

SET INFORMATIVO

Mod. 176 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Polizza Individuale Ed. 01.11.2025

COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS"

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA (SEZIONE I) E PER CONDANNA IN SOLIDO (SEZIONE II) DEL PERSONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E/O SOCIO SANITARIE PRIVATE E DEI LIBERI PROFESSIONISTI

Il presente SET INFORMATIVO è formato da:

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

Il presente documento include inoltre:

6. **INFORMATIVA CLIENTI**

AVVERTENZA:

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Assicurazione per la Responsabilità Civile “Colpa Grave Medica” del Personale di Strutture Sanitarie e/o Socio Sanitarie Private e dei Liberi Professionisti

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Berkshire Hathaway International Insurance Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia
Prodotto: COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” – Polizza Individuale

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

Che tipo di assicurazione è?

Il Prodotto denominato "Contratto di Assicurazione Responsabilità Civile Colpa Grave Medica" è un'assicurazione nella forma "*claims made*" che copre la responsabilità per colpa grave dell'Assicurato. Il contratto è rivolto a tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende Sanitarie Private e/o il personale medico che collabora con la Struttura Sanitaria Privata a qualunque titolo.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Responsabilità civile per colpa grave medica: si tiene indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave ovvero per ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le richieste di risarcimento generino una sentenza al risarcimento per Colpa Grave
- ✓ L'assicurazione è estesa anche in occasione di Interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve
- ✓ Condanna in solido con la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza: indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria con la quale la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti
- ✓ L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza. Tuttavia, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra-premio pari al 10% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Attività rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale
- ✗ Sono considerati fatti noti e quindi non coperti dalla presente Polizza di Assicurazione tutte le Richieste di Risarcimento già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato
- ✗ Azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo
- ✗ Attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso
- ✗ Fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo

venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa

- ✗ Danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge
- ✗ Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato
- ✗ Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato
- ✗ Danni derivanti da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona
- ✗ Danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario
- ✗ Perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio
- ✗ Danni riconducibili a proprietà, possesso, circolazione di veicoli a motore, utilizzo di natanti a motore o aeromobili
- ✗ Conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale
- ✗ Danni e perdite connessi ad amianto o muffe tossiche
- ✗ Danni riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la Professione Sanitaria, per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile
- ✗ Danni connessi all'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale; sono tuttavia compresi tali danni di natura patrimoniale, sempre ed esclusivamente in caso di condanna per Colpa Grave, solo per quelle professioni sanitarie che pur esercitando in via prioritaria l'attività medica, possono avere mansioni di carattere amministrativo e organizzativo quali ad esempio i primari ospedalieri direttori di struttura
- ✗ Sanzioni Internazionali
- ✗ I sinistri denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione, salvo la tolleranza di 30 (trenta) giorni



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il massimale per sinistro o sinistro in serie è quello previsto per Legge: tre volte il valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.
- ! Resta inteso che in ogni caso il limite di risarcimento non potrà superare € 5.000.000,00 per la colpa grave medica e € 2.000.000,00 per la condanna in solido.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, esclusi Stati Uniti d'America, Canada e territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese risarcitorie dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano.
- ✓ L'Assicuratore pertanto non è obbligato per richieste di risarcimento fatte valere in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano salvo nei casi di deliberazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.



Che obblighi ho?

- L'obbligo, in sede di perfezionamento della Polizza, di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare nel corso del contratto i cambiamenti che comportano aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione.
- In caso di sinistro, è fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:
 - Qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa;
 - Qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione.



Quanto e come devo pagare?

Il Premio ha periodicità annuale e deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico.

Il Premio è comprensivo delle imposte ed è interamente dovuto per tutta la durata del contratto.

L'Intermediario indicato nella Scheda di Polizza è autorizzato dalla Compagnia ad incassare i premi riferiti alla presente Polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La presente Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalle ore e dal giorno indicato nella Scheda di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. In caso di mancato pagamento delle rate successive di Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza.

In caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa comprovata dalla Scheda di Polizza, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato, la Polizza si intende tacitamente rinnovata di un anno e così successivamente.



Come posso disdire la polizza?

Tramite invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti, spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato.

Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

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

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia
Prodotto: COLPA GRAVE MEDICA – PRIVATO "PLUS" - Polizza Individuale**

Data di realizzazione: 01/11/2025, il DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2024) di **BHItalia®** è di 118,93 milioni di Euro.

L'importo del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) di **BHItalia®** è di 34,19 milioni di Euro, l'importo del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è di 8,55 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 119,97 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 350,9%.

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2024) di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** è di 574,07 milioni di Euro, formato da un capitale sociale di 416,89 milioni di Euro e da riserve patrimoniali di 157,18 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\$ 1,03864 (tasso di cambio al 31 Dicembre 2024).

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è di 125,96 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è di 34,80 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 669,47 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 531,5%.

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 riportato nel DIP base:

RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

- ✓ L'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le richieste di risarcimento generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave., fino a concorrenza del Massimale.
- ✓ L'assicurazione si intende estesa anche in occasioni di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve, con specifico sottolimito.

