28/2010, indipendentemente dal fatto che si tratti di una responsabilità civile o penale, fino al compimento delle proprie azioni di difesa previste dall'Art. 1917 del Codice Civile.

Gli **Assicuratori**, fintanto che ne avranno interesse, potranno avocare a sé la gestione di qualsivoglia vertenza, sia essa giudiziaria o extra giudiziaria, in nome dell'**Assicurato**, incaricando, quando necessario, legali ed esperti ed avvalendosi di tutti i diritti e le azioni di pertinenza dell'**Assicurato**.

Tutte le spese legali sostenute per opporsi a un'azione intentata contro l'**Assicurato** saranno a carico degli **Assicuratori** fino a un importo aggiuntivo pari a un quarto del **Limite o Sottolimite di Indennizzo** corrispondente alla relativa **Richiesta di Risarcimento**. Se l'importo della **Richiesta di Risarcimento** eccede tale **Limite di Indennizzo**, le spese legali verranno proporzionalmente suddivise fra l'**Assicurato** e gli **Assicuratori**, in proporzione al rispettivo interesse, così come previsto dall'Art. 1917 del Codice Civile.

Gli **Assicuratori** non saranno responsabili dei costi sostenuti dall'**Assicurato** per l'assistenza di legali ed esperti non nominati dagli **Assicuratori**.

1.8 Responsabilità per Committenza Veicoli a Motore

Gli **Assicuratori** copriranno anche le responsabilità dell'**Assicurato** derivanti da:

(a) il ruolo di committente ricoperto dall'**Assicurato**, in base all'Art. 2049 del Codice Civile, per i **Danni**, comprese le lesioni ai terzi trasportati, causati da un qualsiasi **Dipendente** quando è alla guida di un veicolo a motore, sempre che tale veicolo a motore non sia di proprietà e non sia stato noleggiato o locato dall'**Assicurato**;

(b) uso di biciclette e altri veicoli a pedali;

(c) uso e guida, all'interno dei locali nei quali si svolgono le attività specificate in questa **Polizza Collettiva**, di veicoli in generale, compresi i veicoli a motore, i veicoli a trazione elettrica, i veicoli semoventi, gli impianti e le attrezzature, quando il conducente è specificatamente autorizzato alla loro conduzione in base alle leggi in vigore;

(d) **Danni**, con esclusione del furto o del tentato furto, causati a qualsiasi mezzo di trasporto di **Terze Parti** e alle merci sullo stesso trasportate mentre si trovano all'interno delle aree dove si svolgono operazioni di carico e scarico specificate in questa **Polizza Collettiva**;

(e) **Danni** ai veicoli di proprietà di **Terze Parti**, o di un qualsiasi **Dipendente**, quando si trovano parcheggiati nelle aree nelle quali si svolgono le attività specificate in questa **Polizza Collettiva**, con esclusione dei **Danni** alle merci trasportate.

Tuttavia, questo Art. 1.8 non sarà applicabile per qualsiasi rischio che ricada nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria dei veicoli a motore, come stabilito dal Decreto Legislativo N° 209 del 7.9.2005, e successive modifiche, integrazioni e regolamenti attuativi, così come esclusi dall'Art. 2.4.

ARTICOLI 2.1 - 2.20 - ESCLUSIONI

Questa **Polizza Collettiva** non si applica ad alcuna **Richiesta di Risarcimento** derivante direttamente o indirettamente, o in qualsiasi modo correlata, a:

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

2.1 Una qualsiasi delle condizioni seguenti:

(i) qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** già nota all'**Assicurato** alla data di effetto della garanzia, anche nel caso in cui non sia stata mai notificata agli assicuratori precedenti;

(ii) qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** notificata agli **Assicuratori** dopo il **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione** (o dopo i 30 giorni di tolleranza indicati all'Art. 3.1);

(iii) qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** emergente da fatti o circostanze noti all'**Assicurato** prima della **Data di Continuità** - indicata nei singoli **Certificati di Assicurazione** emessi per ciascun **Assicurato** ai termini della presente **Polizza Collettiva** - in base a quanto previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

L'**Assicurato** ha il dovere di dichiarare, prima della data di effetto **del Certificato di Assicurazione**, qualsiasi fatto o circostanza che potrebbe dare origine a una **Richiesta di Risarcimento** liquidabile in base a questa **Polizza Collettiva**. Quanto sopra comprende qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** relativa a fatti che sono stati oggetto di procedimenti/indagini civili/penali, o qualsiasi altro tipo di indagine, analisi o altro procedimento ufficiale avviato da un ente o istituzione preposta, legalmente autorizzata a indagare sulle attività dell'**Assicurato**, senza che una **Terza Parte** abbia ritenuto l'**Assicurato** responsabile, e/o che abbia richiesto un indennizzo, anche nel caso in cui le indagini siano state sollecitate da tale **Terza Parte**, e che l'**Assicurato** fosse, o potesse essere, a conoscenza dell'esistenza di tale indagine (per es., confisca, avviso di garanzia, rinvio a giudizio, e qualsiasi altra comunicazione/servizio che potesse rendere nota l'esistenza di tale indagine).

2.2 Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** determinata dall'attività di **Esercenti la Professione Sanitaria** che abbiano agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente, con l'eccezione di qualsiasi responsabilità dell'Assicurato emergente dal comportamento di tali Esercenti la Professione Sanitaria.

2.3 La seguente condizione:

(i) frode o furto, per entrambi a meno che non sia stato concordato diversamente in base all'Art. 1.6.2., e qualsiasi atto deliberato o intenzionale (sia esso fisico o psicologico) quando l'**Assicurato**, o qualsiasi altra persona, azienda o entità direttamente incaricata da e operante in nome o per conto dell'**Assicurato**, intenda infliggere lesioni, sofferenze, offese, danni od ottenere benefici finanziari illeciti, con eccezione delle responsabilità derivate, attribuibili all'**Assicurato** ed emergenti da tale atto deliberato o intenzionale;

2.4 Una qualsiasi delle condizioni seguenti:

(i) qualsiasi rischio che ricada nell'ambito delle assicurazioni obbligatorie per i veicoli a motore, come previsto dal Decreto Legislativo N° 209 del 7.9.2005, e successive modificazioni, integrazioni o regolamenti attuativi;

(ii) proprietà, possesso o utilizzo di aeromobili, natanti, hovercraft, veicoli a motore, rimorchi o altri sistemi di trasporto, con esclusione di quelli coperti e indicati dall'Art. 1.8, Responsabilità per Committenza Veicoli a Motore.

2.5 Qualsiasi macchinario, bene o prodotto realizzato, lavorato, imballato, distribuito o venduto dall'**Assicurato,** dopo la sua consegna a una **Terza Parte**.

2.6 Mancato funzionamento, parziale o totale, di computers, sistemi computerizzati, programmi o applicazioni nel corretto riconoscimento di date di calendario.

2.7 Rapporti di impiego con **Dipendenti** e assistenti, o discriminazioni di qualsiasi tipo nei confronti della persona, molestie sessuali e/o condotta non appropriata e condizioni simili, a meno che tale **Richiesta di Risarcimento** sia esclusivamente correlata a lesioni fisiche (ma con esclusione della parte di **Richiesta di Risarcimento** connessa a stress emotivo, angoscia mentale e/o stress mentale, a meno che le leggi non prevedano espressamente l'obbligatorietà di assicurare questa parte della **Richiesta di Risarcimento**).

2.8 **Danni** punitivi o esemplari, penalità, multe e qualsiasi altra sanzione inflitta all'**Assicurato**.

2.9 Operazioni di mera chirurgia estetica eseguite con scopi diversi da quello della ricostruzione a seguito di incidente, malattia o malformazione funzionale. Resta altresì convenuto tra le parti che, ferma restando l'inoperatività della garanzia relativamente alle pretese per mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'**Assicurato** nonché legate all'attività del medico, la presente esclusione non esplica i suoi effetti per gli eventuali danni non riconducibili alla tipologia sopra indicata e riconducibili, in tutto o in parte, alla responsabilità dell'**Assicurato** e direttamente imputabili alla prestazione dallo stesso erogata.

2.10 Uso, da parte dell'**Assicurato**, o presenza nei locali dell'**Assicurato**, di amianto, silice o muffe tossiche.

2.11 Eventi, errori o omissioni verificatisi prima della data di retroattività specificata nei singoli **Certificati di Assicurazione** emessi per ciascun **Assicurato** ai termini della presente **Polizza Collettiva**.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

2.12 Qualsiasi perdita o danno causato da, o al quale abbia materialmente contribuito, l'adozione di un medicinale, farmaco, prodotto parafarmaceutico e/o protesi evidentemente difettoso/a, prescritto o fornito dall'**Assicurato**.

