

SET INFORMATIVO

(Edizione 30.06.2021)

FNOPO

ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA PER LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E PER COLPA GRAVE DELLE/GLI ISCRITTE/I AGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA

Il presente **SET INFORMATIVO** è formato da:

1. **DIP DANNI** (*Documento Informativo Precontrattuale*)
2. **DIP AGGIUNTIVO DANNI** (*Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo*)
3. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** comprensive del **GLOSSARIO**
4. **FACSIMILE MODULO DI ADESIONE** in allegato alle **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Il presente documento include inoltre:

5. **INFORMATIVA PRIVACY**

AVVERTENZA:

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Assicurazione in forma collettiva per la copertura della Responsabilità Civile Professionale e per Colpa Grave delle/gli iscritte/i agli Ordini della professione di Ostetrica

DIP - Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di Assicurazione Danni

Compagnia: Berkshire Hathaway International Insurance Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: "FNOPO RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E COLPA GRAVE"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura la Responsabilità Civile Professionale in conseguenza di **Danni** causati a **Terzi**, nonché la Responsabilità per Colpa Grave.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Responsabilità Civile Professionale:** La **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che egli sia tenuto a pagare o a rimborsare a **Terzi** per **Danni** involontariamente causati da negligenza, imprudenza o imperizia e violazione di norme, dei quali egli sia civilmente responsabile ai sensi di legge nell'esercizio dell'**Attività Assicurata**
- ✓ La **Compagnia** risponde:
 - dei **Danni** causati dagli **Assicurati** nell'esercizio dell'**Attività Assicurata**;
 - delle responsabilità previste dalla L. 24/2017 e ss.mm.ii,
- ✓ **Colpa Grave:** La **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che egli sia tenuto a pagare o a rimborsare a **Terzi** per **Danni** involontariamente causati da negligenza, imprudenza o imperizia e violazione di norme, dei quali egli sia civilmente responsabile ai sensi di legge nell'esercizio dell'**Attività Assicurata**, anche per l'ipotesi di Responsabilità Civile derivante da Colpa Grave.
- ✓ Sono coperte le **Richieste di Risarcimento** presentate dall'**Assicurato** per la prima volta nel corso del periodo di efficacia della garanzia stessa qualunque sia l'epoca del fatto, azione od omissione che abbia dato origine alla **Richiesta di Risarcimento**.
- ✓ In caso di cessazione per qualsiasi causa dell'attività in corso di vigenza della presente Polizza saranno indennizzabili, alle condizioni di cui alla presente Polizza, le **Richieste di Risarcimento** presentate per la prima volta all'**Assicurato** o ai suoi eredi entro 15 (quindici) anni dalla cessazione dell'attività.
- ✓ La **Società** rinuncia alla rivalsa verso le **Persone del cui operato l'Assicurato debba rispondere**;



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **Danni** causati da dolo dell'**Assicurato** (anche per la rinuncia alla rivalsa);
- ✗ **Danni** causati dall'**Assicurato** nel periodo in cui si sia trovato sospeso per qualunque motivo dall'esercizio dell'**Attività Assicurata**;
- ✗ **Danni** causati al coniuge, agli ascendenti ai discendenti, ai parenti conviventi dell'**Assicurato**;

- ✗ **Danni**, perdite, costi, e le spese di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da, o conseguenti ai seguenti eventi (indipendentemente da qualsiasi altra causa o atto che interagisca contestualmente o in qualsiasi altra sequenza al sinistro);
- ✗ Guerra, ostilità o operazioni belliche (sia che la guerra sia dichiarata che non sia dichiarata); invasione; atti di un nemico di nazionalità diversa da quella dell'**Assicurato** o atti di un nemico di nazionalità diversa dal Paese in cui, o su cui gli atti vengono compiuti; guerra civile; rivolta; ribellione (sommossa); insurrezione; rivoluzione; caduta del governo legalmente costituito; tumulti civili che assumono proporzioni di insurrezione; potere militare; usurpazione di potere;
- ✗ Qualsiasi atto di terrorismo
- ✗ Tutti i **Sinistri** derivanti da **Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze** verificatisi prima della data di decorrenza del primo **Periodo di Assicurazione**, qualora al momento di tali **Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze**, fosse in vigore una polizza di assicurazione valida per l'apertura del relativo sinistro.



Ci sono limiti di copertura?