L'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza.

L'Assicurazione è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Proposta ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, a condizione che l'attività esercitata dall'Assicurato sia svolta in conformità a quanto previsto dalla normativa Italiana ed Europea di volta in volta applicabili e previo ottenimento dei necessari titoli di studio, specializzazioni ed accreditamenti previsti da tali normative.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente o collaboratore di Strutture Private e/o a partecipazione privata (ospedali, cliniche o altri istituti privati). È compresa altresì l'attività professionale "intramoenia" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Postuma per Cessazione dell'Attività	<p>Nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, previo il pagamento del sovrappremio nella misura del 300% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 (dieci) anni per eventuali azioni nei propri confronti riferite a fatti colposi verificatisi durante il periodo di validità della presente Polizza, compreso il periodo di Retroattività.</p> <p>Nel caso di cessazione dell'attività professionale per morte dell'Assicurato è data facoltà agli eredi di acquistare alle stesse condizioni riservate all'Assicurato la garanzia ultrattiva decennale in nome e per conto dell'Assicurato stesso. La garanzia ultrattiva decennale, in caso di morte dell'Assicurato coprirà eventuali azioni promosse nei confronti degli eredi legittimi e testamentari, e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.</p>
Retroattività Illimitata	<p>L'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovrappremio pari al 10% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza.</p>



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi	<p><u>Ad Integrazione di quanto già riportato nel DIP base:</u></p> <p>La garanzia è esclusa per:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ I danni relativi a qualsiasi perdita di utilizzo, riduzione della funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino, riproduzione, perdita o furto di qualsiasi dato informatico (definito come qualsiasi informazione leggibile, compresi programmi e software, a prescindere dalla forma o modo in cui viene utilizzata, consultata, trasmessa, elaborata, aperta o memorizzata da un sistema informatico), od ogni altro ammontare relativo al valore del dato informatico stesso. Sono parimenti esclusi i danni direttamente o indirettamente causati e/o derivanti da e/o connessi e/o attribuibili anche in parte a eventi come atti cyber e/o incidenti cyber ivi inclusa ogni azione adottata per controllarli, prevenirli, terminarli o porvi comunque rimedio.
-----------------------	---



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:



Esclusivamente per la garanzia di cui alla Sezione I, in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000 (un milione).



A chi è rivolto questo prodotto?

Tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende Sanitarie Private e/o il personale medico che collabora con la Struttura Sanitaria Privata a qualunque titolo.



Quali costi devo sostenere?

Il Premio Annuale previsto per la categoria di appartenenza 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	<p>I reclami e le dichiarazioni di insoddisfazione riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>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</p> <p>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.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</p> <p>In alternativa, i reclami possono essere presentati 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.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.



REGIME FISCALE

Al contratto si applica la legge italiana.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS"

Mod. 476 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Polizza Individuale Ed. 01.11.2025

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA DEL PERSONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E/O SOCIO SANITARIE PRIVATE E DEI LIBERI PROFESSIONISTI

stipulata fra il Contraente indicato nella **Scheda di Polizza**,

e la Società

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

di seguito denominata **Compagnia**.

La seguente Assicurazione è rilasciata a favore 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:

- **SEZIONE I: COLPA GRAVE MEDICA**
- **SEZIONE II: COLPA GRAVE MEDICA**

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

INDICE

ALLEGATO “A” - FACSIMILE MODULO DI PROPOSTA	3
ALLEGATO “B” - FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA	5
GLOSSARIO	9
Articolo 1) FORMA DELL’ASSICURAZIONE (“CLAIMS MADE”) - RETROATTIVITÀ	11
Articolo 2) PERIODO DI ASSICURAZIONE	11
Articolo 3) MASSIMALI DI GARANZIA	11
Articolo 4) OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE	11
Articolo 5) SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE	12
Articolo 6) NOZIONE DI “TERZO” O “TERZI”	12
Articolo 7) LIMITI TERRITORIALI	12
Articolo 8) PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI	12
Articolo 9) ESCLUSIONI	13
Articolo 10) RESPONSABILITÀ SOLIDALE	14
Articolo 11) ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL’ASSICURAZIONE	14
Articolo 12) VARIAZIONI DEL RISCHIO	15
Articolo 13) PAGAMENTO DEL PREMIO	15
Articolo 14) ONERI FISCALI	15
Articolo 15) RINNOVO O PROROGA DELL’ASSICURAZIONE - RESCINDIBILITÀ ANNUALE	15
Articolo 16) COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI	15
Articolo 17) OBBLIGHI DELL’ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	16
Articolo 18) RECESSO IN CASO DI SINISTRO	16
Articolo 19) SURROGAZIONE	16
Articolo 20) FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO	16
Articolo 21) CLAUSOLA BROKER	16
Articolo 22) NORME DI LEGGE	17
Articolo 23) MODALITÀ E DISCIPLINA DELL’ATTIVAZIONE DELLA POLIZZA	17
Articolo 24) PREMIO	18
Articolo 25) DICHIARAZIONI DELL’ASSICURATO	18
Articolo 26) RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE	18
Articolo 27) MODIFICA DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI	18