2.13 Sperimentazioni cliniche.

2.14 Una qualsiasi delle condizioni seguenti:

(i) guerra (dichiarata o meno), invasioni, atti ostili di nemici, ostilità o qualsiasi altro atto simile, situazione od operazione bellica, azione bellica di forze armate regolari o irregolari o di altre autorità, volte a impedire o a difendersi da un attacco reale o previsto;

(ii) insurrezioni, ribellioni, rivoluzioni, rivolte, tentativi di colpo di stato, sollevamenti popolari o qualsiasi azione intrapresa da una qualsiasi autorità governativa o militare per impedire o contrastare una di queste situazioni;

(iii) rilascio, esplosione o utilizzo di armi di distruzione di massa, che prevedano o meno la fissione o la fusione nucleare o la presenza di agenti chimici, biologici, radioattivi o simili, da parte di chiunque, in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione;

(iv) azioni terroristiche (indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che abbia contribuito in concorrenza, o in sequenza, alla responsabilità) o qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o sopprimere l'azione terroristica;

(v) radioattività, trasformazione o trasmutazione di atomi, siano esse naturali o artificiali (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, acceleratori ecc.) diverse da quelle previste dall'Art. 1.5.2;

(vi) possesso o utilizzo di sostanze esplosive, a meno che tale uso sia necessario all'**Assicurato** per l'esecuzione dei lavori commissionati.

2.15 Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** avanzata da, o in nome e per conto dell'**Assicurato** (salvo quanto previsto dall'Art. 1.3 RCO, o quando il **Dipendente**, o il "convenzionato", venga considerato **Terza Parte**).

2.16 Influenza suina, influenza aviaria e/o varianti significative di entrambi i ceppi.

2.17 Encefalopatia spongiforme trasmissibile (TSE), compresi, ma non limitatamente ad esse, l'encefalopatia spongiforme bovina, la malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD) o qualsiasi variante di tali patologie.

2.18 Stafilococco aureo resistente alla meticillina (MRSA) e sue varianti.

2.19 Qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** relativa ad effetti nocivi o tossici sull'organismo conseguenti al rilascio di materiale metallico nelle protesi dell'anca realizzate con tecnologia "metal on metal" ed a qualsiasi conseguenza riconducibile a tale rischi come - a titolo esemplificativo e non esaustivo - i danni sofferti per eventuali sostituzioni di dette protesi e conseguenti reimpianti; la presente esclusione non esplica i suoi effetti per gli eventuali danni non riconducibili alla tipologia sopra indicata e riconducibili, in tutto o in parte, alla responsabilità dell'**Assicurato** e direttamente imputabili alla prestazione dallo stesso erogata.

2.20 Esclusione Sanzioni Internazionali. La garanzia prestata con la presente **Polizza**, o con **Certificati di Assicurazione** o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'**Assicurato** o la **Parte 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 limitativo le Sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (U.K. 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.

ARTICOLI 3.1 - 3.3 - CONDIZIONI IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO

3.1 Denuncia in caso di Richiesta di Risarcimento

La condizione preliminare per ottenere l'indennizzo previsto da questa **Polizza Collettiva**, prevede che l'**Assicurato** invii, nel più breve tempo possibile durante il **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione** [e comunque non oltre 30 (trenta) giorni da quando è venuto a conoscenza del fatto], una denuncia agli **Assicuratori** di qualsiasi **Richiesta di Risarcimento**.

Tale denuncia dovrà contenere i dettagli completi dell'azione, dell'errore o dell'omissione, della transazione o dell'evento che ha dato origine alla **Richiesta di Risarcimento** e/o la perdita, compresa la data di tale azione, errore o omissione, transazione o evento, il nome(i) della persona(e) responsabile di tale atto, errore o omissione, transazione o evento, il nome(i) del possibile richiedente(i) e l'importo prevedibile della **Richiesta di Risarcimento**, oltre a tutta la documentazione medica, e non, di pertinenza.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Se, per ragioni esclusivamente pratiche, l'**Assicurato** non è in grado di inviare la comunicazione entro il **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**, viene concesso un ulteriore periodo di tolleranza di 30 (trenta) giorni, sempre che l'**Assicurato** sia venuto a conoscenza della **Richiesta di Risarcimento** entro il **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**. Questa **Polizza Collettiva** non potrà prendere in considerazione alcuna **Richiesta di Risarcimento** denunciata dopo tale periodo di tolleranza.

L'**Assicurato**, entro i tempi previsti, dovrà fornire all'ufficio indicato dagli **Assicuratori**, e riportato nella **Scheda di Polizza**, tutte le informazioni, la documentazione e le evidenze ragionevolmente necessarie.

Per quanto riguarda l'Assicurazione RCO, l'**Assicurato** dovrà anche denunciare qualsiasi decesso o qualsiasi incidente soggetti a indagine giudiziaria in base alla legislazione sugli infortuni sul luogo di lavoro, in tale secondo caso il termine di 30 (trenta) giorni per la denuncia decorre dalla data nella quale l'**Assicurato** ha ricevuto notifica di tale inchiesta. L'**Assicurato** dovrà comunicare agli **Assicuratori** qualsiasi richiesta o azione intrapresa dal richiedente, o dagli eredi del richiedente, e quelle degli enti assicurativi competenti e dovrà trasmettere tempestivamente qualsiasi documentazione ricevuta relativa alla vertenza.

3.2 Clausola di Cooperazione

Quale condizione preliminare per ottenere l'indennizzo previsto da questa **Polizza Collettiva**, l'**Assicurato** dovrà:

(a) fornire agli **Assicuratori** tempestivamente e comunque entro e non oltre 30 giorni tutti i dettagli relativi a ogni **Richiesta di Risarcimento** per cui richieda l'indennizzo ai termini di questa **Polizza Collettiva**;

(b) fornire agli **Assicuratori**, e/o ai loro rappresentanti, consulenti legali e/o agenti, la collaborazione e l'assistenza che verrà richiesta (in caso di mediazione o procedimento giudiziario non ordinario nei termini necessari per la partecipazione alla mediazione o per la costituzione in giudizio);

(c) assicurare che tutta la documentazione relativa a ogni **Richiesta di Risarcimento** venga conservata nella sua completezza e che non venga in alcun modo distrutta, o altrimenti eliminata, o che non venga trasmessa a **Terze Parti**, senza aver prima ottenuto l'autorizzazione scritta da parte degli **Assicuratori**;

(d) in base a quanto previsto dall'Art. 1260 del Codice Civile Italiano gli **Assicuratori** saranno assegnatari, ovvero in base a quanto previsto dall'Art. 1916 del Codice Civile Italiano avranno diritto di surroga, di tutti i diritti e possibilità di azione dell'**Assicurato** nei confronti di **Terze Parti**, prima o dopo aver liquidato un indennizzo ai termini di questa **Polizza Collettiva**. L'**Assicurato** dovrà fornire gratuitamente agli **Assicuratori** tutta l'assistenza che questi ragionevolmente richiederanno nel corso di ogni **Richiesta di Risarcimento** o azione nei confronti di **Terze Parti**.

3.3 Nessuna Ammissione di Responsabilità

Quale condizione preliminare per ottenere l'indennizzo previsto da questa **Polizza Collettiva**, l'**Assicurato** (o qualsiasi persona, azienda o società che agisce in nome o per conto dell'**Assicurato**) non dovrà rilasciare dichiarazioni di responsabilità, proporre compromessi, stabilire od offrire alcun pagamento in relazione alla **Richiesta di Risarcimento** senza aver prima ottenuto l'autorizzazione scritta da parte degli **Assicuratori**.

ARTICOLI 4.1 - 4.12 - CONDIZIONI RELATIVE ALLA PORTATA DI QUESTA ASSICURAZIONE

4.1 Durata Contrattuale - Diritto di Recesso ad ogni Data di Scadenza

L'assicurazione entrerà in vigore e terminerà alle date rispettivamente indicate nei singoli **Certificati di Assicurazione** emessi per ciascun **Assicurato** ai termini di questa **Polizza Collettiva**. A questo contratto non si applica il tacito rinnovo previsto dall'Art. 1899 del Codice Civile. Se questa **Polizza Collettiva** ha durata pluriennale, ciascuna delle parti potrà recedere da questo contratto alla data di scadenza di ogni periodo assicurativo annuale, dandone comunicazione scritta all'altra parte con preavviso di 30 (trenta) giorni. Le parti possono concordare un periodo assicurativo che sia inferiore ad un anno completo.

4.2 Limitazione Territoriale e Limiti Temporali di questa Assicurazione ["Claims Made" (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività

4.2.1 Limitazione Territoriale

Per quanto riguarda la **Responsabilità Civile Medica e Responsabilità Civile verso Terzi (Assicurazione RCT)** questa assicurazione coprirà il **Danno(i)** verificatosi in Italia soggetto a **Richieste di Risarcimento** avanzate in qualsiasi Paese del mondo, con esclusione delle **Richieste di Risarcimento** avanzate presso qualsiasi Tribunale degli Stati Uniti d'America, del Canada o del Messico, ovvero avanzate in qualsiasi altra nazione per ottenere la ratifica di un giudizio o di un'ingiunzione di un Tribunale degli Stati Uniti d'America, del Canada o del Messico.