Per ciascun **Assicurato** il massimale è pari a Euro 2.000.000,00 (euro duemilioni/00) per **Sinistro** e per anno assicurativo o, in alternativa, è pari a Euro 5.000.000,00 (euro cinquemilioni/00) per **Sinistro** e per anno assicurativo per chi abbia aderito all'opzione di massimale relativa e versato il **Premio** corrispondente.



Dove vale la copertura?

La copertura vale nel mondo intero tuttavia giurisdizione e legge applicabile sono quelle della Repubblica Italiana.



Che obblighi ho?

- L'**Assicurato** deve comunicare, per iscritto, al **Broker** qualsiasi **Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze** che lo riguardino entro 30 giorni dal momento nel quale ne è venuto a conoscenza,
- In caso di **Sinistro**, L'**Assicurato** deve inoltre trasmettere in 30 (giorni) i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro.
- L'**Assicurato** deve, inoltre, trasmettere ogni altra informazione e prestare la propria collaborazione per la gestione del **Sinistro**. Ove pervenga all'**Assicurato** una citazione giudiziaria, questa, anche se il **Sinistro** non sia stato precedentemente notificato al **Broker** dovrà essere trasmessa in fotocopia entro 5 giorni dal ricevimento al **Broker**.
- L'**Assicurato** non deve ammettere la propria responsabilità, né raggiungere accordi o transazioni senza il preventivo consenso scritto della **Società**.



Quanto e come devo pagare?

Il **Premio** che ciascun **Assicurato** aderente alla Polizza Collettiva corrisponde varia in base all'età ed al massimale scelto sul modulo di adesione. Il **Premio** è dovuto:

- per intero per le adesioni pervenute nei primi 4 mesi del **Periodo Assicurativo** annuale di riferimento;
- nella misura del 75% del **Premio** annuale per le adesioni pervenute dal 5° all'8° mese del **Periodo Assicurativo** annuale di riferimento;
- nella misura di 50% del **Premio** annuale per le adesioni pervenute dal 9° al 12° mese del **Periodo Assicurativo** annuale di riferimento.

Il pagamento del **Premio** da parte di ciascun **Assicurato** sarà da effettuarsi alla Compagnia per il tramite del **Broker** proponente AON Spa, attraverso portale dedicato <https://www.fnopo.aon.it/>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La garanzia decorre automaticamente dalle h. 24.00 del giorno di versamento del **Premio** e scade alle h. 24.00 dell'ultimo giorno del **Periodo Assicurativo** annuale nel corso del quale è stata effettuata l'adesione.

In occasione dei rinnovi annuali la garanzia:

- decorre dalle ore 00 della data di decorrenza se entro 60 giorni è stato versato il relativo **Premio**;
- In caso di mancato versamento entro 60 giorni la garanzia è sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno e si riattiva con effetto dalle ore 24 del giorno di versamento del **Premio**;
- In caso di mancata riattivazione della garanzia la **Società** rinuncia ad agire nei confronti della **Contraente** o del singolo **Assicurato** per la riscossione dell'importo dovuto per il rinnovo.
- In caso di sinistro per la verifica della regolarità amministrativa farà fede la data del versamento del **Premio**.

La durata della presente Polizza è fissata in tre anni, e cioè per il periodo che va **dalle ore 24.00 del 30/06/2021 alle ore 24.00 del 30/06/2024** suddivisi in periodi assicurativi di un anno.



Come posso disdire la polizza?

Non vi è necessità di disdetta per l'**Assicurato**: la Polizza non prevede clausole il tacito rinnovo per cui l'**Assicurato** che intende rinnovare deve provvedere al pagamento del **Premio** alla scadenza annuale prevista dalla Polizza.

Assicurazione in forma Collettiva per la copertura della Responsabilità Civile Professionale e per Colpa Grave delle/gli iscritte/i agli Ordini della professione di Ostetrica

BHItalia[®]
Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

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

Prodotto: "FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE"

Data di realizzazione: 30/06/2021, il DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Il presente Contratto viene stipulato con **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** (in seguito definita "**BHItalia**"); Berkshire Hathaway International Insurance Limited è una società appartenente al Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited ha Sede Legale e Direzione Generale nel REGNO UNITO, 4th Floor, 8 Fenchurch Place London, EC3M 4AJ ed è registrata in Inghilterra e Galles con il N. 3230337.

BHItalia® è il marchio registrato della sede secondaria italiana di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** con cui sarà concluso il Contratto, con Sede Legale e Direzione Generale in Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI), Italia.

