

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:
HORUS CONSULENTI ASSOCIATI DI FALLERONI ANGELO & C. S.r.l.**

...

VIA DONATO MENICHELLA 260 – 00156 ROMA (RM)

...

PARTITA IVA: 05412361007



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

...

POLIZZA COLLETTIVA N° 2023RCG00307-1212808

SCHEDA DI POLIZZA

Polizza N°: 2023RCG00307-1212808

1. Contraente:

HORUS CONSULENTI ASSOCIATI di Falleroni Angelo & C.
S.r.l.
VIA DONATO MENICHELLA, 260
00156 Roma (RM)
PARTITA IVA: 05412361007

Periodo di Validità della Polizza:

2. Effetto: dalle ore 00:01 del 20.12.2023

3. Scadenza: alle ore 00:01 del 20.12.2024

4. Data Retroattività:

dalle ore 00:01 del 20.12.2013

Opzione Retroattività Illimitata di cui all'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione: sopra-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:

Qualifica dell'Assicurato

Premio Annuo Lordo

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):

Horus Consulenti Associati S.r.l. - Via Donato Menichella, 260 00156 Roma (RM) - P. IVA 05412361007 - Iscrizione RUI n. A000079859
Tel: 06 4116835 - Fax: +39 06.41219591 - mail: info@horusnetwork.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
- Allegato "B" - Facsimile Certificato di Assicurazione
- Appendice N. 01 - Variazioni contrattuali

Milano, 27/12/2023

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA

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
Iscritta nella Sezione II dell'Albo Imprese MASS 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,

IL CONTRAENTE

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,

IL CONTRAENTE

COMUNICAZIONE DEI SINISTRI

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

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia

Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI
Tel. 02 8707 3773 - Fax 02 8707 3784
E-mail <sinistri@bh-italia.com>
PEC <sinistri.bh-italia@legalmail.it>

ALLEGATO "A" - FACSIMILE MODULO DI ADESIONE

POLIZZA COLLETTIVA N° 2023RCG00307-1212808
CONTRAENTE: HORUS CONSULENTI ASSOCIATI di Falleroni Angelo & C. S.r.l.
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 personale¹ in qualità di
..... presso l'Azienda

1: 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° 2023RCG00307-1212808 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 00:01 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 per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

Data delle Sentenze:

SI, 3 condanne In sede: Civile Penale per lesioni 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° 2023RCG00307-1212808 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

risarcimento, come definite nel Glossario della Polizza, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti.

- 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

Esclusioni:

Vedi Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione

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

PREMIO CORRISPOSTO €	DECORRENZA DELLA GARANZIA DALLE ORE 00:01 DEL - CON TACITO RINNOVO	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:

- presentate per la prima volta all'Assicurato, e**
- debitamente denunciate dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Validità della Polizza.**

(b) di aver letto e di aver specificamente 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. 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.**

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 3 (tre) 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. 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.

Milano, ___/___/_____

L'ASSICURATO