Per quanto riguarda la **Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO)**, questa assicurazione coprirà il **Danno(i)** verificatosi in qualsiasi Paese del mondo, ma solo per le **Richieste di Risarcimento** assoggettate alla giurisdizione italiana.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

4.2.2 Limiti Temporali di questa Assicurazione [“Claims Made” (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività

Questa assicurazione copre i **Danni** in base al concetto “Claims Made” (Richieste di Risarcimento Presentate) in relazione alle **Richieste di Risarcimento** presentate per la prima volta nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**, sempre che siano una conseguenza di eventi verificatisi, o di errori od omissioni commessi, dopo la data di retroattività indicata al Punto 4 [minimo 10 (dieci) anni] della **Scheda di Polizza** e sempre che l’**Assicurato** ne dia comunicazione agli **Assicuratori**, nel rispetto di quanto previsto dagli Artt. da 3.1 a 3.3, nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione** e in ogni caso non oltre il 30° (trentesimo) giorno dopo la scadenza del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**.

4.2.3 Postuma Decennale per Cessazione di Attività in favore degli Esercenti la Professione Sanitaria

In favore degli esercenti la professione sanitaria in garanzia ai sensi della presente **Polizza Collettiva** per la propria Responsabilità Civile Personale ai sensi del Punto 12 - “**Assicurato**”, capitolo **Glossario**, limitatamente all’esercizio della professione sanitaria svolta presso le strutture sanitarie dell’**Assicurato** e/o alla loro effettiva attività o fornitura di servizi per, o a nome dell’Assicurato e sempre esclusi i soggetti di cui all’ultimo capoverso del Punto 12 - “**Assicurato**”, capitolo **Glossario**, in caso di cessazione definitiva dell’attività professionale per qualsiasi causa in costanza della presente **Polizza Collettiva**, la **Compagnia** concederà un periodo di ultrattività (estendibile agli eredi) della copertura per le **Richieste di Risarcimento presentat**e per la prima volta entro i 10 (dieci) anni successivi alla data di cessazione dell’attività e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della Polizza, incluso il periodo di retroattività della copertura.

4.3 Clausola MDO

Ai sensi e per gli effetti del D.M. 15 dicembre 2023, n. 232, quale condizione preliminare per ottenere l’indennizzo previsto da questa **Polizza Collettiva**, l’**Assicurato** deve garantire e mantenere la prova che:

(a) tutti gli **Esercenti la Professione Sanitaria** che abbiano agito nell’adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente abbiano stipulato una specifica polizza assicurativa per la Responsabilità Civile Professionale ai sensi dell’Art. 10, comma 2, Legge n. 24/2017, a primo rischio rispetto alla presente Polizza, per un capitale pari o superiore all’importo indicato nella **Scheda di Polizza**.

(b) l’**Assicurato** intraprenda tutti i passi ragionevoli per garantire i diritti e le azioni di surroga degli **Assicuratori** e dovrà anche collaborare con gli **Assicuratori** fornendo loro tutta l’assistenza ragionevole nel corso dell’azione di recupero;

(c) tutto il personale medico incaricato da e/o che agisce in nome o per conto dell’**Assicurato** e/o che opera nei locali dell’**Assicurato** sia in possesso dell’autorizzazione all’esercizio della professione medica prevista dal Ministero della Salute o da altri enti autorizzati al rilascio e alla registrazione dell’autorizzazione all’esercizio della professione.

4.4 Altra Assicurazione

4.4.1 Assicurazione Sottoscritta dall’Assicurato

Se una **Richiesta di Risarcimento** è coperta anche da un’altra assicurazione, sottoscritta dall’**Assicurato**, questa **Polizza Collettiva** avrà effetto solo su base “eccesso di perdita”, ovvero, dopo che sarà stato raggiunto il limite di indennizzo dell’altra assicurazione, e sarà sempre e comunque soggetta ai **Limiti di Indennizzo** ed alla **S.I.R. - Self Insured Retention o Franchigia** previsti da questa **Polizza Collettiva**.

Se una **Richiesta di Risarcimento** è coperta anche da un’altra assicurazione personale o collettiva sottoscritta individualmente da un medico, da un operatore o da qualsiasi altra persona da considerarsi Assicurato ai sensi della presente **Polizza Collettiva**, verrà applicato quanto previsto dall’Art. 1910 del Codice Civile e questa assicurazione contribuirà all’indennizzo nella dovuta proporzione, ma sempre e comunque entro i **Limiti di Indennizzo** e oltre la **S.I.R. - Self Insured Retention o Franchigia** previsti da questa **Polizza Collettiva**. Questa clausola si applicherà anche nel caso in cui l’assicurazione sottoscritta dal singolo **Assicurato** sia di tipo “eccesso di perdita”, e in nessun caso questo contratto potrà essere utilizzato come contratto di assicurazione primario in deroga a quanto previsto dall’Art. 1910 del Codice Civile.

4.4.2 Obbligo di Trasmettere le Richieste di Risarcimento a tutti gli Assicuratori Coinvolti

L’obbligo di informare gli **Assicuratori** dell’esistenza di un’altra assicurazione sorge solo nel caso di una **Richiesta di Risarcimento**. In entrambi i casi di cui all’Artt. 4.4.1. precedente, l’**Assicurato** dovrà inviare una comunicazione a tutti gli **Assicuratori** coinvolti entro i termini stabiliti dalle rispettive **Polizze**, indicando a ciascuno il nome degli altri **Assicuratori**, come previsto dall’Art. 1910 del Codice Civile.

4.5 Ragionevoli Precauzioni

L’**Assicurato** dovrà adottare tutte le precauzioni ragionevoli per evitare incidenti e per evitare o interrompere qualsiasi attività che potrebbe essere causa di responsabilità civile, e dovrà adottare tutti i passi ragionevoli per rispettare e adeguarsi a tutte le normative o le leggi, gli obblighi e i requisiti delle autorità locali.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

4.6 Clausola sugli Strumenti

Quale condizione preliminare per ottenere l'indennizzo dagli **Assicuratori** è che qualsiasi strumento o mezzo utilizzato, o che si prevede di utilizzare, per l'attività dell'**Assicurato**, e destinato a venire a contatto con fluidi corporei (siano essi umani o animali) o che debba penetrare tessuti (siano essi umani o animali) venga manipolato, usato e riposto in base alle istruzioni fornite dal produttore e, se previsto dal produttore e dal Ministero della Salute o ente equivalente che lo si possa utilizzare più di una volta, venga debitamente sterilizzato prima dell'uso:

(a) usando solo apparecchiature di sterilizzazione specificatamente approvate dal produttore e conformi alle istruzioni, raccomandazioni o indicazioni di tale produttore;

(b) in conformità alle indicazioni del Ministero della Salute, o enti equivalenti.

4.7 Recupero e Rivalsa

In virtù di quanto previsto dagli artt.1916 e 1260 del Codice Civile la Compagnia si surroga in via di rivalsa in tutti i diritti spettanti all'**Assicurato** nei confronti di terzi responsabili nei limiti di quanto liquidato o da liquidare a titolo di indennizzi e spese.

In particolare per gli **Esercenti la Professione Sanitaria** che abbiano agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente è fatto salvo il diritto di rivalsa della **Compagnia** e quello di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, comma 1 c.c., fermo l'obbligo per tali soggetti di stipulare una specifica polizza assicurativa per la Responsabilità Civile Professionale ai sensi dell'Art. 10, comma 2, Legge N. 24/2017, come previsto dal precedente Art. 4.3 "Clausola MDO", paragrafo (a).
Per i soggetti di cui ai punti (b), (c) e (d) del Punto 12 - "**ASSICURATO**" del **Glossario** è fatto salvo il diritto di rivalsa della **Compagnia** e quello di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, comma 1, c.c. solo per fatti da loro cagionati con Dolo o Colpa Grave, anche se non accertati giudizialmente, nei limiti stabiliti dall'Art. 9, comma 6, Legge N. 24/2017, fermo l'obbligo per gli stessi di stipulare una specifica polizza assicurativa per la Colpa Grave ai sensi dell'Art. 10, comma 3, Legge N, 24/2017, salvo che il Contratto Collettivo Nazionale non escluda tale facoltà da parte del Datore di Lavoro nei confronti dei **Dipendenti**.