ALLEGATO "A" - FACSIMILE MODULO DI PROPOSTA

ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA
DEL PERSONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E/O SOCIO SANITARIE PRIVATE E DEI LIBERI PROFESSIONISTI

Il / la sottoscritto / a nato / a il, residente in
....., via / piazza N°, codice fiscale
....., indirizzo E-mail personale¹ in qualità di
..... presso l'Azienda

1: Da utilizzare per accedere all'Area Riservata

RICHIESTE COPERTURA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE "COLPA GRAVE MEDICA"

con decorrenza dal al

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- (1) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'Assicurazione sono quelle riportate nelle Condizioni di Assicurazione "Mod. 476 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Polizza Individuale Ed. 01.11.2025" presenti all'interno del Set Informativo "Mod. 176 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Polizza Individuale Ed. 01.11.2025" che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima e/o contestualmente la compilazione del presente Modulo di Proposta;
- (2) La Polizza verrà stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**;
- (3) L'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata "Claims Made". La garanzia vale per i Sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in Polizza;
- (4) Le Richieste di Risarcimento, come definite dalla presente Polizza, e come meglio specificato all'Art. 9.1.b, avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se già denunciate a precedenti Assicuratori, configurano fatti e circostanze note non coperte dalla presente Polizza;
- (5) Condizione imprescindibile per l'assumibilità del rischio da parte della Compagnia è che l'Assicurato prima della stipula della presente Polizza non abbia avuto a Suo carico sentenze di condanna di Colpa Grave.

Data

FIRMA

QUALIFICA:

- ☐ Dirigente Medico che svolge Attività di Ginecologia, Ostetricia e Ortopedia
☐ Dirigente Medico che NON svolge Attività di Ginecologia, Ostetricia e Ortopedia
☐ Dirigente Sanitario Non Medico
☐ Quadri Sanitari / Altro Personale Sanitario
☐ Restante Personale Non Sanitario

RETROATTIVITÀ:

- ☐ Dalle ore 00:01 del __/__/____ (Opzione Base) ☐ ILLIMITATA, sovra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile

GARANZIE:

- ☐ Sezione I – Responsabilità Civile per Colpa Grave Medica ☐ Sezione II – Condanna in Solido con l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di Appartenenza

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO, DA RENDERE SOLO IN FASE DI PRIMA ATTIVAZIONE:

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile, l'Assicurato dichiara che:

1. Alla domanda: "Ha riportato, prima della stipulazione della presente polizza negli ultimi 5 (cinque) anni una condanna, in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni relativamente all'attività oggetto della presente assicurazione?" Ho risposto:

☐ NO

☐ SI

☐ SI, 1 condanna

In sede:

☐ Civile

☐ Penale per lesioni colpose

☐ Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

Data della Sentenza:

☐ SI, 2 condanne

In sede:

☐ Civile

☐ Penale per lesioni colpose

☐ Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

Data delle Sentenze:

☐ SI, 3 condanne

In sede:

☐ Civile

☐ Penale per lesioni colpose

☐ Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

Data delle Sentenze:

2. Note sui Sinistri:

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

- (A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo "Mod. 176 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Polizza Individuale Ed. 01.11.2025" prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalle Condizioni di Assicurazione "Mod. 476 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Polizza Individuale Ed. 01.11.2025";
- (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

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 511 25 Informativa Clienti - Ed. 07.03.2025** 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

ALLEGATO "B" - FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA

SCHEDA DI POLIZZA

...

POLIZZA N° [NumeroDiPolizza]

...

**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA DEL PERSONALE
DELLE STRUTTURE SANITARIE E/O SOCIO SANITARIE PRIVATE E DEI LIBERI PROFESSIONISTI**

L'ASSICURATO

COGNOME / NOME - RAGIONE SOCIALE - DENOMINAZIONE			N. TELEFONO		
DOMICILIO / SEDE LEGALE VIA, N. CIVICO		LOCALITÀ - COMUNE		PROV.	C.A.P.
CODICE FISCALE	PARTITA IVA	DATA DI NASCITA			
IN QUALITÀ DI					
ENTE DI APPARTENENZA					

PERIODO DI ASSICURAZIONE

DATA DI DECORRENZA ore 24:00 del giorno [Data decorrenza polizza]	DATA DI SCADENZA ore 24:00 del giorno [Data fine copertura]	TACTO RINNOVO (SI/NO) SI
--	--	-----------------------------

DICHIARA

di aver ricevuto copia della presente Polizza e di essere a conoscenza, aver preso visione delle condizioni contrattuali, normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza stessa stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima della stipula.

GARANZIE



SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del Premio e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, **fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3** e riportato nella Scheda di Polizza, prestano l'assicurazione **nella forma "Claims Made"** enunciata all'Articolo 1, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le richieste di risarcimento, come definite nel Glossario, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave.

- L'assicurazione si intende estesa anche in occasioni di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve **con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000 (un milione).**

Resta ferma l'esclusione dalla presente copertura dei danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria.