BHItalia® opera sul territorio della Repubblica Italiana in regime di stabilimento, per cui il rappresentante per la gestione dei sinistri è la stessa Rappresentanza Generale per l'Italia dell'Impresa.

Recapiti di **BHItalia**®: telefono +39 02 49524986, fax +39 02 49524987, sito internet: www.bh-italia.com, indirizzo di posta elettronica: direzione@bh-italia.com (Posta Elettronica Certificata: bh-italia@legalmail.it).

BHItalia® è autorizzata con provvedimento IVASS Prot. N° 0100063/21 del 11.05.2021, è iscritta in data 11 maggio 2021 con N° 2.00005 nella Sezione II dell'Albo Imprese di cui all'art. 35 del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, codice IVASS Impresa X501R. **BHItalia**® opera in Italia in regime di stabilimento ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni attraverso la propria Rappresentanza Generale in Italia, avente Sede in Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI).

BHItalia® è sottoposta al controllo dell'Autorità di Vigilanza della Repubblica Italiana IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è sottoposta al controllo delle Autorità di Vigilanza del Regno Unito preposte alla regolamentazione dei servizi finanziari, autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority, N. di riferimento PRA/FCA 202967

Queste informazioni possono essere verificate rispettivamente sui siti internet della Prudential Regulation Authority (www.bankofengland.co.uk/PRA/Pages/default.aspx) della Financial Conduct Authority (www.fca.org.uk) e dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (www.ivass.it).

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2020) di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** è di 421,03 milioni di Euro, formato da un capitale sociale di 353,06 milioni di Euro e da riserve patrimoniali di 67,97 milioni di Euro. Il tasso di cambio utilizzato per la conversione valutaria degli importi di bilancio da Dollari USA ad Euro è pari a EUR 1 = US\$ 1,2264 (tasso di cambio al 31 Dicembre 2020).

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (*SCR*) è di 164,12 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (*MCR*) è di 41,03 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 432,81 milioni di Euro. Il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*) dell'impresa, che rappresenta il rapporto tra l'importo dei fondi propri ammissibili alla copertura e il requisito patrimoniale di solvibilità, è del 264%.

Il patrimonio netto e l'indice di solvibilità sono calcolati applicando i criteri contabili FRS n. 102 e n. 103 applicabili nel Regno Unito e nella Repubblica d'Irlanda, nonché le disposizioni della Sezione 396 del Companies Act 2006.

Comprendendo la situazione patrimoniale delle società controllate, l'ammontare del patrimonio netto di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** rilevabile dal "Group Solvency & Financial Condition Report 2020" è di 425,26 milioni di Euro, formato da un capitale sociale di 353,06 milioni di Euro e da riserve patrimoniali di 72,20 milioni di Euro. Il tasso di cambio utilizzato per la conversione valutaria degli importi di bilancio da Dollari USA ad Euro è pari a EUR 1 = US\$ 1,2264 (tasso di cambio al 31 Dicembre 2020).

Sempre comprendendo la situazione patrimoniale delle società controllate, l'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (*SCR*) è di 192,58 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (*MCR*) è di 48,14 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 433,62 milioni di Euro. Il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*), che rappresenta il rapporto tra l'importo dei fondi propri ammissibili alla copertura e il requisito patrimoniale di solvibilità, è del 225%.

La capogruppo di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, la società controllante nonché la società che governa l'intero gruppo di imprese per il quale sono redatti i bilanci e del quale **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** fa parte, è la **Berkshire Hathaway Inc.**, con sede negli Stati Uniti d'America.

La società controllante che governa il più ristretto gruppo di imprese per il quale sono redatti i bilanci e del quale **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** fa parte, è la **National Indemnity Company**, società con sede nello Stato del Nebraska (Stati Uniti d'America).

I bilanci consolidati delle suddette società sono pubblicati e possono essere richiesti presso l'indirizzo 1140 Kiewit Plaza, Omaha - Nebraska 68131 - USA, oppure possono essere scaricati dai siti internet delle due società, ai seguenti indirizzi:

www.berkshirehathaway.com
www.nationalindemnity.com

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente all'oggetto della presente copertura assicurativa:

Responsabilità Civile e Responsabilità Civile per Colpa Grave

- ✓ Se nel modulo di adesione si è scelta l'opzione "Attività di Dipendente o parasubordinato pubblico o privato compresa intramoenia" la copertura assicurativa è limitata all'attività svolta in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private.
- ✓ Se nel modulo di adesione si è scelta l'opzione "Libero Professionista" la copertura assicurativa comprende sia l'attività effettivamente svolta come libero professionista sia l'attività svolta come "Dipendente o parasubordinato" anche se cessata.
- ✓ L'**Assicurazione** comprende inoltre la responsabilità dell'**Assicurato** che sia consegnatario di valori in caso di furto e rapina; l'assicurazione di cui al presente capoverso è prestata fino alla concorrenza di un importo pari a Euro 10.000 per ogni **Sinistro** con il limite di Euro 20.000 per anno assicurativo e per **Assicurato**.
- ✓ L'**Assicurazione** vale altresì per la responsabilità derivante da fatto doloso o colposo delle **Persone delle quali l'Assicurato deve rispondere**.
- ✓ In caso di responsabilità solidale dell'**Assicurato** con altri soggetti, la **Società** risponderà per intero di quanto dovuto dall'**Assicurato** ai sensi dell'art. 2055 del Codice Civile, salvo il diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.
- ✓ Qualora l'**Assicurato** al momento della prima richiesta scritta di risarcimento sia coperto individualmente con una polizza personale di assicurazione della responsabilità professionale, la garanzia oggetto della presente Polizza opererà comunque a primo rischio.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<p>Estensione retroattività ad attività libero professionale per Assicurato "dipendente-parasubordinato" – RUN-OFF</p>	<p>L'Assicuratore si impegna a garantire la copertura di Sinistri che siano la conseguenza di Eventi Dannosi verificatisi prima dell'attivazione della Copertura Assicurativa purchè rientranti nel periodo di Retroattività, anche nell'eventualità in cui l'Assicurato che riveste al momento dell'adesione la qualifica di "Dipendente-parasubordinato", abbia svolto in passato attività come libero-professionista.</p> <p>Tale garanzia è subordinata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il rispetto dei limiti e delle condizioni di polizza - la preventiva acquisizione di una "Dichiarazione di assenza Richieste di Risarcimento/Circostanze" <p>Verrà emessa apposita appendice con validità 10 anni a partire dalla data di adesione. Il massimale è da intendersi unico per l'intero periodo. A fronte di un Premio pari ad 1 (una) volta il Premio assicurativo dovuto per attività libero professionale.</p>
<p>Adeguamento alla Legge 124/2017: ultrattività in mancanza di rinnovo della copertura assicurativa stipulata aderendo alla Polizza Collettiva ad Adesione</p>	<p>Adeguamento alla Legge 124/2017 Art. 1 comma 26 (c.d. Legge sulla Concorrenza)</p> <p>L'aggiudicatario si impegna a garantire agli Assicurati che, in mancanza di rinnovo della copertura assicurativa stipulata per il tramite della Polizza Collettiva ad Adesione per propria volontà o perché la stessa non fosse più nella disponibilità dei singoli soggetti, un periodo di ultrattività della copertura per Richieste di Risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. Il massimale per tale garanzia sarà unico per i 10 anni, senza facoltà di recesso da parte dell'Assicuratore nel periodo, e sarà pari a quello in vigore alla scadenza della copertura.</p> <p>A tal fine:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'aggiudicatario dovrà mettere a disposizione dei singoli soggetti richiedenti un recapito da utilizzare per la richiesta, che non potrà essere rifiutata a condizione che pervenga entro 3 mesi dalla cessazione dell'operatività della copertura assicurativa; - l'acquisto della garanzia ultrattiva sarà oggetto di stipula di un nuovo contratto di assicurazione, a contraenza del Professionista Sanitario richiedente e senza oneri di alcun genere, né economici né gestionali, per l'Ordine Contraente o per la FNOPO. Il contratto non sarà intermediato dal Broker della Federazione; - il Premio per il Professionista Sanitario richiedente la garanzia ultrattiva di cui sopra sarà commisurato al Premio dell'ultimo Periodo Assicurativo annuale, a fronte di un Premio individuale pari a 4 (quattro) volte l'ultimo Premio annuale.