4.8 Rinuncia alla Surroga

Gli Assicuratori concordano di rinunciare al loro diritto di surroga, ad eccezione dei casi di dolo e/o quando sia l'Assicurato a decidere di procedere, nei seguenti casi:

(a) società, enti benefici e organizzazioni senza scopo di lucro che possono cooperare con l'**Assicurato** nelle attività indicate nel **Certificato di Assicurazione** e nel **Modulo di Adesione**;

(b) altre categorie, se presenti, di personale non direttamente assunto dall'**Assicurato**, per il quale viene richiesta un'assicurazione obbligatoria a spese dell'**Assicurato**;

(c) persone disabili o portatori di handicap, temporaneamente ospitate per terapie di recupero nei locali dell'**Assicurato**;

(d) persone che partecipano a programmi di istruzione, socializzazione, riabilitazione e terapeutici;

(e) minori affidati, o posti sotto la tutela o custodia, dell'**Assicurato** da parte di un Tribunale

4.9 Diritti di Recesso

Le Condizioni di Polizza non prevedono il recesso per sinistro, così come previsto dal Decreto n°232 del 15 Dicembre 2023.

4.10 Franchigia o S.I.R. per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento - Self Insured Retention per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento

La copertura assicurativa garantita da questa Polizza Collettiva è soggetta alla condizione che una parte del rischio venga assunto dall'**Assicurato** sotto forma di **S.I.R. - Self Insured Retention** per ogni e ciascuna **Richiesta di Risarcimento o Franchigia** per ogni e ciascuna **Richiesta di Risarcimento**, così come definito nei singoli **Certificati di Assicurazione** della presente **Polizza Collettiva** emessi per ciascun **Assicurato**.

Il diritto di recesso di cui al precedente Art. 4.9 sarà applicabile anche quando la **Richiesta di Risarcimento** rientra nella **S.I.R. -Self Insured Retention o Franchigia**.

4.10.1 Franchigia

4.10.1.1 Le Parti convengono di adottare le seguenti modalità per la gestione dei sinistri interessati dall'applicazione di importi in Franchigia. La gestione di ogni sinistro debitamente e tempestivamente denunciato agli **Assicuratori a seguito di una Richiesta di Risarcimento** verrà eseguita dagli **Assicuratori** con l'assistenza del competente ufficio dell'**Assicurato**. Verrà applicato quanto previsto dagli Artt. 3.1, 3.2 e 3.3 e i criteri indicati nell'Art. 1.7

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

4.10.1.2 Gli **Assicuratori** comunicheranno all'**Assicurato** ogni singolo pagamento da liquidare come indennizzo e spese a favore del richiedente, tenendo in considerazione qualsiasi altra assicurazione coinvolta **e** la **Franchigia**, così come riportata nei singoli **Certificati di Assicurazione** emessi per ciascun **Assicurato** ai termini della presente **Polizza Collettiva**.

4.10.1.3 Ogni pagamento dovrà essere liquidato nel più breve tempo possibile e, in ogni caso, non oltre 30 (trenta) giorni lavorativi a partire dal ricevimento della quietanza liberatoria o di una dichiarazione di accettazione firmata dal ricevente e della documentazione necessaria ai sensi di legge.

4.10.1.4 Qualsiasi costo aggiuntivo determinato da un mancato pagamento o da un pagamento ritardato o parziale da parte dell'**Assicurato**, oppure da un pagamento di indennizzi e/o di spese effettuato dall'**Assicurato** non preventivamente approvati dagli **Assicuratori** sarà completamente a carico dell'**Assicurato** e non pregiudicherà i diritti degli **Assicuratori**.

4.10.2 S.I.R. - Self Insured Retention

Le Parti convengono di adottare le seguenti modalità per la gestione dei sinistri interessati dall'applicazione di importi in **S.I.R. - Self Insured Retention**.

Al ricevimento della denuncia di sinistro gli **Assicuratori** valutano le conseguenze economiche del sinistro e:

(a) nel caso in cui, sulla base della documentazione ricevuta all'atto dell'apertura del sinistro, quantifichino il valore economico della vertenza nei limiti della **S.I.R. - Self Insured Retention** provvederanno ad inviare all'**Assicurato** una comunicazione in tal senso e l'Assicurato procederà alla gestione del sinistro. Resta inteso che qualora emerga che il sinistro dovrà essere liquidato (per qualsivoglia motivo, ragione o causa) il danno relativo al sinistro dovrà essere liquidato autonomamente dall'Assicurato nei limiti della **S.I.R. - Self Insured Retention**;

(b) nel caso in cui durante la procedura di gestione del sinistro, si dovessero verificare circostanze tali da produrre un aumento dell'importo del sinistro originariamente in **S.I.R. - Self Insured Retention,** l'**Assicurato** si impegna a inviare nuovamente il sinistro agli **Assicuratori**, i quali si riservano di assumere la gestione del sinistro, fermo restando che le spese sostenute dall'**Assicurato** nella prima fase di istruttoria restano a carico dello stesso. Gli **Assicuratori** garantiranno le conseguenze economiche dei sinistri che possano in fase successiva, e solo ed esclusivamente in caso di circostanze non ascrivibili all'**Assicurato**, eccedere gli importi della rispettiva **S.I.R. - Self Insured Retention**.

Nel caso in cui la vertenza ecceda gli importi della **S.I.R. - Self Insured Retention**, all'esito dell'istruttoria gli **Assicuratori** provvederanno ad inviare all'**Assicurato** le conclusioni contenenti "la proposta di liquidazione da inviare alla controparte con determinazione dell'importo in **S.I.R. - Self Insured Retention** a carico dell'**Assicurato** o la richiesta di reiezione del sinistro".

- Decorsi ulteriori 20 giorni dalla data di ricezione della suddetta proposta, nel silenzio dell'**Assicurato**, gli Assicuratori provvederanno o alla reiezione del sinistro o all'emissione di atto di quietanza per il risarcimento / indennizzo concordato con la controparte, contenente la precisazione che l'importo inerente alla **S.I.R. - Self Insured Retention** verrà corrisposto al danneggiato direttamente dall'**Assicurato**. Laddove vi sia la formale accettazione (mediante sottoscrizione e trasmissione dell'atto di quietanza) da parte della Controparte, l'**Assicurato** nel termine essenziale dei successivi 10 giorni corrisponde l'importo a Suo carico direttamente in favore della Controparte. Resta inteso che in caso di fallimento della transazione conseguente al mancato ottemperamento di tale pagamento in favore della Controparte gli **Assicuratori** corrisponderanno direttamente all'**Assicurato** l'importo stanziato al netto della **S.I.R. - Self Insured Retention**, liberandosi - in assoluto e corretto adempimento del contratto di assicurazione - di qualsivoglia ulteriore onere relativo al sinistro fatto salvo il diritto di rivalsa della Compagnia nei confronti di terzi responsabili e fatto salvo il diritto di ripetizione delle eventuali maggiori somme corrisposte all'**Assicurato** che questi non abbia corrisposto, per qualsiasi ragione, ai danneggiati restando ogni ulteriore onere in capo esclusivamente all'**Assicurato**. In caso di eventuale giudizio l'**Assicurato** non avrà alcun diritto di garanzia o di chiamata in causa nei confronti degli **Assicuratori**. Resta inteso fra le parti che la **Compagnia** non dovrà in nessun caso pagare un importo eccedente la somma pagata dall'**Assicurato** ai danneggiati (al netto della **S.I.R. - Self Insured Retention**) e/o di pagare quote assicurate da altre compagnie assicuratrici. L'**Assicurato** si impegna a tenere la Compagnia informata di termini e condizioni di transazioni o sentenze e a restituire gli importi pagati in eccesso dalla Compagnia. Qualsiasi cambiamento di questa clausola dovrà essere concordato per iscritto dalle parti e debitamente sottoscritto da un rappresentante a ciò autorizzato.
- Ove, entro i 20 giorni dalla data di ricezione della proposta di liquidazione, l'**Assicurato** contesti la propria responsabilità ovvero ritenga eccessivo l'importo proposto dalla Compagnia, l'**Assicurato** stesso avrà facoltà di rifiutare la liquidazione del sinistro e di avocarne a sé la gestione. In tal caso gli **Assicuratori** saranno responsabili per il pagamento dell'importo concordato con la controparte al netto della **S.I.R. - Self Insured Retention,** liberandosi - in assoluto e corretto adempimento del contratto di assicurazione - di qualsivoglia ulteriore onere relativo al sinistro fatto salvo il diritto di rivalsa della Compagnia nei confronti di terzi responsabili. In caso di eventuale giudizio l'**Assicurato** non avrà alcun diritto di garanzia o di chiamata in causa nei confronti degli **Assicuratori**. Resta inteso fra le parti che la **Compagnia** non dovrà in nessun caso pagare un importo eccedente la somma pagata dall'**Assicurato** ai danneggiati (al netto della **S.I.R. - Self Insured Retention**) e/o di pagare quote assicurate da altre compagnie assicuratrici. L'**Assicurato** si impegna a tenere la Compagnia informata di termini e condizioni di transazioni o sentenze e a restituire gli importi pagati in eccesso dalla Compagnia. Qualsiasi cambiamento di questa clausola dovrà essere concordato per iscritto dalle parti e debitamente sottoscritto da un rappresentante a ciò autorizzato.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

4.11 Variazione del Rischio

L'**Assicurato** dovrà comunicare per iscritto, e non appena possibile, agli **Assicuratori** ogni situazione che comporti un aumento del rischio. Un aumento del rischio non noto o non espressamente accettato dagli **Assicuratori** può comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'**Assicurato** all'indennizzo, e la cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 del Codice Civile). Se si verificano cambiamenti nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione** che influiscono sul rischio, gli **Assicuratori** possono richiedere modifiche anche sostanziali ai termini della **Polizza Collettiva** in vigore.
Se l'**Assicurato** non accetta la(e) modifica(he) proposta(e) entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione della modifica(he), gli **Assicuratori** saranno autorizzati a recedere dalla garanzia prestata nei confronti dell'**Assicurato**, dandone comunicazione all'**Assicurato** con 60 (sessanta) giorni di preavviso.