Massimale Sezione I:

MASSIMALE PER SINISTRO E/O SINISTRO IN SERIE	MASSIMALE PER PERIODO DI ASSICURAZIONE
€ 5.000.000	€ 5.000.000

☐ SEZIONE II - CONDANNA IN SOLIDO CON LA STRUTTURA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI APPARTENENZA

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto gli Assicuratori, **fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3**, indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il Sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente Polizza **solo qualora la Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata di appartenenza non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.**

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere agli Assicuratori tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza e/o della Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge, che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'Assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Restano ferme le esclusioni di cui all'Art. 9 di Polizza.

Resta altresì esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia.

Massimale Sezione II:

MASSIMALE PER SINISTRO E/O SINISTRO IN SERIE	MASSIMALE PER PERIODO DI ASSICURAZIONE
€ 2.000.000	€ 2.000.000

Esclusioni valide per entrambe le Sezioni:
Vedi Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione

☐ SI ☐ NO **CLAUSOLA BROKER - Broker incaricato:**

PREMIO LORDO CORRISPOSTO SEZIONE I (comprensivo delle Imposte di Legge pari al 22,25%) € [Premio]	FRAZIONAMENTO UNICA SOLUZIONE
PREMIO LORDO CORRISPOSTO SEZIONE II (comprensivo delle Imposte di Legge pari al 22,25%) € [Premio]	FRAZIONAMENTO UNICA SOLUZIONE

☐ SI ☐ NO CLAUSOLA BROKER - Broker incaricato:

PREMIO LORDO CORRISPOSTO SEZIONE I (comprensivo delle Imposte di Legge pari al 22,25%) € [Premio]	FRAZIONAMENTO UNICA SOLUZIONE
PREMIO LORDO CORRISPOSTO SEZIONE II (comprensivo delle Imposte di Legge pari al 22,25%) € [Premio]	FRAZIONAMENTO UNICA SOLUZIONE

Retroattività:

☐ Dalle ore 00:01 del __/__/____ (Opzione Base) ☐ ILLIMITATA

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, ciascuna delle parti dichiara qui di seguito:

(a) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione nella forma "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 della Polizza.

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

L'Assicurato dichiara quindi di aver ricevuto prima della stipula della copertura assicurativa, e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte, della Polizza **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, del Set Informativo "Mod. 176 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Polizza Individuale Ed. 01.11.2025", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 476 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Polizza Individuale Ed. 01.11.2025" e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Milano, __/__/____

L'ASSICURATO

LA COMPAGNIA

A conferma di quanto sopra e ad ogni effetto di legge di cui agli artt. 1341 e 1342 C.C. l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente, e sottoscrive per specifica approvazione, le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- | | |
|-------------|--|
| Articolo 1 | Forma dell'assicurazione ("Claims Made") - Retroattività |
| Articolo 9 | Esclusioni (in particolare quelle relative all'assicurazione "Claims Made" - Art. 9.1) |
| Articolo 15 | Rinnovo o proroga dell'assicurazione - Rescindibilità annuale |
| Articolo 16 | Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.) |
| Articolo 17 | Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione) |
| Articolo 18 | Facoltà di recesso in caso di sinistro |
| Articolo 21 | Clausola Broker |
| Articolo 25 | Dichiarazioni dell'Assicurato |
| Articolo 27 | Modifica delle Condizioni Contrattuali |

La presente Scheda di Polizza viene emessa in tre esemplari, di 4 (quattro) pagine ciascuno, ad un solo effetto.

Milano, __/__/____

L'ASSICURATO

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 511 25 Informativa Clienti - Ed. 07.03.2025** 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

**POLIZZA ASSICURATIVA “CLAIMS MADE”
(RICHIESTE DI RISARCIMENTO PRESENTATE)**

**VALIDA SOLO PER RICHIESTE DI RISARCIMENTO AVANZATE NEL CORSO DEL PERIODO
DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA**

La presente Polizza è prestata nella forma “Claims Made”, ciò significa che la polizza copre le Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

GLOSSARIO

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono ad interpretarne le Condizioni e ogni altro disposto riguardante questa Assicurazione.

Assicurato:	Tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Strutture Sanitarie e/o Socio-Sanitarie Private e/o il personale medico che collabora con la Struttura Sanitaria Privata a qualunque titolo, che abbia pagato il relativo premio.
Assicuratori (o “la Compagnia”):	Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia , Corso Italia, 13 - 20122 - Milano (MI).
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Claims Made:	Formula di operatività dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa copre le Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.
Contraente:	Il soggetto che stipula il contratto e si obbliga al pagamento del Premio, anche se diverso dall'Assicurato.
Danno / Danni:	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali.
Intermediario:	L'intermediario di assicurazioni cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Massimale:	La somma massima per importi non inferiori a quelli stabiliti all'articolo 4 del Decreto e liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro.
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;
Modulo di Proposta (MdP):	Modulo per mezzo del quale l'Assicurato manifesta la volontà di stipulare la Polizza e che costituisce parte integrante di essa.
Perdite Patrimoniali:	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Periodo di Assicurazione:	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza nonché, in caso di rinnovo, ciascun periodo compreso tra la data di decorrenza e la data

di scadenza stabilite nelle successive quietanze e/o nelle successive Schede di Polizza, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.