Variazioni di attività	<p>Se un'Ostetrica/o già Assicurata/o come "libero professionista" varia l'attività in corso d'anno passando da "libero professionista" a "dipendente o parasubordinato" il Premio versato si intende acquisito e il nuovo Premio si calcolerà a valere per la nuova annualità. Tale variazione fa scattare la Ultrattività in caso di Cessazione prevista all'art. 6 relativamente all'attività svolta in qualità di "libero professionista".</p> <p>Se viceversa un'Ostetrica/o già Assicurata/o come "dipendente o parasubordinato" inizia a svolgere attività di Ostetrica in qualità di "libero professionista", la garanzia sarà estesa alle conseguenze dell'attività libero-professionale a far data dalle ore 24 della comunicazione di variazione.</p> <p>Il rateo di Premio relativo dovrà essere pagato dall'Assicurato entro 30 giorni dalla ricezione della relativa appendice di variazione.</p> <p>È espressamente compresa la validità della Retroattività per l'attività svolta come "dipendente o parasubordinato", anche se la stessa fosse cessata.</p>
-------------------------------	--

Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi	<p>Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alle esclusioni di polizza:</p> <p>È escluso l'Assicurato che, in occasione del rinnovo annuale, non provveda al versamento del Premio entro sessanta giorni., pena la nullità e la "mancanza di effetto dall'origine" della garanzia per lo stesso.</p>
-----------------------	---

Ci sono limiti di copertura?

Ci sono limiti di copertura?	<p>Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente ai limiti di copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Sono a carico della Società le spese sostenute dall'Assicurato per resistere all'azione del danneggiato, con i limiti previsti dall'art. 1917 C.C. ! La Società non rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa accettati o designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale. ! Nell'ipotesi in cui l'Assicurato riceva più Richieste di Risarcimento, anche da soggetti diversi ma comunque derivanti dal medesimo atto si darà luogo all'apertura di un unico Sinistro nei limiti del massimale vigente al momento della prima richiesta. La data di ricezione della prima Richiesta di Risarcimento sarà considerata come data di tutte le richieste anche per quelle presentate successivamente alla cessazione dell'Assicurazione.
-------------------------------------	---

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue.</p> <p>Denuncia del sinistro:</p> <p>L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle vertenze Ogni denuncia di Sinistro dovrà essere inviata esclusivamente al Broker che gestisce la Polizza. Qualsiasi denuncia inoltrata al Broker si intende come inoltrata alla Società.</p> <p>La denuncia di Sinistro va inoltrata a:</p> <p>Aon S.p.A. Via Calindri 6, 20143 Milano - RUI N. B000117871 - Tel. 02 87 23 23 68 E-mail <denunce.rcmedica@aon.it> PEC <sinistriprofessioni@pec.aon.it></p> <p>Le denunce in parola dovranno essere effettuate esclusivamente a mezzo degli appositi stampati predisposti dal Broker, il quale, ricevute la denuncia, dovrà istruire la pratica, anche richiedendo chiarimenti e/o ulteriore documentazione.</p> <p>Allorché il Broker ritenga la pratica formalmente in regola, dovrà trasmetterla alla Società entro i successivi 15 giorni. Il Broker dovrà, comunque, trasmettere copia della documentazione ricevuta, ancorché incompleta, entro 30 giorni dal ricevimento della denuncia.</p> <p>Nell'ipotesi in cui l'Assicurato riceva più Richieste di Risarcimento, anche da soggetti diversi ma comunque derivanti dal medesimo atto si darà luogo all'apertura di un unico Sinistro nei limiti del massimale vigente al momento della prima richiesta. La data di ricezione della prima Richiesta di Risarcimento sarà considerata come data di tutte le richieste anche per quelle presentate successivamente alla cessazione dell'Assicurazione.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: Non prevista.</p>
---------------------------------------	---