4.12 Eccezioni Opponibili

Sono opponibili al danneggiato, previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificatamente per iscritto, le seguenti eccezioni: A. i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa; B. i fatti generatori di responsabilità verificatasi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5 del Decreto; C. le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere q) ed r) del Decreto, con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge; 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.

ARTICOLI 5.1 - 5.10 - ALTRE CONDIZIONI RELATIVE AL FUNZIONAMENTO DELLA POLIZZA COLLETTIVA

5.1 Data di Effetto - Pagamento del Premio

Questo articolo deroga espressamente a quanto previsto dall'Art. 1901 del Codice Civile. Questa assicurazione entra in vigore alle ore 00:01 della data indicata al Punto 2 dei singoli **Certificati di Assicurazione** emessi per ciascun **Assicurato** ai termini della presente **Polizza Collettiva** e il premio dovrà essere pagato agli **Assicuratori** tramite l'Intermediario, secondo le rate, gli importi e le relative date di scadenza indicate nei singoli **Certificati di Assicurazione** emessi per ciascun **Assicurato** ai termini della presente **Polizza Collettiva**. Qualsiasi altro premio successivo dovrà essere pagato entro 10 (dieci) giorni dalla rispettiva data di scadenza.

Se l'**Assicurato** non paga il premio entro i termini sopra indicati, questa assicurazione non avrà alcun effetto e l'**Assicurato** perderà *ab initio* ogni diritto di copertura previsto da questa **Polizza Collettiva**.

Salvo quanto diversamente concordato con approvazioni speciali sottoscritte di questa **Polizza Collettiva**, tutti i premi devono essere versati a **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, Corso Italia, 13 - 20122 Milano, e trasmessi tramite l'Intermediario indicato nel Punto 16 della **Scheda di Polizza**.

Il premio per ogni periodo assicurativo dovrà essere sempre versato per intero, anche quando è stato accordato un piano di pagamento dilazionato, ed anche quando vi è un accordo di versamento di un premio di deposito all'effetto della copertura, con successiva regolazione alla data di scadenza.

5.2 Regolazione del Premio

Nel caso in cui il premio indicato nel **Certificato di Assicurazione** sia soggetto a regolazione sulla base di elementi variabili, l'**Assicurato** dovrà pagare un premio minimo a deposito, non rimborsabile, in occasione dell'effetto di ogni periodo assicurativo, calcolato applicando il tasso di premio concordato all'importo totale di tali elementi variabili, stimati per il periodo assicurativo.

Alla scadenza di ogni periodo assicurativo gli **Assicuratori**, nei limiti di quanto previsto dalla legge, effettueranno verifiche e controlli presso l'adibito portale delle Camere di Commercio e/o della Pubblica Amministrazione al fine di identificare gli importi totali di tali elementi variabili registrati nel corso dello stesso periodo. Il premio finale verrà calcolato applicando lo stesso tasso all'importo così riscontrato, ed il relativo atto di regolazione premio verrà trasmesso all'**Assicurato**.

In caso di assenza della documentazione utile alla determinazione degli importi ai sensi di quanto sopra, gli **Assicuratori** richiederanno all'**Assicurato**, nel termine dei 60 (sessanta) giorni successivi alla ricezione della richiesta stessa, espressa dichiarazione per iscritto attestante l'importo totale degli elementi variabili registrati nel corso dello stesso periodo. In questo caso, se ritenuto conforme alle aspettative da parte degli **Assicuratori**, il premio finale verrà calcolato applicando lo stesso tasso all'importo così dichiarato.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Al ricevimento dell'atto di regolazione premio, l'**Assicurato** dovrà pagare agli **Assicuratori** la differenza fra il premio finale ed il premio minimo a deposito

Nel caso in cui l'**Assicurato** ritenga che l'importo totale degli elementi variabili debbano essere calcolati in maniera differente rispetto a quanto identificato dagli **Assicuratori,** lo stesso è tenuto a trasmettere tale volontà e tutta la relativa documentazione a comprova entro e non oltre 30 (trenta) giorni dal ricevimento dell'atto di regolazione premio. In assenza di tale riscontro, l'atto di regolazione premio e le conseguenti obbligazioni contrattuali in capo all'**Assicurato** si intendono tacitamente accettate.

Nel caso in cui l'**Assicurato** non dichiari nei termini prescritti, o dichiari elementi variabili non veri o non corretti per il calcolo del premio assicurativo, gli **Assicuratori** avranno automaticamente il diritto di recuperare tutti gli indennizzi pagati ai termini di questa **Polizza Collettiva**, con l'aggiunta degli interessi ragionevolmente maturati.

Gli **Assicuratori** saranno comunque autorizzati in qualsiasi momento, nei limiti di quanto previsto dalla legge, ad effettuare verifiche e controlli e l'**Assicurato** dovrà, da parte sua, fornire tutti i chiarimenti e la documentazione necessari

5.3 Tasse e Imposte

Tutte le tasse e le imposte relative a questa assicurazione sono a carico l'**Assicurato**. Gli **Assicuratori** non hanno alcuna responsabilità riguardo al pagamento di tali oneri.

5.4 Modifiche Contrattuali

Qualsiasi modifica a questo contratto deve essere fatta esclusivamente per iscritto e controfirmata dalla **Parte Contraente** e dagli **Assicuratori**.

5.5 Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio

Le dichiarazioni non accurate o la mancata comunicazione da parte dell'**Assicurato** di circostanze che devono essere note per la valutazione del rischio possono portare alla perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo previsto dalla **Polizza** ed alla cessazione del contratto di assicurazione, in base a quanto previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

5.6 Clausola Intermediario - Comunicazioni agli Assicuratori

La **Parte Contraente** conferma espressamente che, in conformità a quanto previsto dal Decreto Legislativo N° 209 del 7.9.2005, e successive modificazioni, integrazioni o regolamenti attuativi, ha affidato la gestione e l'esecuzione di questo contratto all'Intermediario indicato al Punto 21 della **Scheda di Polizza**.
La **Parte Contraente** riconosce, pertanto, che ogni comunicazione relativa a questa assicurazione verrà inoltrata con lettera raccomandata o via fax tramite l'Intermediario sopra citato, delegato dalla **Parte Contraente** a gestire tutte le attività relative a questo contratto. Questo articolo non riduce in alcun modo le condizioni previste per le comunicazioni agli **Assicuratori** riportate nell'Art. 3.1.

5.7 Giurisdizione (e Competenza Locale)

Il Tribunale competente per ogni controversia sarà quello della giurisdizione nella quale l'**Assicurato** ha la propria sede legale.

5.8 Legislazione Applicabile

Per l'interpretazione di questo contratto e per qualsiasi elemento non espressamente regolato dalle condizioni, clausole e definizioni contenute in questo contratto, o allo stesso aggiunte con appendice sottoscritta da entrambe le parti, si farà riferimento esclusivo alla legislazione della Repubblica Italiana. In deroga a possibili diverse interpretazioni, questo contratto dovrà essere interpretato in modo imparziale tra la **Parte Contraente** e gli **Assicuratori**; senza limitazione alcuna, qualora la formulazione scritta di questa **Polizza Collettiva** dovesse essere considerata ambigua, qualsiasi vertenza emergente dovrà essere risolta nel modo più conforme a quanto previsto dalle clausole, stipulazioni, esclusioni e condizioni relative, senza alcuna presunzione o arbitraria interpretazione o assunzione a favore della **Parte Contraente** o degli **Assicuratori**. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge (L.24/2017 Gelli-Bianco, di seguito anche "Legge"; Decreto n°232 del 15 Dicembre 2023 e G.U 1 Marzo 2024)

5.9 Responsabilità Disgiunta e Responsabilità Solidale

Le obbligazioni di ciascuna Compagnia di Assicurazioni, definita come **Assicuratori,** saranno disgiunte e non solidali e graveranno solo per la quota parte sottoscritta da ciascuna di tali Compagnie. La Compagnia Assicuratrice non sarà responsabile di quanto sottoscritto da un'altra Compagnia che, per qualsiasi ragione, non soddisfi in tutto o in parte le obbligazioni previste dal contratto a loro carico.