Premio:

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia per la copertura assicurativa prestata dalla Compagnia stessa.

Polizza:

Il presente documento contrattuale che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di Assicurazione e che disciplina i rapporti tra Compagnia, Contraente e Assicurato.

Richiesta di Risarcimento:

Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- (1) La comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibili all'Assicurato stesso e/o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni;
- (2) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, errore od omissione;
- (3) L'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'assicurazione;
- (4) La comunicazione formale, secondo i dettami della Legge, con la quale la Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- (5) La comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni, secondo quanto previsto dalla Legge, informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali col Danneggiato;
- (6) Il ricevimento da parte dell'Assicurato di un'istanza di conciliazione secondo quanto previsto dalla Legge;
- (7) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato da parte della Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata e/o della Compagnia di Assicurazioni con l'imputazione di Colpa Grave nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e/o dal contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

Non è considerata comunicazione formale della Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata di appartenenza la richiesta di una semplice relazione tecnico-sanitaria.

Scheda di Polizza (SDP):

Il documento che comprova il contratto di assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, gli elementi che compongono il rischio assicurato e il Premio imponibile con le relative imposte governative;

Set Informativo:

Il documento che la Compagnia è tenuta a consegnare al Contraente e, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa, all'aderente prima che il contratto sia stipulato, contenente il DIP Danni, il DIP Aggiuntivo Danni, le Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, il Facsimile del Modulo di Proposta ed il documento di Informativa Clienti;

Sinistro:

L'evento in relazione al quale la richiesta di risarcimento, come sopra definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

**Struttura Sanitaria e/o
Socio-Sanitaria Privata:**

Qualunque struttura che eroghi prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e mantenimento delle abilità acquisite, regolarmente autorizzata all'esercizio dell'attività.

Articolo 1) FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di Risarcimento, come definita nel Glossario, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della Polizza.

Tuttavia, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovrappremio pari al 10% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza.

Articolo 2) PERIODO DI ASSICURAZIONE

La presente Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalle ore e dal giorno indicato nella Scheda di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. In caso di mancato pagamento delle rate successive di Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 13.

In caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa comprovata dalla Scheda di Polizza, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato, la Polizza si intende tacitamente rinnovata di un anno e così successivamente, fermo quanto riportato all'Art. 12.

Articolo 3) MASSIMALI DI GARANZIA

Il massimale per Sinistro o Sinistro in serie, limitatamente alla Sezione I, è quello previsto per Legge: tre volte il valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale, conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo

Resta inteso che in ogni caso il limite di risarcimento per Sinistro, Sinistro in Serie e per Periodo di Assicurazione non potrà superare, per ciascuna delle Sezioni I e II, quanto previsto rispettivamente nella Scheda di Polizza.

Articolo 4) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

Verso pagamento del Premio e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3 e riportato nella Scheda di Polizza, prestano l'assicurazione nella forma "Claims Made" enunciata all'Articolo 1, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le richieste di risarcimento, come definite nel Glossario, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave.

- L'Assicurazione si intende estesa anche in occasioni di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000 (un milione).

Resta ferma l'esclusione dalla presente copertura dei danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria.

SEZIONE II - CONDANNA IN SOLIDO CON LA STRUTTURA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA PRIVATA DI APPARTENENZA

Verso pagamento del premio convenuto gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3, indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il Sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente Polizza **solo qualora la Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata di appartenenza non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.**

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere agli Assicuratori tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza e/o della Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge, che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'Assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Restano ferme le esclusioni di cui all'Art. 9 di Polizza.

Resta altresì esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia.

Articolo 5) SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale quale definito all'Articolo 3 e stabilito nella Scheda di Polizza, **ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo**, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato nel caso in cui le richieste di risarcimento, come definite nel Glossario, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati, e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Articolo 6) NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti della Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata.

Sono esclusi da questa nozione:

- a. Il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;**
- b. I prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia, anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.**

Articolo 7) LIMITI TERRITORIALI

L'Assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento originate da fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, **esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano.**

Gli Assicuratori pertanto **non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano**, salvo che mediante deliberazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Articolo 8) PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'Assicurazione, **quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono**, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Proposta ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Strutture Sanitarie e/o Socio Sanitarie Private; a condizione che

l'attività esercitata dall'Assicurato sia svolta in conformità a quanto previsto dalla normativa Italiana ed Europea di volta in volta applicabili e previo ottenimento dei necessari titoli di studio, specializzazioni ed accreditamenti previsti da tali normative.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente o collaboratore di strutture private e/o a partecipazione privata (ospedali, cliniche o altri istituti privati). È compresa altresì l'attività professionale "intramoenia" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Articolo 9) ESCLUSIONI

