

# **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° 2023RCG00309-1212810**

## SCHEDA DI POLIZZA

**Polizza N°:** 2023RCG00309-1212810

- 1. Contraente:** Healthcare Safety and Accountability  
Via San Vincenzo, 3 – 20123 Milano (MI)  
CODICE FISCALE: 97670550157
  
- Periodo di Validità della Polizza:**
- 2. Effetto:** dalle ore 24:00 del 31.12.2023
- 3. Scadenza:** alle ore 24:00 del 31.12.2024
- 4. Data Retroattività:** dalle ore 24:00 del 31.12.2013  
Opzione Retroattività Illimitata di cui all'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione: sovra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile.
- 5. Limite dell'Indennizzo per Risarcimento - Colpa Grave Medica:** EUR 5.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie.
- 6. Franchigia per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento:** Nessuna.
- 7. 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.
- 8. Intermediario (Broker):** --
- 9. 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)
- 10. 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
- 11. Allegati / Atti di Variazione:** Allegato "A" - Facsimile Modulo di Adesione (Mod. COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. - ALLEGATO "A");  
Appendice 01 – Variazioni Contrattuali

Milano, 04/01/2024

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 | Email: direzione@bh-italia.com  
Sede legale: Milano (MI) | Registro Imprese: AAAG-09-200005-11-000-11-15-2021  
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, .....

IL CONTRAENTE

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY

## 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, .....

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° 2023RCG00309-1212810  
CONTRAENTE: Healthcare Safety and Accountability  
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° 2023RCG00309-1212810 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 24:00 del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (Opzione Base)

ILLIMITATA, sovra-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  Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

**Data della Sentenza:**

SI, 2 condanne In sede:  Civile  Penale per lesioni  Penale colpose per omicidio colposo

**Importo del risarcimento: €**

**Data delle Sentenze:**

SI, 3 condanne In sede:  Civile  Penale per lesioni  Penale colpose 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° 2023RCG00309-1212810 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 .....

## APPENDICE N. 01

•••

### POLIZZA N° 2023RCG00309-1212810

#### CONTRAENTE:

**HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY**  
**VIA SAN VINCENZO, 3**  
**20123 MILANO (MI)**

**CODICE FISCALE: 97670550157**

**EFFETTO: ore 24:00 del 31.12.2023**

Con la presente Appendice, che forma parte integrante della Polizza sopraindicata, di comune accordo ed a corretta definizione degli accordi intercorsi tra le Parti, si prende atto ad ogni effetto dell'introduzione delle condizioni qui di seguito descritte.

- **L'Articolo 2) Periodo di Assicurazione** delle Condizioni di Assicurazione di cui al Mod. 437 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. - Ed. 31.05.2022 deve intendersi integralmente sostituito dalla seguente nuova previsione:

#### **Articolo 2) Periodo di Assicurazione**

La presente Polizza ha durata 12 (dodici) mesi dalle ore 24:00 del giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza alle ore 24:00 del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza con tacito rinnovo annuale. Tanto la Compagnia quanto il Contraente hanno facoltà di disdettare la presente polizza collettiva Colpa Grave Medica ad ogni scadenza annuale, per qualsiasi ragione e senza necessità di giustificare la disdetta, con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni.

È quindi inteso che, indipendentemente dalla data di adesione alla copertura assicurativa da parte dei singoli Assicurati, la garanzia per **tutti i Certificati di Assicurazione coperti in questa Polizza Collettiva avranno durata pari a 12 (dodici) mesi, con obbligo di disdetta in caso gli Assicurati desiderino manifestare la volontà di non rinnovare la propria copertura, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti inviata almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale, essendo previsto il tacito rinnovo e la tacita proroga dei singoli Certificati.**

A seguito del pagamento avvenuto, la **Compagnia** rilascerà all'**Assicurato** un regolare Certificato contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del **Premio**.

Ogni articolo delle Condizioni di Assicurazione di cui al Mod. 437 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. - Ed. 31.05.2022 che preveda la mancata presenza del tacito rinnovo annuale ed il mancato obbligo di disdetta sopracitato deve intendersi abrogato. //

- **Articolo 27) Modifica unilaterale Condizioni contrattuali**

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

Le variazioni delle condizioni tariffarie e normative verranno comunicate come "Proposta di modifica unilaterale di Polizza" (di seguito semplicemente "Proposta") al Contraente, che ne dovrà dare avviso a tutti gli Assicurati entro 30 giorni dal ricevimento; 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 da parte dei singoli Assicurati;
- 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 e gli Assicurati, entro 30 (trenta) giorni ciascuno dal proprio ricevimento della Proposta, potranno recedere con effetto immediato **mediante invio di raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata, il Contraente alla Compagnia e gli Assicurati al Contraente**, 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 27 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.

Fermo ed invariato il resto.

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

Milano, 04/01/2024

IL CONTRAENTE

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY  


LA COMPAGNIA

**BHItalia<sup>®</sup>**  
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  








## RESPONSABILITA' SOLIDALE:

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

## DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Ad ogni scadenza contrattuale, previo preavviso di almeno 90 giorni, è prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale, avendo specifico riferimento alla tipologia e al numero di sinistri chiusi con accoglimento della richiesta.

È inoltre prevista la variazione in diminuzione in relazione alle azioni intraprese per la gestione del rischio e di analisi sistemica degli incidenti.

Le variazioni del premio di tariffa devono essere in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso, anche tenuto conto del fabbisogno finanziario delle imprese assicuratrici.

## RECESSO PER SINISTRO

Il recesso per sinistro si intende abrogato.

La Società Assicuratrice può recedere dal contratto prima della scadenza solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

## DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto assicurativo ha la durata e rateizzazione esposta nel certificato e/o frontespizio di polizza.

Nei contratti poliennali o annuali con tacito rinnovo, La Società ed il Contraente possono recedere anticipatamente dal presente contratto, al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante disdetta con lettera raccomandata e/o pec da inviare con 30 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità.

In caso di contratto avente durata annuale senza tacito rinnovo lo stesso cesserà alla naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

## RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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)

## PREMIO

Rimane convenuto tra le parti che non è previsto alcun supplemento di premio per l'adeguamento del contratto in base alla presente appendice.

## FERMO IL RESTO

Data 15/05/2024

## LA COMPAGNIA

## IL CONTRAENTE

## CLAUSOLA DA APPROVARE SPECIFICAMENTE

### ECCEZIONI OPPONIBILI

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

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

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

Data 15/05/2024

### LA COMPAGNIA

 **Berkshire Hathaway**  
International Insurance Limited  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Come Italia, 13-20122 Milano (MI), Italia  
Iscrittazione nella Sezione II del Registro Imprese in data 11.5.2021  
Codice IVASS Impresa: X501R | Partita IVA: 07234060965

### IL CONTRAENTE

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY  