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

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

5.10 Reclami

In caso di domande o richieste di chiarimenti circa questa **Polizza Collettiva** o riguardanti la gestione delle **Richieste di Risarcimento**, contattare, in prima istanza:
Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia, Corso Italia, 13 - 20122 Milano.

5.11 Facoltà di Revisione/Recesso in seguito a Cambiamenti Normativi

Le parti si danno reciprocamente atto che il premio è stato determinato sulla base delle previsioni contenute nella vigente normativa in materia di Responsabilità Civile.
In caso di emanazione di nuova normativa in ambito di responsabilità medico sanitaria ovvero in caso di cambiamenti della normativa esistente in tale ambito, 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 30 (trenta) giorni, mediante invio di lettera raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata.

La presente **Polizza Collettiva** è composta da 34 (trentaquattro) pagine, compresi i relativi 3 (tre) allegati.

Per quanto previsto dagli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il **Contraente** dichiara qui:

(c) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione "Claims Made" (**Richieste di Risarcimento** presentate) a copertura delle **Richieste di Risarcimento**:
(iii) presentate per la prima volta all'**Assicurato**; e
(iv) debitamente denunciate dall'**Assicurato** agli **Assicuratori** nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**;

(d) di aver letto e di aver specificatamente approvato quanto previsto dalla **Polizza Collettiva**.

Il **Contraente** dichiara di aver ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte della Polizza Collettiva **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, in particolare del "Mod. 155 24 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 1.10.2024", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 455 24 Condizioni di Assicurazione RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 01.10.2024", dei relativi Allegati e Atti di Variazione indicati al Punto 19 della **Scheda di Polizza**, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

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

A conferma di quanto sopra, e ad ogni effetto di legge di cui agli artt.1341 e 1342 c.c. il **Contraente** sottoscrive per specifica approvazione le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 455 24 Condizioni di Assicurazione RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 01.10.2024":

Glossario
13 - Limiti e Sottolimiti dell'Indennizzo

Articoli e Coperture Aggiuntive
Art. 1.3 - Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO)

Esclusioni
Artt. da 2.1 a 2.21 compresi

Condizioni in Caso di Richiesta di Risarcimento
Art. 3.1 - Denuncia in Caso di Richiesta di Risarcimento
Art. 3.2 - Clausola di Cooperazione
Art. 3.3 - Nessuna Ammissione di Responsabilità

Condizioni Relative alla Portata di Questa Assicurazione
Art. 4.1 - Durata Contrattuale - Diritto di Recesso ad Ogni Data di Scadenza
Art. 4.2.1 - Limitazione Territoriale
Art. 4.2.2 - Limiti Temporali di Questa Assicurazione ["Claims Made" (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività
Art. 4.3 - Clausola MDO

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Art. 4.4 - Altra Assicurazione (Artt. da 4.4.1 a 4.4.2 compresi)
Art. 4.7 - Recupero e Rivalsa
Art. 4.10 - Franchigia o S.I.R. per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento - Self Insured Retention per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento
Art. 4.11 - Variazione del Rischio
Art. 4.12 - Eccezioni Opponibili

Altre Condizioni Relative al Funzionamento della Polizza Collettiva
Art. 5.1 - Data di Effetto - Pagamento del Premio
Art. 5.2 - Regolazione del Premio.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

ALLEGATO N. 1
TASSI DI PREMIO E REGOLE ASSUNTIVE

Tassi di premio Poliambulatori & RSA e relativi premi minimi (*):

POLIAMBULATORI (Tassi Lordi Pro-Mille) *Il premio annuo minimo a deposito, tasse incluse, è calcolato in funzione del Fatturato a preventivo indicato dall'Assicurato*			**Franchigia EUR 2.500**	**Franchigia EUR 5.000**	**SIR EUR 10.000**	**SIR EUR 25.000**
	Fatturato da	**Fatturato a**	**Tasso**	**Tasso**	**Tasso**	**Tasso**
Presenza di sinistri ultimi cinque anni (**)	EUR 0	EUR 3.000.000				
	EUR 3.000.000	EUR 10.000.000				
Assenza di sinistri ultimi cinque anni	EUR 0	EUR 3.000.000				
	EUR 3.000.000	EUR 10.000.000				

RSA (Tassi Lordi Pro-Mille) *Il premio annuo lordo minimo a deposito, tasse incluse, è calcolato in funzione del Fatturato a preventivo indicato dall'Assicurato*			**Franchigia EUR 2.500**	**Franchigia EUR 5.000**	**SIR EUR 10.000**	**SIR EUR 25.000**
	Fatturato da	**Fatturato a**	**Tasso**	**Tasso**	**Tasso**	**Tasso**
Presenza di sinistri ultimi cinque anni (**)	EUR 0	EUR 3.000.000				
	EUR 3.000.000	EUR 10.000.000				
Assenza di sinistri ultimi cinque anni	EUR 0	EUR 3.000.000				
	EUR 3.000.000	EUR 10.000.000				

STUDI ODONTOIATRICI (Tassi Lordi Pro-Mille) *Il premio annuo lordo minimo a deposito, tasse incluse, è calcolato in funzione del Fatturato a preventivo indicato dall'Assicurato*			**Franchigia EUR 1.500**	**Franchigia EUR 2.500**	**SIR EUR 3.500**	**SIR EUR 5.000**
	Fatturato da	**Fatturato a**	**Tasso**	**Tasso**	**Tasso**	**Tasso**
Presenza di sinistri ultimi cinque anni (**)	EUR 0	EUR 3.000.000				
	EUR 3.000.000	EUR 10.000.000				
Assenza di sinistri ultimi cinque anni	EUR 0	EUR 3.000.000				
	EUR 3.000.000	EUR 10.000.000				

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

POLIAMBULATORI - Premio Minimo (***) *Premio annuo lordo minimo a deposito*	**Franchigia EUR 2.500**	**Franchigia EUR 5.000**	**SIR EUR 10.000**	**SIR EUR 25.000**
Presenza di sinistri ultimi cinque anni (**)	EUR	EUR	EUR	EUR
Assenza di sinistri ultimi cinque anni	EUR	EUR	EUR	EUR

RSA - Premio Minimo (***) *Premio annuo lordo minimo a deposito*	**Franchigia EUR 2.500**	**Franchigia EUR 5.000**	**SIR EUR 10.000**	**SIR EUR 25.000**
Presenza di sinistri ultimi cinque anni (**)	EUR	EUR	EUR	EUR
Assenza di sinistri ultimi cinque anni	EUR	EUR	EUR	EUR

STUDI ODONTOIATRICI - Premio Minimo (***) *Premio annuo lordo minimo a deposito*	**Franchigia EUR 1.500**	**Franchigia EUR 2.500**	**SIR EUR 3.500**	**SIR EUR 5.000**
Presenza di sinistri ultimi cinque anni (**)	EUR	EUR	EUR	EUR
Assenza di sinistri ultimi cinque anni	EUR	EUR	EUR	EUR

(*) Tassi di premio Poliambulatori & RSA e relativi premi minimi

1. I tassi ed i premi minimi indicati nella tabella "**Tassi di premio Poliambulatori & RSA e relativi premi minimi**" devono intendersi lordi annui.
2. Il periodo di frazionamento delle rate di premio convenuto si intende annuale. Qualora richiesto è consentito un frazionamento semestrale con applicazione di un sovra-premio per l'onere gestionale derivante dalla rateizzazione pari al 3% del premio annuale di tariffa applicabile;
3. In base a quanto indicato all'art. "4.2.2 Limiti Temporali di questa Assicurazione ["Claims Made" (**Richieste di Risarcimento** Presentate)], Retroattività" - il periodo di Retroattività convenuto si intende minimo 10 (dieci) anni. Qualora richiesto è consentito aderire all'Opzione per Retroattività Illimitata con applicazione di un sovra-premio pari al 10% del premio annuale di tariffa applicabile;
4. Il paragrafo **ESCLUSIONI** è da intendersi integrato dalla seguente: la copertura della presente **Polizza Collettiva** esclude qualsivoglia attività di diagnosi e screening prenatale.
5. I singoli **Assicurati** possono aderire alle coperture assicurative previste dalla presente **Polizza Collettiva** compilando e sottoscrivendo il **Modulo di Adesione** e corrispondendo il relativo premio. La copertura assicurativa ha durata annuale, e decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio dovuto. A seguito dell'avvenuto pagamento la **Compagnia** invierà all'**Assicurato** un regolare **Certificato di Assicurazione** contenente i dati relativi alla sua copertura. Se l'**Assicurato** non paga le rate di premio successive troverà applicazione l'Art. 1901 del c.c..
6. Resta inteso che è facoltà del **Contraente** negare a qualunque singolo **Assicurato** l'adesione alla presente **Polizza Collettiva**, senza obbligo di motivazione.
7. I singoli **Assicurati**, per contro, hanno facoltà di manifestare la volontà di non rinnovare la propria copertura mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti inviata almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale; in mancanza di tale manifestazione la copertura si intende prorogata di un anno e così successivamente.

