

SCHEDA DI QUOTAZIONE

Polizza N°: 20xxRCG00xxx-xxxxxx

1. **Contraente:** BUCCHIONI'S STUDIO S.A.S. - INTERMEDIARI AGENTI
VIA REDIPUGLIA, 15 - 19124 LA SPEZIA (SP) - ITALIA
PARTITA IVA: 01089210114
- Periodo di Validità della Polizza:**
2. Effetto: dalle ore 24:00 del 31.12.2022
3. Scadenza: alle ore 24:00 del 31.12.2023
4. **Data Retroattività:** dalle ore 24:00 del 31.12.2012
Opzione Retroattività Illimitata di cui all'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione: sovra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile.
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 Annui Lordi:**
- | <u>Qualifica dell'Assicurato</u> | <u>Premio Annuo Lordo</u> | |
|--|---------------------------|-------------------|
| | <u>Sezione I</u> | <u>Sezione II</u> |
| Dirigente Medico e Veterinario | € 420,00 | € 420,00 |
| Medico Convenzionato e/o Contrattista | € 360,00 | € 360,00 |
| Dirigente Sanitario Non Medico | € 300,00 | € 300,00 |
| Medico Specialista in Formazione | € 200,00 | € 200,00 |
| Componente del Comitato Etico | € 150,00 | € 150,00 |
| Quadro Sanitario / Altro Personale Sanitario / | | |
| Dirigente Infermieristico | € 60,00 | € 60,00 |
| Restante Personale Non Sanitario | € 40,00 | € 40,00 |
| Tirocinante | € 40,00 | € 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):** Bucchioni's Studio S.a.s. - Intermediari Agenti (R.U.I. N. A000232125)
Via Redipuglia, 15 - 19124 La Spezia (SP) - Italia
Tel. 018780122, Fax 0187575808, E-mail buccioni@bucchioniassicurazioni.it
10. **Informativa Precontrattuale e Condizioni di Assicurazione:**
- Mod. 138 22 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Ed. 31.05.2022
- Mod. 438 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Ed. 31.05.2022
11. **Allegati / Atti di Variazione:**
- Allegato "A" - Facsimile Modulo di Adesione
- Allegato "B" - Facsimile Certificato di Assicurazione

Milano, ___/___/___

IL CONTRAENTE

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

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il **Contraente** dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel presente “Mod. 438 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “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. 138 22 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “PLUS” - Ed. 31.05.2022”, delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al “Mod. 438 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “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. 438 22 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “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.

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>

