

## 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 Collettiva 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.

### DEFINIZIONI

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.

<b>Assicurato:</b>	Tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, <b>iscritto all'AOGOI</b> , che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva ed abbia pagato il relativo premio.
<b>Assicuratori (o "la Compagnia"):</b>	<b>Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia</b> , Foro Buonaparte, 20 - 20121 - Milano (MI).
<b>Contraente:</b>	Il soggetto indicato al punto 1 della Scheda di Polizza, che sottoscrive la presente Polizza Collettiva in qualità di mandatario non beneficiando dei diritti derivanti dal contratto stesso e non assumendo alcuna obbligazione in merito al pagamento dei premi dovuti dai singoli Assicurati, neppure in caso di omesso versamento o insolvenza dei medesimi.
<b>Danno / Danni:</b>	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.
<b>Massimale:</b>	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
<b>Perdite Patrimoniali:</b>	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
<b>Periodo di Assicurazione:</b>	Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nell'Articolo 2 delle Condizioni di Assicurazione che seguono.
<b>Polizza Collettiva:</b>	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione. La presente Polizza Collettiva è stipulata "per conto di chi spetta" ai sensi dell'Art. 1891 C.C.
<b>Richiesta di Risarcimento:</b>	Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato: <ol style="list-style-type: none"><li>la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;</li><li>la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;</li><li>l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;</li></ol>

iv. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

**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.

<b>Articolo 1</b>	<b>FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE")- RETROATTIVITÀ</b>
-------------------	--

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa **attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, come precedentemente definita, 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 prima della data di retroattività indicata al punto 4 della Scheda di Polizza.**

<b>Articolo 2</b>	<b>PERIODO DI ASSICURAZIONE</b>
-------------------	---------------------------------

La presente Polizza Collettiva avrà durata di un anno, dalle ore 00:01 del giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza alle ore 00:01 del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza. E' quindi inteso che, indipendentemente dalla data di adesione alla copertura assicurativa da parte dei singoli Assicurati, **la garanzia per tutti gli Assicurati ai sensi di questa Polizza Collettiva avrà scadenza alle ore 00:01 del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo della Polizza Collettiva stessa, né la tacita proroga dei Periodi di Assicurazione relativi ai singoli Assicurati.**

<b>Articolo 3</b>	<b>MASSIMALI DI GARANZIA</b>
-------------------	------------------------------

**Il massimale per sinistro e/o sinistro in serie è indicato al punto 5 della Scheda di Polizza.**

**Il massimale in aggregato annuo è indicato al punto 6 della Scheda di Polizza.**

<b>Articolo 4</b>	<b>OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE</b>
-------------------	-----------------------------------

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, **fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3 e indicato ai punti 5 e 6 della Scheda di Polizza**, prestano l'assicurazione nella forma "Claims Made" enunciata all'Articolo 1, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato 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 nel caso di:

- Azione diretta del terzo danneggiato;
- Azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria **nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e dal CCNL;**
- Azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla Legge;
- Ulteriori danni, inclusi nella rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di Legge, **a condizione che siano conseguenza diretta di un danno indennizzabile ai sensi della presente assicurazione ed entro un limite del 10% del danno indennizzato.**

Tutto quanto sopra riportato **a condizione che per tali danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per Colpa Grave con sentenza della Autorità Giudiziaria Ordinaria, Civile o Penale e/o dalla 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 esclusa dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale ad esclusione di quanto previsto al quinto capoverso di cui sopra.**

Articolo 5	SPESE LEGALIE 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 indicato ai punti 5 e 6 della Scheda di Polizza, **ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo**, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

Se il sinistro comporta imputazioni penali per fatto doloso, sono a carico degli Assicuratori le spese sostenute per la difesa dell'Assicurato, purché:

- Il reato venga derubricato da doloso a colposo,
- L'Assicurato venga prosciolto o assolto in fase istruttoria o con sentenza passata in giudicato per non aver commesso il fatto o perché il fatto non sussiste o non costituisce reato,

escludendo quindi i casi di assoluzione con altre formule e i casi di estinzione, per qualunque causa, del reato.

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 dell'Azienda Sanitaria.