(**) ***Presenza di sinistri ultimi cinque anni***: l'adesione alla presente **Polizza Collettiva**, qualora i sinistri denunciati dall'Assicurato, negli ultimi 5 anni, siano in numero uguale o superiore a 3 (tre) - dovrà essere preventivamente approvata dalla Compagnia.

(***) ***POLIAMBULATORI - Premio Minimo & RSA - Premio Minimo*:** premio annuo lordo minimo a deposito da applicare qualora il premio annuo lordo minimo a deposito, tasse incluse, calcolato in funzione del Fatturato a preventivo indicato dall'Assicurato, risulti inferiore ai valori di premio indicati in tabella.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

ALLEGATO N. 2
FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Certificato di Assicurazione N° ……

POLIZZA DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA N° 20…RCG00…-……

ASSICURATO:

……

Indirizzo ……

Codice Fiscale o Partita IVA: ……

1. **Assicurato:** **Altre persone giuridiche assicurate:**

Codice Fiscale o Partita IVA:

Periodo di Validità:
2. Effetto: Dalle ore 00:01 del
3. Scadenza: Alle ore 00:01 del

Data di Continuità:
2.1 Ore 00:01 del

4. **Data Retroattività:** Ore 00:01 del
5. **Limite dell'Indennizzo per Risarcimento (Responsabilità Civile e Responsabilità del Datore di Lavoro):** EUR
6. **Limite Aggregato dell'Indennizzo:** EUR
7. **Sottolimite dell'Indennizzo (Dolo e ColpaGrave):** EUR
8. **Sottolimite dell'Indennizzo (Responsabilità del Datore di Lavoro):** EUR
9. **Raccolta, Distribuzione e Uso di Sangue:** EUR
10. **Sottolimite Inquinamento Accidentale:** EUR
11. **Sottolimite per Sviluppo di Incendi:** EUR
12. **Sottolimite Articoli Depositati:** EUR
13. **Sottolimite Interruzione Attività di Terze Parti:** EUR
14. **Sottolimite Altre Coperture Accessorie:** EUR
15. **Franchigia o S.I.R. per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento:** EUR

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

16. Franchigia Aggregata Annuale, <u>operante sugli importi dei sinistri al netto della franchigia o S.I.R per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento</u> di cui al precedente punto 15: --

17. Franchigia Speciale: --

18. Clausola MDO: EUR

19. Premio Annuo Imponibile: EUR (100% Minimo di Deposito) a cui vanno aggiunte le imposte di Legge, pari ad EUR .
Le rate di premio devono essere pagate entro 30 giorni dalle seguenti date di scadenza, e con i seguenti importi:

Data di scadenza rata	Premio Imponibile (EUR)	Imposte (22,25%) (EUR)	Premio Totale (EUR)

Fermo l'importo del premio minimo imponibile per il periodo, il premio è regolabile alla scadenza al tasso annuo del xx,xx per mille imponibile, da calcolarsi pro-rata per il periodo, a cui vanno aggiunte le imposte di Legge, sul Fatturato annuo consuntivo.

20. Informazioni relative a Fatturato/Retribuzioni: EUR (Fatturato a preventivo 20…)

21. Intermediario (Broker):

22. Intermediario (Agente):

23. Data Modulo di Adesione: …/…/……

24. Informativa Precontrattuale e Condizioni di Assicurazione: Mod. 155 24 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 1.10.2024
Mod. 455 24 Condizioni di Assicurazione RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 01.10.2024

25. Allegati / Atti di Variazione:

Milano, … /… /……

L'ASSICURATO LA COMPAGNIA

_____ _____

Per quanto previsto dagli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, l'**Assicurato** dichiara qui:

(a) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione "Claims Made" (**Richieste di Risarcimento** presentate) a copertura delle **Richieste di Risarcimento**:
(v) presentate per la prima volta all'**Assicurato**; e
(vi) debitamente denunciate dall'**Assicurato** agli **Assicuratori** nel corso del **Periodo di Validità del Certificato di Assicurazione**;

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

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

L'**Assicurato** dichiara di aver ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, della Polizza Collettiva **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, in particolare del "Mod. 155 24 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 1.10.2024", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 455 24 Condizioni di Assicurazione RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 01.10.2024", dei relativi Allegati e Atti di Variazione indicati al Punto 19 della **Scheda di Polizza**, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

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

A conferma di quanto sopra, e ad ogni effetto di legge di cui agli artt.1341 e 1342 c.c. l'**Assicurato** sottoscrive per specifica approvazione le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 455 24 Condizioni di Assicurazione RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 01.10.2024":

Glossario
13 - Limiti e Sottolimiti dell'Indennizzo

Articoli e Coperture Aggiuntive
Art. 1.3 - Responsabilità del Datore di Lavoro (Assicurazione RCO)

Esclusioni
Artt. da 2.1 a 2.21 compresi

Condizioni in Caso di Richiesta di Risarcimento
Art. 3.1 - Denuncia in Caso di Richiesta di Risarcimento
Art. 3.2 - Clausola di Cooperazione
Art. 3.3 - Nessuna Ammissione di Responsabilità

Condizioni Relative alla Portata di Questa Assicurazione
Art. 4.1 - Durata Contrattuale - Diritto di Recesso ad Ogni Data di Scadenza
Art. 4.2.1 - Limitazione Territoriale
Art. 4.2.2 - Limiti Temporali di Questa Assicurazione ["Claims Made" (Richieste di Risarcimento Presentate)], Retroattività
Art. 4.3 - Clausola MDO
Art. 4.4 - Altra Assicurazione (Artt. da 4.4.1 a 4.4.2 compresi)
Art. 4.7 - Recupero e Rivalsa
Art. 4.10 - Franchigia o S.I.R. per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento - Self Insured Retention per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento
Art. 4.11 - Variazione del Rischio
Art. 4.12 - Eccezioni Opponibili

Altre Condizioni Relative al Funzionamento della Polizza Collettiva
Art. 5.1 - Data di Effetto - Pagamento del Premio
Art. 5.2 - Regolazione del Premio.

Milano, … /… /……

L'ASSICURATO

_____

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato conferma di avere ricevuto copia e preso visione del documento Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023 "Informativa Privacy 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.

Milano, … /… /……

L'ASSICURATO

_____

COMUNICAZIONE DEI SINISTRI

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

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

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

ALLEGATO N. 3
FACSIMILE MODULO DI ADESIONE

Dati del Cliente		
Ragione Sociale	Codice fiscale/Partita IVA	
Indirizzo sede legale	Comune	C.A.P.
Codice ATECO	Sito web	
E-mail	Recapito telefonico	

Convenzionamento S.S.N.		
La struttura selezionata è convenzionata al Sistema Sanitario Nazionale?	❒ SI	❒ NO

Barrare la tipologia di struttura tra quelle di seguito elencate

Servizi di assistenza sociale residenziale

- ❒ Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili (R.S.A.)
- ❒ Strutture di assistenza sociale residenziale (R.A.)
- ❒ Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani
- ❒ Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti

Servizi di Assistenza sanitaria

❒ Centro di terapie fisiche e riabilitative	❒ Attività dei centri di radioterapia
❒ Ambulatorio di diagnostica strumentale	❒ Studi di omeopatia e di agopuntura
❒ Centro di dialisi	❒ Centri di medicina estetica
❒ Ambulatorio specialistico	❒ Case di cura per lunga degenza
❒ Poliambulatorio - Centro Medico	❒ Altre attività paramediche indipendenti
❒ Laboratorio analisi	❒ Attività svolta da psicologi
❒ Studio odontoiatrico	❒ Attività degli ambulatori tricologici
❒ Servizi degli studi medici di medicina generale	❒ Laboratori di Igiene e profilassi

Indicare il numero di posti letto presenti nella struttura sopra selezionata	……
Indicare il numero di interventi effettuato in regime di "Day Hospital"	……
Indicare il numero di entrate annue relative ai pazienti	……

Fornire una breve descrizione in merito all'attività svolta

Informazioni sul Fatturato		
Fatturato annuo	Esercizio in corso (a preventivo) €	Esercizio anno precedente €
	……	……

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Informazioni sul dettaglio del fatturato suddiviso per area di specializzazione praticata all'interno della struttura		
Suddivisione (%)	Tipologia di specializzazione area medica	Note

Informazioni sulle Figure Mediche	
Numero Medici Liberi Professionisti	……
Numero Medici Dipendenti	……

Precedenti Assicurativi		
Avete una polizza attiva, alla data di decorrenza della presente proposta, relativa l'assicurazione RCT/O?	❒ SI	❒ NO
In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:		
Avete mai stipulato una polizza assicurativa per lo stesso rischio, negli ultimi 5 anni?	❒ SI	❒ NO
In caso affermativo fornire informazioni in merito ai periodi per i quali la copertura era attiva:		
È mai stata rifiutata/annullata/disdettata una polizza assicurativa per i medesimi rischi?	❒ SI	❒ NO
In caso affermativo indicare la Compagnia e l'anno di disdetta:		
È previsto un periodo di postuma o suppletivo che vi consenta di notificare agli assicuratori in corso dei sinistri relativi a eventi verificatisi nell'anno di polizza, ma denunciati negli anni successivi?	❒ SI	❒ NO
In caso affermativo indicare gli anni di postuma:		