- 9.1 Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "Claims Made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono escluse:
- a. Richieste di Risarcimento come precedentemente definite, che pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo quanto previsto all'Articolo 11 - Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione;
 - b. Sono considerati fatti noti e non coperti dalla presente Polizza di Assicurazione tutte le Richieste di Risarcimento, come da definizioni di Polizza contenute nel Glossario, già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato;
 - c. I sinistri relativi a fatti dannosi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza;
- 9.2 Sono parimenti esclusi:
- a. I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
 - b. I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
 - c. Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
 - d. I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei Limiti Territoriali convenuti all'Articolo 7;
 - e. Esclusivamente per gli interventi chirurgici i danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge;
 - f. I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
 - g. I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
 - h. I danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
 - i. I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
 - j. Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per Legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare ("Punitive or Exemplary Damages");
 - k. I danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
 - l. Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
 - m. I danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
 - n. Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento impreveduto, improvviso ed accidentale;
 - o. I danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
 - p. I danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
 - q. I danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione

sanitaria, per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile di cui all'Art. 3 comma 5 lettera "e" del D. L. 13.8.2011 n. 138, convertito con modificazioni dalla Legge 14.9.2011 n. 148, all'Art. 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7.8.2012 n. 17 e all'Art. 3 comma 2 del D. L. 13.9.2012 n. 158 convertito, con modificazioni, dalla Legge 8.11.2012 n. 189;

- r. I danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività Professionale Sanitaria, ferma restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte; sono tuttavia compresi tali danni di natura patrimoniale, sempre ed esclusivamente in caso di condanna per Colpa Grave, solo per quelle professioni sanitarie che pur esercitando in via prioritaria l'attività medica, possono avere mansioni di carattere amministrativo e organizzativo quali ad esempio i primari ospedalieri direttori di struttura;
- s. Esclusione Sanzioni Internazionali. La garanzia prestata con la presente Polizza, o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'Assicurato o il Contraente o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America, quali a titolo esemplificativo e non 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;
- t. I sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione, salvo la tolleranza di 30 (trenta) giorni.
- u. I danni relativi a qualsiasi perdita di utilizzo, riduzione della funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino, riproduzione, perdita o furto di qualsiasi dato informatico (definito come qualsiasi informazione leggibile, compresi programmi e software, a prescindere dalla forma o modo in cui viene utilizzata, consultata, trasmessa, elaborata, aperta o memorizzata da un sistema informatico), od ogni altro ammontare relativo al valore del dato informatico stesso. Sono parimenti esclusi i danni direttamente o indirettamente causati e/o derivanti da e/o connessi e/o attribuibili anche in parte a eventi come atti cyber e/o incidenti cyber ivi inclusa ogni azione adottata per controllarli, prevenirli, terminarli o porvi comunque rimedio.

Articolo 10) RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con più persone che esercitano la professione sanitaria, gli Assicuratori rispondono, ferma restando l'esperimentabilità dell'azione di regresso, fino ad un massimo del doppio della quota di pertinenza dell'Assicurato stesso ed **entro il limite del Massimale e non in eccedenza allo stesso.**

Articolo 11) ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle Condizioni di Assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

Nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, **previo il pagamento del sovra-premio indicato al punto 7 della Scheda di Polizza**, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 (dieci) anni per eventuali azioni nei propri confronti riferite a fatti colposi verificatisi durante il periodo di validità della presente Polizza, compreso il periodo di Retroattività di cui all'Art. 1.

Nel caso di cessazione dell'attività professionale per morte dell'Assicurato è data facoltà agli eredi di acquistare alle stesse condizioni riservate all'Assicurato la garanzia ultrattiva decennale in nome e per conto dell'Assicurato stesso. La garanzia ultrattiva decennale, in caso di morte dell'Assicurato coprirà eventuali azioni promosse nei confronti degli eredi legittimi e testamentari, e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Valgono le modalità previste dall'Art. 1 - Forma dell'Assicurazione ("Claims Made") - Retroattività.

Articolo 12) VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi un aggravamento del rischio per effetto di nuove leggi, regolamenti e/o altre norme, emanate nel corso della validità della copertura, che modifichino l'attuale regolamento in materia di attribuzione di Colpa Grave nel settore medico e paramedico, le parti concordano che **la Società avrà la facoltà di modificare la quantificazione del premio ovvero che ciascuna delle Parti avrà la facoltà di recedere dal Contratto mediante invio di raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata con un preavviso di 30 (trenta) giorni dalla data della stessa.**

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente Assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'Assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza annuale, **fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.**

Articolo 13) PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle e dal giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati entro 15 (quindici) giorni da tale data, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del Premio.

Il Premio è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale. Se il Contraente non paga la prima rata di Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il Premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, fermo restando che ciò non comporta novazione contrattuale.

Se l'Assicurato non paga il Premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termine di mora) e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 14) ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Articolo 15) RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE - RESCINDIBILITÀ ANNUALE

Come anche ai sensi dell'Art. 2, in caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa comprovata dalla Scheda di Polizza, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato, la Polizza si intende tacitamente rinnovata di un anno e così successivamente, fermo quanto riportato all'Art. 12.