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. E' 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 delibazione 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 Adesione ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie; se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente o collaboratore di strutture pubbliche e/o a partecipazione pubblica (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). E' 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 Collettiva, sono escluse:
- 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;
  - Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note, e che potrebbero determinare sinistri coperti dalla presente polizza in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato, prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti Assicuratori, che si siano concretizzati, prima della decorrenza della copertura assicurativa, con notifica certa e/o con richiesta di risarcimento da parte dell'Azienda di appartenenza e/o dalla propria Compagnia di Assicurazione e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti;
  - Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nell'Articolo 1, che si siano concretizzati, prima della decorrenza della copertura assicurativa, con notifica certa e/o con richiesta di risarcimento da parte dell'Azienda di appartenenza e/o dalla propria Compagnia di Assicurazione e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.
- 9.2 Sono parimenti esclusi:
- I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
  - I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
  - 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;
  - 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;
  - Esclusivamente per gli interventi chirurgici i danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato;
  - I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
  - I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
  - I danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
  - I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
  - 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");
  - 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;
  - Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
  - 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;
  - 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 imprevisto, improvviso ed accidentale;
  - 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;
  - 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 e le perdite derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Operatore Sanitario, Medico e Paziente;
- 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;
- 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.

<b>Articolo 10</b>	<b>RESPONSABILITÀ SOLIDALE</b>
--------------------	--------------------------------

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono, ferma restando l'esperibilità 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.**

<b>Articolo 11</b>	<b>ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE</b>
--------------------	---

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione, come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta 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 dell'attività senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili, con le medesime modalità di adesione alla Polizza Collettiva e **previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 100% del premio corrispondente all'ultima mansione**, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 5 (cinque) anni per eventuale azioni nei propri confronti durante il periodo di validità della presente Polizza Collettiva.

In caso di estensione ultrattiva dell'assicurazione, **i Massimali di Garanzia previsti nell'Art. 3 quali massimali in Aggregato Annuo rimangono validi quali massimali in aggregato per l'intero periodo, comprensivo del periodo di assicurazione originale e del periodo di estensione ultrattiva prescelto.**

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

<b>Articolo 12</b>	<b>VARIAZIONI DEL RISCHIO</b>
--------------------	-------------------------------

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, **l'assicurazione cesserà di diritto decorso un termine di preavviso di 30 (trenta) giorni decorrenti da quando gli Assicuratori avranno dichiarato all'Assicurato l'intenzione di avvalersi della presente clausola risolutiva.**

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.**

<b>Articolo 13</b>	<b>PAGAMENTO DEL PREMIO</b>
--------------------	-----------------------------

**Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione 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.**

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 la prima rata di premio, 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.**

Il Periodo di Assicurazione ha termine alle ore 00:01 del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, senza tacito rinnovo.

E' facoltà della parti riaccendere il contratto successivamente alla scadenza naturale con le medesime modalità previste dalla Polizza Collettiva, sottoscrivendo il Modulo di Adesione all'uopo predisposto.

<b>Articolo 14</b>	<b>ONERI FISCALI</b>
--------------------	----------------------

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

<b>Articolo 15</b>	<b>RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE - RESCINDIBILITÀ ANNUALE</b>
--------------------	--

**Tanto la presente Polizza Collettiva quanto la garanzia per tutti gli Assicurati ai sensi della Polizza Collettiva stessa cessano alla data di scadenza indicata al punto 3 della Scheda di Polizza, senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo né la tacita proroga.**

<b>Articolo 16</b>	<b>COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI</b>
--------------------	---

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.**

<b>Articolo 17</b>	<b>OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO</b>
--------------------	---

Fermo restando le definizioni di polizza "Richiesta di Risarcimento" e "Sinistro", è fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i sinistri per cui abbia ricevuto in forma certa:

- Richiesta di risarcimento di terzi e/o da parte dell'Azienda di appartenenza e/o dell'Assicuratore dell'Azienda di appartenenza;**
- Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.**

La sola informazione prevista dall'Azienda di aver inoltrato segnalazione alla Corte dei Conti non costituisce obbligo di denuncia di sinistro; parimenti l'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa assicurazione non costituisce obbligo di denuncia di sinistro.

**L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario (indicato al punto 9 della Scheda di Polizza).**

L'Intermediario 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.

Negli stessi termini e con le stesse modalità, l'Assicurato è tenuto a denunciare ogni fatto o circostanza da cui possano derivare danni risarcibili da questa assicurazione.

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.

<b>Articolo 18</b>	<b>RECESSO IN CASO DI SINISTRO</b>
--------------------	------------------------------------

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni.