Retroattività		
Volete acquistare la garanzia relativa alla retroattività illimitata? *Se selezionato SI, verrà applicato una maggiorazione pari al 10% sulla tariffa applicata*	❒ SI	❒ NO

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Precedenti sinistri

Il Contraente è a conoscenza di fatti o circostanze note dai quali possano derivare richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni?	❒ SI	❒ NO

In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:

Specificare l'anno o gli anni nei quali sono occorsi i sinistri:

Anno	N° Sinistri Denunciati (#)	N° Sinistri Pagati (#)	N° Danni Riservati (#)	Tot. Importo Sinistri Pagati (€)	Tot. Importo Danni Riservati (€)	Totale (€)
	#	#	#	€	€	€
	#	#	#	€	€	€
	#	#	#	€	€	€
	#	#	#	€	€	€
	#	#	#	€	€	€
Totale	#	#	#	€	€	€

Fornire una breve descrizione in merito al/i sinistro/i

Selezionare il massimale per sinistro e per anno

❒ Massimale Euro 2.000.000,00 / Euro 6.000.000,00

Selezionare la Franchigia o S.I.R. - Self Insured Retention desiderata:

❒ Franchigia Euro 2.500,00
❒ Franchigia Euro 5.000,00
❒ S.I.R. Euro 10.000, 00
❒ S.I.R. Euro 25.000,00

Dichiarazioni conclusive del Cliente

l sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che nessuna informazione importante inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa, sottaciuta o alterata e riconosce che il presente questionario e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto del proponente costituisce la base dell'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente proposta per conto dell'Associazione Professionale o della Società e che gli assicurati hanno preso visione ed approvato la stessa così come compilata.

Il sottoscritto prendendo atto che le informazioni riportate costituiranno base essenziale per la valutazione del rischio e che il presente questionario diverrà parte integrante del contratto ove stipulato, dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

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

Data …… FIRMA DELL'ASSICURATO ……

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

(A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo "Mod. 155 24 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 1.10.2024" prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;
(B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel Mod. 155 24 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 1.10.2024 e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia**, e nella relativa Polizza Collettiva;
(C) Formulazione temporale dell'assicurazione "Claims Made";
(D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data …… FIRMA DELL'ASSICURATO ……

<u>CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI</u>

Il sottoscritto (cognome e nome) ……
Codice Fiscale ……

conferma di avere ricevuto copia e preso visione del documento Mod. 509 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023 "Informativa Privacy 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 ……

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

INFORMATIVA PRIVACY PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI, PER FINALITÀ ASSICURATIVE E LIQUIDATIVE

ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003, come novellato dal D. Lgs 101/2018 ("Codice Privacy")

Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023

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

1. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

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

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

Il trattamento è finalizzato:

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

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

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

I. I dati saranno trattati secondo modalità che prevedono l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente connesse alle finalità di cui al punto 1.

II. I dati personali vengono trattati da persone autorizzate da **BHItalia®** (dipendenti, collaboratori e consulenti interni ed esterni), nominati Responsabili o Autorizzati del trattamento, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute solamente per le finalità assicurative di cui al punto 1. Lo stesso avviene presso i soggetti indicati nella presente informativa al punto 6. a cui i dati vengono/devono essere comunicati. I dati personali potranno essere comunicati e trasferiti a soggetti aventi la facoltà di accedere ai suddetti dati personali a seguito di disposizioni di Legge e di normativa secondaria, ovvero di disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge. I dati potranno essere trattati anche da società di servizi informatici o telematici o di archiviazione (operanti anche all'estero nell'ambito dell'Unione Europea o in 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.

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

3. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

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

4. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati personali (identificativi e/o particolari) è obbligatorio per l'adempimento di obblighi previsti dalla Legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge o da Organi di Vigilanza, e necessario ai fini dello svolgimento delle finalità assicurative di cui al punto 1.

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

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

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

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

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

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

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

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

- accedere ai dati personali, ottenendo informazioni sulla provenienza, sulle finalità e sulle modalità di trattamento dei suddetti;
- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano;
- ottenere informazioni sulla logica applicata in caso di trattamento effettuato tramite l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere informazioni relative ai soggetti a cui i dati personali sono stati comunicati;
- aggiornare e rettificare i dati personali;

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

- revocare il consenso, oppure ottenere la cancellazione dei dati personali, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi qualora vi fosse una violazione nel trattamento;
- richiedere la portabilità ad un altro soggetto;
- ottenere il diritto di limitazione del trattamento dei dati personali;
- opporsi al trattamento dei dati personali per legittimi motivi.

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

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

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

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Codice Fiscale _____

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

Data _____ Firma _____

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Berkshire Hathaway
International Insurance Limited
Sede Legale: 4th Floor, 8 Fenchurch Place,
London, EC3M 4AJ, United Kingdom
Capitale Sociale Interamente Versato: US$ 432.997.752
Autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla
Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority
N° di riferimento PRA / FCA 202967
Registrata in Inghilterra e Galles, N° di Registrazione Società: 3230337
Numero VAT: 656897271

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia
Fondo di Dotazione Interamente Versato € 92.100.000
Iscritta in data 11.5.2021 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
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 1945358
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,
Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

APPENDICE 01

•••

POLIZZA COLLETTIVA N° 2024RCG00333

CONTRAENTE:

MEDMAL RISK
VIA TRIESTE, 15
20146 MILANO (MI)

Codice Fiscale: 97782890152

EFFETTO: ore 24:00 del 30.11.2024

A mezzo della presente Appendice, che forma parte integrante della **Polizza** sopraindicata, di comune accordo ed a corretta definizione degli accordi intercorsi tra le Parti, si conviene di modificare Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 455 24 Condizioni di Assicurazione RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 01.10.2024" indicato al Punto 18 della **Scheda di Polizza**, con l'inserimento della seguente clausola:

Clausola Malattie trasmissibili

Tutte le richieste di risarcimento, sia per sinistri RCT sia per sinistri RCO, che siano dovute, derivate, causate, risultanti da o connesse, 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.

sono escluse dalla copertura di polizza.

La clausola soprariportata si applica alle seguenti strutture:

- Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili (R.S.A.).
- Strutture di assistenza sociale residenziale (R.A.).
- Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani.
- Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti.
- Case di cura per lunga degenza.
- Centri di terapie fisiche e riabilitative.

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

La presente Appendice viene emessa in tre esemplari, di 2 (due) pagine ciascuno, ad un solo effetto.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

Milano, 20/12/2024

IL CONTRAENTE

Med Mal Risk
20146 Milano - Via Trieste, 15
Tel. 02.87.19.92.88 - Fax 02.56.56.13.76
www.medmalrisk.it - E-mail info@medmalrisk.it
Codice Fiscale 97782890152

LA COMPAGNIA

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

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | Fax: +39 02 4952 4987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it

APPENDICE 02

•••

POLIZZA COLLETTIVA N° 2024RCG00333

CONTRAENTE:

MEDMAL RISK
VIA TRIESTE, 15
20146 MILANO (MI)

Codice Fiscale: 97782890152

EFFETTO: ore 24:00 del 30.11.2024

A mezzo della presente Appendice, che forma parte integrante della **Polizza** sopraindicata, di comune accordo ed a corretta definizione degli accordi intercorsi tra le Parti, si conviene di modificare Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 455 24 Condizioni di Assicurazione RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 01.10.2024" indicato al Punto 18 della **Scheda di Polizza**, con l'inserimento della seguente clausola:

Clausola Malattie trasmissibili

Tutte le richieste di risarcimento, sia per sinistri RCT sia per RCO, che siano dovute, derivate, causate, risultanti da o connesse, 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.

sono soggette a limite per sinistro e annuale aggregato pari a Eur. 250.000,00.

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

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

Milano, 20/12/2024

IL CONTRAENTE

Med Mal Risk
20146 Milano - Via Trieste, 15
Tel. 02.87.19.92.88 - Fax 02.56.56.13.76
www.medmalrisk.it - E-mail info@medmalrisk.it
Codice Fiscale 97782890152

LA COMPAGNIA

Berkshire Hathaway
International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI) Tel. +39 02 49524986 E-mail: direzione@bh-italia.com
Iscrizione nella Sezione II dell'Albo Imprese IVASS N° 2.00005 in data 11.5.2021
Codice IVASS Impresa: X501R Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana 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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia 13, 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 49524986 | Fax: +39 02 49524987
E-mail: direzione@bh-italia.com | Sito internet: www.berkshirehathaway.it