

## COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N.

...

**ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA  
PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA  
DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**CONTRAENTE:**

**HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY**

...

**VIA SAN VINCENZO 3 - 20123 MILANO (MI)**

...

**CODICE FISCALE: 97670550157**

**BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED  
RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA**

...

**POLIZZA COLLETTIVA N° 2022RCG00274-1212688**

## SCHEDA DI POLIZZA

Polizza N°: 2022RCG00274-1212688

- Contraente:** Healthcare Safety and Accountability  
Via San Vincenzo, 3 – 20123 Milano (MI)  
CODICE FISCALE: 97670550157
- Periodo di Validità della Polizza:**
  - Effetto: dalle ore 24:00 del 31.12.2022
  - Scadenza: alle ore 24:00 del 31.12.2023
- Data Retroattività:** dalle ore 24:00 del 31.12.2012  
Opzione Retroattività Illimitata di cui all'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione: sovra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile.
- Limite dell'Indennizzo per Risarcimento - Colpa Grave Medica:** EUR 5.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie.
- Franchigia per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento:** Nessuna.
- Premi Anni Lordi:**

<u>Qualifica dell'Assicurato</u>	<u>Premio Annuo Lordo</u>
Dirigente Medico e Veterinario	€ 420,00
Medico Convenzionato e/o Contrattista	€ 360,00
Dirigente Sanitario Non Medico	€ 300,00
Medico Specialista in Formazione	€ 200,00
Componente del Comitato Etico	€ 150,00
Quadro Sanitario / Altro Personale Sanitario / Dirigente Infermieristico	€ 60,00
Restante Personale Non Sanitario	€ 40,00
Tirocinante	€ 40,00

Sovra-premio per l'attivazione della ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE di cui all'Art. 11 delle Condizioni di Assicurazione: 300% del premio annuale di tariffa applicabile.
- Intermediario (Broker):** --
- Intermediario (Agente):** LU liability Underwriting S.r.l. – Intermediari Agenti (R.U.I. N. A000584168)  
Via Porta Vercellina, 20 – 20123 Milano (MI) – Italia  
Tel: 02 87199538 - Fax: +39 02.87181509 - mail: [info@luliabilityunderwriting.it](mailto:info@luliabilityunderwriting.it)
- Informativa Precontrattuale e Condizioni di Assicurazione:**
  - Mod. 137 22 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. - Ed. 31.05.2022
  - Mod. 437 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. - Ed. 31.05.2022
- Allegati / Atti di Variazione:**
  - Allegato "A" - Facsimile Modulo di Adesione (Mod. COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. - ALLEGATO "A");

Milano, 29/12/2022

IL CONTRAENTE

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY



LA COMPAGNIA  
**BHItalia**  
Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway  
BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED  
Rappresentanza Generale per l'Italia Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI)  
Tel: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com  
Iscritta nella Sezione II dell'Albo Imprese IVASS N° 2.00005 in data 11.5.2021  
Codice IVASS Impresa: X501R | Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965



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. 437 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. - Ed. 31.05.2022” e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa Polizza Collettiva;
- (B) Formulazione temporale dell'Assicurazione “Claims Made”;
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Il **Contraente** dichiara inoltre di aver ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte della **Polizza Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, in particolare del “Mod. 137 22 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. - Ed. 31.05.2022”, delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al “Mod. 437 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. - Ed. 31.05.2022”, 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 del Titolo II, Capo I, Art. 9 del Regolamento IVASS N° 41 del 02 Agosto, 2018 è fatto obbligo al Contraente di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Set Informativo nonché le Condizioni contrattuali complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della Polizza Collettiva.**

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C. il **Contraente** dichiara di accettare specificatamente, e sottoscrive per specifica approvazione, i contenuti dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione di cui al “Mod. 437 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. - Ed. 31.05.2022”:

- 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.

Milano, 29/12/2022

IL CONTRAENTE

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY



Polizza N. 2022RCG00274-1212688

pagina 3 di 6

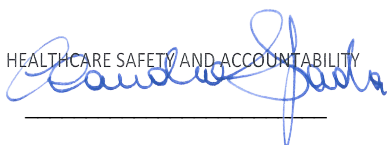
## CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

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

Milano, 29/12/2022

IL CONTRAENTE

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY  


## COMUNICAZIONE DEI SINISTRI

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

**Berkshire Hathaway International Insurance Limited**

**Rappresentanza Generale per l'Italia**

**Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI**

**Tel. 02 8707 3773 - Fax 02 8707 3784**

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

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

## ALLEGATO "A" - FACSIMILE MODULO DI ADESIONE

POLIZZA COLLETTIVA N° 2022RCG00274-1212688  
ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA  
DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

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

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA 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 quelli previsti dalla Polizza Collettiva N° 2022RCG00274-1212688 stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima dell'adesione;
- (2) 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;
- (3) 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;
- (4) 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 DELL'ASSICURATO .....

RETROATTIVITÀ:

- Dalle ore 00:01 del \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (Opzione Base)  ILLIMITATA, sopra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile

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. 137 22 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. - Ed. 31.05.2022” prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Collettiva N° 2022RCG00274-1212688 stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**;
- (C) Formulazione temporale dell'assicurazione “Claims Made”;
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data .....

FIRMA DELL'ASSICURATO .....

### CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021** “Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative” e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell’Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. “catena assicurativa”.

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

Data .....

FIRMA DELL'ASSICURATO .....