In caso di rinnovo, per ogni nuova annualità, il termine per il pagamento del Premio o la prima rata di Premio - di cui al primo paragrafo dell'Art. 13 - è di 45 (quarantacinque) giorni dalla Data di Scadenza dell'ultima Scheda di Polizza. Resta inteso che se il Premio non viene pagato entro questo termine, la copertura resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Articolo 16) COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'Art. 1910 C.C. l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di Sinistro.

L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 17) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Con riferimento alle definizioni di polizza "Richiesta di Risarcimento" e "Sinistro" contenute nel Glossario, è fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:

- (1) Qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa;
- (2) Qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione.

La richiesta formale da parte della Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata di appartenenza di relazione tecnico-sanitaria non costituisce obbligo di denuncia.

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario a cui è assegnato il contratto (indicato al punto 9 della Scheda di Polizza).

L'Intermediario a cui è assegnato il contratto provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta a **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**.

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

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'Articolo 16, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 18) RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Non è prevista, ai sensi di questa Polizza, la possibilità di recedere dal contratto in caso di Sinistro.

Articolo 19) SURROGAZIONE

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili.

A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 20) FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dalla Compagnia che ha in gestione il contratto.

Articolo 21) CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione della Scheda di Polizza l'Assicurato conferisce all'Intermediario indicato nella stessa il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

È convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione fatta all'Intermediario sarà considerata come fatta all'Assicurato;

b. Ogni comunicazione fatta dall'Intermediario sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'Articolo 16 che resta invariato e confermato.

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

Articolo 22) NORME DI LEGGE

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o ad esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti Contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

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).

Articolo 23) MODALITÀ E DISCIPLINA DELL'ATTIVAZIONE DELLA POLIZZA

Per l'attivazione della presente Polizza è previsto che il Contraente provveda al versamento del premio dovuto, determinato come segue.

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo indicato nella Scheda di Polizza ed anche successivamente alla cessazione del rapporto di servizio alla sola condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del Premio e del Premio di rinnovo, nei termini dovuti.

L'Assicurato dovrà altresì compilare e sottoscrivere il Modulo di Proposta e corrispondere l'importo del Premio dovuto.

In tale caso l'assicurazione decorrerà dalle ore e dal giorno di decorrenza come risultante dalla Scheda di Polizza e dall'apposita documentazione trasmessa alla Compagnia dall'Intermediario incaricato della gestione del contratto, a condizione che il relativo Premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di decorrenza in caso di prima attivazione, mentre entro 45 giorni in caso di rinnovo (Art.15).

La compilazione, sottoscrizione, l'invio del Modulo di Proposta ed il pagamento del relativo Premio comportano l'attivazione della copertura assicurativa prevista dal presente contratto, salvo quanto di seguito specificato.

L'Assicurazione è operante in conformità al relativo Periodo di Assicurazione, come disciplinato, nel caso in cui l'Assicurato in occasione dell'attivazione della Polizza **attesti, in sede di compilazione del Modulo di Proposta, quanto richiesto ai punti da (1) a (5) del Modulo di Proposta stesso.**

Nel caso in cui, invece, all'atto della compilazione dell'apposito Modulo di Proposta in occasione della prima attivazione della presente Polizza, l'Assicurato dichiara di essere a conoscenza di condanne per Colpa Grave Medica ai sensi di questa Polizza, in sede civile o penale, con un massimo di 1 (uno), la Compagnia concede la facoltà di attivare la presente Polizza **a fronte di un aumento del 50% sul premio annuo come definito all'Art. 12.**

La Compagnia si riserva la facoltà di non accettare la richiesta di sottoscrizione della presente Polizza, o di accettarla a condizioni speciali, che sono dalla stessa comunicata al Contraente nel termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla ricezione del Modulo di Proposta, nel caso in cui dallo stesso si rilevi un numero di condanne, in sede civile o penale, superiori a 1 (uno).

In caso di mancata accettazione da parte della Compagnia, sarà data specifica comunicazione al Contraente, il quale avrà diritto alla restituzione del Premio.

In caso di accettazione da parte degli Assicuratori a condizioni differenti da quelle della presente Polizza, il Contraente ha a disposizione ulteriori 30 (trenta) giorni dalla ricezione dell'offerta degli Assicuratori entro i quali può manifestare il proprio assenso alle diverse condizioni proposte dagli Assicuratori attraverso il pagamento dell'eventuale sovra premio, o il proprio diniego all'attivazione della copertura con annessa richiesta di restituzione del Premio. In caso di accettazione, l'Assicurazione decorre ai sensi dell'Art. 17.

Si precisa inoltre che, in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel Periodo di Assicurazione, l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente agli Assicuratori.

In occasione dell'eventuale rinnovo l'Assicurato dovrà dichiarare il nuovo status e pagare il relativo Premio.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Enti Sanitari diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'attivazione della copertura la mansione a più elevato rischio, e pagare il relativo premio.

Articolo 24) PREMIO

Il premio annuo pro-capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica professionale.