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.

<b>Articolo 19</b>	<b>SURROGAZIONE</b>
--------------------	---------------------

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.

<b>Articolo 20</b>	<b>FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO</b>
--------------------	---

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.

<b>Articolo 21</b>	<b>CLAUSOLA BROKER</b>
--------------------	------------------------

Con la sottoscrizione del Modulo di Adesione l'Assicurato conferisce al Broker indicato al punto 9 della Scheda di Polizza il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che:

- Ogni comunicazione fatta al Broker sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- Ogni comunicazione fatta dal Broker sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'Articolo 17 che resta invariato e confermato.

Ai sensi dell'Art. 55, comma 1, lett. a) del Regolamento ISVAP N. 5 del 16 Ottobre 2006, la Compagnia autorizza espressamente il Broker indicato al punto 9 della Scheda di Polizza all'incasso dei premi dai Clienti e/o al pagamento delle somme dovute agli Assicurati o agli altri aventi diritto.

<b>Articolo 22</b>	<b>NORME DI LEGGE</b>
--------------------	-----------------------

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.

<b>Articolo 23</b>	<b>MODALITÀ E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA COLLETTIVA</b>
--------------------	---

Per l'adesione alla presente Polizza Collettiva è previsto che ciascun Assicurato provveda, direttamente, al versamento del premio dovuto, determinato come segue.

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo indicato nel Modulo di Adesione ed anche successivamente alla cessazione del rapporto di servizio alla sola condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio, nei termini dovuti.

**Ai sensi dell'Art. 30, comma 7 del Regolamento ISVAP N° 35 del 26 Maggio, 2010 è fatto obbligo al Contraente di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della presente Polizza Collettiva.**

Ciascun Assicurato dovrà altresì compilare e sottoscrivere il Modulo d'Adesione (facsimile di cui all'"Allegato A") e corrispondere l'importo del premio dovuto.

In tale caso l'assicurazione decorrerà:

- Dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza, come risultante dal Modulo di Adesione e dall'apposita documentazione trasmessa alla Compagnia dall'Intermediario incaricato della gestione e registrazione delle adesioni (indicato al punto 9 della Scheda di Polizza), a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 (quindici) giorni dalla data di registrazione.
- In considerazione del fatto che le scadenze dei Periodi di Assicurazione relativi ai singoli Assicurati saranno tutte al giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, sarà data la possibilità ai singoli Assicurati di aderire alla Polizza Collettiva entro 60 (sessanta) giorni dal giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza con decorrenza retroattiva dal giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza. Resta fermo quanto disposto dal capoverso a).

La compilazione, sottoscrizione, l'invio del Modulo di Adesione ed il pagamento del relativo premio comportano l'automatica adesione alla presente Polizza Collettiva, salvo quanto di seguito specificato.

L'Assicurazione è operante in conformità al relativo Periodo di Validità, come disciplinato, nel caso in cui l'assicurando **attesti, tramite la compilazione del Modulo di Adesione di cui all'"Allegato A" di non essere a conoscenza di fatti o circostanze pregresse alla data di firma del Modulo di Adesione, suscettibili di poter cagionare un sinistro e di quant'altro richiesto al punto (3) del Modulo di Adesione stesso.**

Nel caso in cui, invece, all'atto della compilazione dell'apposito Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva, l'assicurando dichiara di essere a conoscenza di uno o più fatti riportati nel predetto Modulo di Adesione, **gli Assicuratori si riservano di non accettare la richiesta di adesione o di accettarla a condizioni speciali che sono dagli stessi comunicate all'Assicurando nel termine di 30 (trenta) giorni dalla ricezione del Modulo di Adesione.**

In assenza di comunicazioni da parte degli Assicuratori entro i 30 (trenta) giorni stabiliti, l'adesione si intende accettata alle normali condizioni contrattuali; l'effetto dell'adesione decorre dalle date indicate al successivo paragrafo regolante la disciplina delle adesioni.

In caso di mancata accettazione da parte degli Assicuratori, sarà data specifica comunicazione all'assicurando, il quale avrà diritto alla restituzione del premio.

In caso di accettazione da parte degli Assicuratori a condizioni differenti da quelle della presente Polizza Collettiva, l'assicurando 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 sovrappremio, o il proprio diniego all'adesione con annessa richiesta di restituzione del Premio.

