

COLPA GRAVE MEDICA – PRIVATO “PLUS”

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

CONTRAENTE:

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY

•••

VIA SAN VINCENZO, 3 - 20123 MILANO (MI) – ITALIA

•••

PARTITA IVA: 97670550157

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

••

POLIZZA COLLETTIVA N° 2024RCG00318 - 1225111

SCHEDA DI POLIZZA

Polizza N°: 2024RCG00318 - 1225111

1. **Contraente:** HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY
Via San Vincenzo, 3
20123 Milano (MI) Italia
CODICE FISCALE: 97670550157
- Periodo di Validità della Polizza:**
2. **Effetto:** dalle ore 24:00 del 01.03.2024
3. **Scadenza:** alle ore 24:00 del 01.03.2025
4. **Data Retroattività:** dalle ore 24:00 del 01.03.2014
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:**
- a. **Sezione I - Colpa Grave Medica** EUR 5.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie;
- b. **Sezione II - Condanna in Solido** EUR 2.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie.
6. **Franchigia per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento:** Nessuna.
7. **Premi Anni Lordi:**
- | | <u>Premio Annuo Lordo</u> | |
|---|---------------------------|-------------------|
| | <u>Sezione I</u> | <u>Sezione II</u> |
| Dirigente Medico che svolge Attività di Ginecologia, Ostetricia e Ortopedia | € 668,00 | € 668,00 |
| Dirigente Medico che NON svolge Attività di Ginecologia, Ostetricia e Ortopedia | € 572,00 | € 572,00 |
| Dirigente Sanitario Non Medico | € 477,00 | € 477,00 |
| Quadri Sanitari / Altro Personale Sanitario | € 74,00 | € 74,00 |
| Restante Personale Non Sanitario | € 53,00 | € 53,00 |
- 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. - R.U.I. N. A000584168
Viale di Porta Vercellina, 20 - 20123 Milano (MI) - Italia
Tel. 02 - 87199538, Fax 02 - 87181509, E-mail info@luliabilityunderwriting.it
10. **Informativa Precontrattuale e Condizioni di Assicurazione:**
- Mod. 139 22 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Ed. 31.05.2022
 - Mod. 439 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Ed. 31.05.2022
11. **Allegati / Atti di Variazione:**
- Allegato "A" - Facsimile Modulo di Adesione
 - Allegato "B" - Facsimile Certificato di Assicurazione
 - Appendice N. 01 - Inserimento Art. 18-Bis

Milano, 05/03/2024

IL CONTRAENTE

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY



Polizza Collettiva N. 2024RCG00318-1225111 - pagina 2 di 11

LA COMPAGNIA

 **Berkshire Hathaway**
International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI) | Tel.: +39 02 4952 4986 | E-mail: direzione@bh-italia.com
Iscritta nella Sezione II dell'Albo Imprese di cui all'Art. 35 del Regolamento ISVAP in data 11.5.2021
Codice IVASS Impresa: X501R | Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

pag. 2 di 4

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. 439 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - 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. 139 22 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - Ed. 31.05.2022”, delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al “Mod. 439 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - 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. 439 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - 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, 05/03/2024

IL CONTRAENTE

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY


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”.

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

Milano, 05/03/2024

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° 2024RCG00318 - 1225111
CONTRAENTE: HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY
ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA 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

I: Da utilizzare per accedere all'Area Riservata

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° 2024RCG00318 – 1225111 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

RETROATTIVITÀ:

Dalle ore 24:00 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. 139 22 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO “PLUS” - 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° 2024RCG00318 – 1225111 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

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

ALLEGATO "B" - FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE N°

•••

POLIZZA COLLETTIVA N° 2024RCG00318 - 1225111
CONTRAENTE: HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY

•••

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

ADESIONE INDIVIDUALE

IL / LA SOTTOSCRITTO / A

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

DICHIARA DI ADERIRE ALLA COPERTURA OGGETTO DEL PRESENTE CERTIFICATO
con decorrenza dal al SENZA TACITO RINNOVO,

e contestualmente di aver ricevuto copia del presente Certificato e di essere a conoscenza, aver preso visione delle condizioni contrattuali, normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Collettiva N° 2024RCG00318 - 1225111 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;

In osservanza del disposto dei Regolamenti IVASS N. 40 e N. 41 del 02/08/2018, di seguito viene esposto un estratto delle Condizioni di Polizza; valgono esclusivamente le Condizioni di Assicurazione della Polizza Collettiva N° 2024RCG00318 - 1225111.

SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto, di cui al punto 7 (Sezione I) della Scheda di Polizza, e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3 e stabilito nel Certificato di Assicurazione, 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 della Polizza, 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:

Vedi Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione

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

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto, di cui al punto 7 (Sezione II) della Scheda di Polizza, 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:

Vedi Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione

Esclusioni valide per entrambe le Sezioni:

Vedi Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione

SI NO CLAUSOLA BROKER - Broker incaricato:

| | | |
|--------------------|---|-----------------|
| PREMIO CORRISPOSTO | DECORRENZA DELLA GARANZIA DALLE ORE 24:00 DEL | FRAZIONAMENTO |
| € | - SENZA TACITO RINNOVO | UNICA SOLUZIONE |

Retroattività:

Dalle ore 24:00 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.

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.

L'Assicurato dichiara quindi di aver ricevuto prima dell'adesione alla copertura assicurativa 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. 139 22 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - Ed. 31.05.2022", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 439 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO "PLUS" - 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.

Milano, __/__/____

L'ASSICURATO

LA COMPAGNIA

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore e dal giorno sopra indicato 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.

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

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 della Polizza Collettiva:

| | |
|-------------|--|
| 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 |

Il presente Certificato viene emesso in tre esemplari, di 4 (quattro) pagine ciascuno, ad un solo effetto.

Milano, __/__/____

L'ASSICURATO

APPENDICE N. 01

•••

POLIZZA COLLETTIVA N° 2024RCG00318-1225111

CONTRAENTE:

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

CODICE FISCALE: 97670550157

EFFETTO: ore 24:00 del 01.03.2024

Con la presente Appendice, che forma parte integrante della Polizza Collettiva sopraindicata, di comune accordo ed a corretta definizione degli accordi intercorsi tra le Parti, si conviene di modificare con effetto dalle ore 24:00 del 01.03.2023 le Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 439 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - PRIVATO PLUS-Ed. 31.05.2022" con l'inserimento, successivamente all'Art. 18) Recesso in Caso di Sinistro, del seguente Articolo:

"Art. 18-Bis) Recesso dalla Polizza Collettiva

La Società e il Contraente hanno facoltà di recedere dalla Polizza Collettiva con un preavviso di 30 (trenta) giorni da notificarsi a mezzo di lettera raccomandata o posta elettronica certificata; tale recesso ha lo scopo di consentire l'eventuale rinegoziazione del contratto.

In caso di recesso di una delle Parti, il Contraente avrà l'obbligo di informare i singoli Assicurati della cessazione dell'efficacia della Polizza Collettiva."

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

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

Milano, 05/03/2024

IL CONTRAENTE

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY



LA COMPAGNIA

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

Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI) | Tel: +39 02 4952 4986 | E-mail: direzione@bh-italia.com
Iscrizione nella Sezione II dell'Albo Imprese di cui all'art. 35 del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008 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.

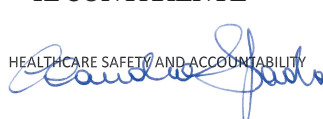
FERMO IL RESTO

Data 15/05/2024

LA COMPAGNIA



IL CONTRAENTE

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY


pagina 3 di 4

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
Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI) - Tel.: +39 02 49524986 - Fax: +39 02 49524987
Iscritta nella Sezione II del Registro Imprese (R. 2021) in data 11.5.2021
Codice IVASS Impresa: X501R - Partita IVA: 07234060965

IL CONTRAENTE

HEALTHCARE SAFETY AND ACCOUNTABILITY