L'intermediario indicato nella Scheda di Polizza è autorizzato dalla Compagnia ad incassare per conto della Compagnia stessa i premi riferiti alla presente Polizza, anche tramite intermediari iscritti alla sezione B del R.U.I.; i relativi premi dovranno essere rimessi direttamente alla Compagnia entro il decimo giorno del mese successivo a quello al quale il rendiconto è riferito.

Articolo 25) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma della Scheda di polizza l'Assicurato dichiara:

25.1 Di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione ed iscrizione agli albi e registri ove previsti dalla Legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto e/o professionale di Strutture Sanitarie private e/o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale; tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate ed in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate.

25.2 Di avere preso atto che in forza della Legge e del C.C.N.L. vigente ed in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione ivi inclusa la libera professione, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di Dolo e Colpa Grave.

25.3 Di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Privata con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione, né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo, né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione.

Gli Assicuratori per quanto sopra, pur prendendo in carico il sinistro conformemente a quanto enunciato dalle Richieste di Risarcimento così come previsto nelle definizioni di Polizza contenute nel Glossario, potranno essere chiamati in causa solamente nei casi di imputazione di Colpa Grave sia dalla Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata che dalla Compagnia di Assicurazione.

Nel caso in cui l'esercente la professione sanitaria non sia stato chiamato in giudizio o nella procedura stragiudiziale del danno, gli Assicuratori, per quanto previsto dalla Legge, copriranno l'azione di rivalsa esercitata dalla Struttura Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Privata e/o dalla Compagnia di Assicurazioni solo dopo l'avvenuto pagamento del danno a terzi, ed entro un anno da tale pagamento.

25.4 Di avere ricevuto di aver preso puntuale visione in ogni sua parte, prima dell'attivazione della copertura assicurativa, del Set Informativo contenente le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte.

Articolo 26) RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione, oppure la cessazione dell'assicurazione stessa (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile).

Articolo 27) MODIFICA DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

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

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

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

Il Contraente, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della Proposta, potrà recedere con effetto immediato, senza penalità, avendo diritto a vedere applicate, in sede di liquidazione del rapporto, le condizioni precedentemente praticate. Trascorso tale periodo, in mancanza di recesso, le modifiche si intendono accettate.

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

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

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel presente **“Mod. 476 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - Polizza Individuale Ed. 01.11.2025”** e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa Scheda di Polizza;
- (B) Formulazione temporale dell'Assicurazione “Claims Made”;
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Il Contraente dichiara inoltre di aver ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte della **Polizza Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, in particolare del **“Mod. 176 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - Polizza Individuale Ed. 01.11.2025”**, delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al **“Mod. 476 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - Polizza Individuale Ed. 01.11.2025”**, dei relativi Allegati ed Atti di Variazione indicati nel Punto 11 della Scheda di Polizza, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

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

- | | |
|-------------|--|
| Articolo 1 | Forma dell'assicurazione (“Claims Made”) - Retroattività |
| Articolo 9 | Esclusioni (in particolare quelle relative all'assicurazione “Claims Made” - Art. 9.1) |
| Articolo 15 | Rinnovo o proroga dell'assicurazione - Rescindibilità annuale |
| Articolo 16 | Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.) |
| Articolo 17 | Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione) |
| Articolo 18 | Facoltà di recesso in caso di sinistro |
| Articolo 21 | Clausola Broker |
| Articolo 25 | Dichiarazioni dell'Assicurato |
| Articolo 27 | Modifica delle Condizioni Contrattuali |

INFORMATIVA CLIENTI

ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003,

come novellato dal D. Lgs 101/2018 ("Codice Privacy")

Mod. 511 25 Informativa Clienti - Ed. 07.03.2025

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

1. FINALITA' TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono raccolti al fine dell'emissione di polizze assicurative. Tutti i dati personali vengono trattati dalla **Rappresentanza** nel rispetto della normativa GDPR. Sono riportate di seguito le principali tipologie ed alcuni esempi di dati personali che potranno essere soggetti al trattamento:

- dettagli individuali;
- dettagli identificativi;
- informazioni finanziarie;
- informazioni utili alla valutazione dei rischi;
- informazioni di polizza;
- informazioni in materia creditizia e antifrode;
- storico sinistri.

Il trattamento è finalizzato:

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

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- I. I dati saranno trattati secondo modalità che prevedono l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente connesse alle finalità di cui al punto 1.
- II. I dati personali vengono trattati da persone autorizzate dalla **Rappresentanza** (dipendenti, collaboratori e consulenti interni ed esterni), nominati Responsabili o Autorizzati del trattamento, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute solamente per le finalità assicurative di cui al punto 1. Lo stesso avviene presso i soggetti

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

3. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

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

4. CONFERIMENTO DEI DATI

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

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

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

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

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

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

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

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

- accedere ai dati personali, ottenendo informazioni sulla provenienza, sulle finalità e sulle modalità di trattamento dei suddetti;
- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano;

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

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

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento in ambito italiano è **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, con sede in Corso Italia 13, 20122 Milano (MI), Italia (PEC: bh-italia@legalmail.it).

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