In caso di accettazione l'Assicurazione decorre dalle date indicate al paragrafo regolante la disciplina delle adesioni.

Si precisa inoltre che in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel periodo di polizza l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente agli Assicuratori senza dover corrispondere il maggior premio.

Una volta effettuata la comunicazione il rischio si intende automaticamente in garanzia.

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 diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione tutte le mansioni svolte e pagare il relativo premio.

Il premio dovuto sarà pari al 75% della somma dei premi relativi alle diverse adesioni/mansioni ricoperte.

Articolo 24	PREMIO
-------------	--------

Il premio annuo procapite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, a seconda del Periodo di Retroattività specificato nel Modulo di Adesione, secondo la tabella riportata al punto 8 della Scheda di Polizza.

Essendo facoltà degli Assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno, mantenendo ferma la scadenza del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, si conviene di calcolare il premio in ragione di un 1/12° per ogni mese di garanzia.

Il Contraente fornirà alla Compagnia, tramite l'Intermediario, un rendiconto mensile, in formato elettronico da convenirsi, delle singole adesioni alla presente Polizza Collettiva, contenente perlomeno le seguenti informazioni di base:

- Dati anagrafici completi di ciascun Assicurato;
- Ente di appartenenza, Regione di appartenenza di ciascun Assicurato;
- Qualifica, specialità, occupazione di ciascun Assicurato;
- Data di adesione / effetto della copertura, data di scadenza della copertura di ciascun Assicurato;
- Premio o rateo di premio di ciascun Assicurato, con distinta tra imponibile e lordo imposte.

Il rendiconto contenente le informazioni di cui sopra, relativamente all'attività di ciascun mese della presente Polizza Collettiva, sarà trasmesso alla Compagnia entro il decimo giorno del mese successivo a quello al quale il rendiconto è riferito.

**L'Intermediario è autorizzato dalla Compagnia ad incassare per conto della Compagnia stessa i premi riferiti alle adesioni alla presente Polizza Collettiva i relativi premi dovranno essere rimessi 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 del Modulo di Adesione 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 del Servizio Sanitario Nazionale; tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, 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 Che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la struttura sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione "intramuraria", 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 i rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria di appartenenza con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali all'uopo deliberati, 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 regionali.**
- 25.4 Di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi coperti dalla presente polizza in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato stesso, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione e che si siano concretizzati con notifica certa e/o con**

richiesta di risarcimento da parte di terzi e/o da parte dell'azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

25.5 Di avere ricevuto dal Contraente o dall'Intermediario, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della presente Polizza Collettiva.

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).

IL CONTRAENTE

\_\_\_\_\_

LA COMPAGNIA  
**BHItalia®**

Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway  
BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED  
Rappresentanza Generale per l'Italia Foro Buonaparte, 20 - 20121 Milano (MI)  
Tel: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com  
Iscrizione Elenco I annesso all'Albo Imprese IVASS N° 1.00092 in data 25.1.2011  
Codice IVASS Impresa D893R Codice Fiscale e Partita IVA 07234060965



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.

Il Contraente dichiara di avere preso puntuale visione in ogni sua parte della polizza Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia, in particolare delle Condizioni Generali e Particolari del presente Modello "COLPA GRAVE MEDICA\_POLIZZA\_v9\_SADT\_AOGOI", e delle relative Condizioni Speciali, Condizioni Integrative e Appendici indicate nel Punto 11 del Prospetto, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Ai sensi dell'Art. 30, comma 7 del Regolamento ISVAP N° 35 del 26 Maggio, 2010 è fatto obbligo al Contraente di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della Polizza Collettiva.

A conferma di quanto sopra e ad ogni effetto di legge di cui agli artt. 1341 e 1342 C.C. il Contraente 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

La presente polizza viene emessa in tre esemplari, di 15 (quindici) pagine ciascuno, ad un solo effetto (comprendente dell'"Allegato A - Facsimile Modulo di Adesione", di una pagina).

IL CONTRAENTE

\_\_\_\_\_

LA COMPAGNIA  
**BHItalia**

Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway

BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED  
Rappresentanza Generale per l'Italia Foro Buonaparte, 20 - 20121 Milano (MI)  
Tel: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com  
Iscrizione Elenco I annesso all'Albo Imprese IVASS N° I.00092 in data 25.1.2011  
Codice IVASS Impresa D893R Codice Fiscale e Partita IVA 07234060965