	<p>Gestione da parte di altre imprese: <i>Non prevista.</i></p> <p>Prescrizione: come previsto dall'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche e integrazioni, il diritto al pagamento delle rate di Premio si prescrive in 1 (un) anno dalle singole scadenze.</p> <p>Ai sensi dell'Art. 22, comma 14 della Legge N. 221 del 17 Dicembre 2012 di conversione con modificazioni del D. L. N. 179 del 18 Ottobre 2012, gli altri diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione Danni si prescrivono nel termine di 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda; nell'assicurazione della Responsabilità civile il termine di 2 (due) anni decorre dal giorno in cui il Terzo danneggiato ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.</p> <p>La comunicazione all'Assicuratore della richiesta del Terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del Terzo danneggiato non sia prescritto.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente, relative a Circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio rese all'atto della stipulazione della Polizza possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione (articoli 1892 e 1893 Cod. Civ.).</p>
Obblighi dell'impresa	<p>La Società può assumere in ogni momento la gestione della vertenza a nome dell'Assicurato sia in sede stragiudiziale che in sede giudiziale, ed è obbligata a farlo se l'Assicurato lo richiede.</p> <p>Parimenti, senza il previo consenso dell'Assicurato, la Società non può pagare risarcimenti ai reclamanti. Nell'eventualità in cui l'Assicurato opponesse un rifiuto ad una transazione raccomandata per iscritto dalla Società, preferendo resistere alle richieste del reclamante o proseguire l'eventuale azione legale in corso, la Società non sarà obbligata a liquidare una somma maggiore rispetto a quella per la quale riteneva di transigere, oltre alle spese legali e di giudizio sostenute con il consenso della stessa fino alla data in cui l'Assicurato ha opposto il rifiuto.</p> <p>Tentativo di Mediazione e/o di Conciliazione</p> <p>Nel caso in cui l'Assicurato venga convocato per il tentativo di mediazione o invitato a partecipare al tentativo di conciliazione ex. art. 696 bis del codice di procedura civile i relativi costi saranno sostenuti dalla Società nel caso in cui la sua partecipazione a dette procedura venga autorizzata per iscritto dalla stessa. L'eventuale nomina di un legale da parte dell'Assicurato in tale procedura dovrà parimenti essere oggetto di specifica autorizzazione scritta da parte della Società affinché la stessa ne sostenga i costi.</p> <p>Nomina del legale difensore e altre facoltà.</p> <p>L'Assicurato ha sempre facoltà di proporre alla Società un legale di propria fiducia la cui nomina è subordinata al benessere della Società. Eventuali spese legali non autorizzate dalla Società saranno a carico dell'Assicurato.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Modalità di pagamento</p> <p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p> <p>Oneri fiscali</p> <p>Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'Assicurato. La Compagnia non sarà in alcun caso responsabile riguardo al pagamento di tali oneri.</p>
Rimborso	<p>L'Assicurato ha diritto al rimborso del Premio pagato e non goduto al netto degli oneri fiscali che per legge restano a suo carico nell'ipotesi di esercizio del diritto di ripensamento previsto nei casi di acquisto a distanza della copertura.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue.</p> <p>La garanzia decorre automaticamente dalle h. 24.00 del giorno di versamento del Premio e scade alle h. 24.00 dell'ultimo giorno del Periodo Assicurativo annuale nel corso del quale è stata effettuata l'adesione.</p> <p>In occasione dei rinnovi annuali la garanzia: decorre dalle ore 00 della data di decorrenza se entro 60 giorni è stato versato il relativo Premio; In caso di mancato versamento entro 60 giorni la garanzia è sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno e si riattiva con effetto dalle ore 24 del giorno di versamento del Premio;</p> <p>In caso di mancata riattivazione della garanzia la Società rinuncia ad agire nei confronti del Contraente o del singolo assicurato per la riscossione dell'importo dovuto per il rinnovo. In caso di Sinistro per la verifica della regolarità amministrativa farà fede la data del versamento del Premio.</p>
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	L' Assicurato ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione , a mezzo invio di comunicazione, agli Assicuratori, anche per il tramite dell'Intermediario. Il termine che precede decorre dal giorno della ricezione della Certificato di Assicurazione da parte dell' Assicurato .
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

La presente Polizza è stipulata dalla **Contraente**: Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetricia , FNOPO, ed è rivolta a tutte/i le/gli iscritte/i all'**Albo** professionale di cui all'art. 4 della legge 11 gennaio 2018, n. 3 presso gli Ordini della Professione di Ostetrica



Quali costi devo sostenere?

Il **Premio** Annuale previsto per la categoria di appartenenza a carico dell'aderente della Polizza Collettiva è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari che sono pari in media al 20% del **Premio** Imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami e le dichiarazioni di insoddisfazione riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>Ufficio Reclami Berkshire Hathaway International Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia Corso Italia 13, 20122 - Milano MI Fax: +39 02 49524987 E-mail: reclami@bh-italia.com</p> <p>L'Ufficio Reclami provvederà a fornire il riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo (con una possibile sospensione fino a 15 giorni per le integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito ai comportamenti degli agenti e dei loro dipendenti e collaboratori). I reclami relativi al comportamento dei Broker e dei loro dipendenti/collaboratori saranno gestiti direttamente dal Broker interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente al Broker, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché l'intermediario provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni</p>
----------------------------------	--

All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.</p> <p>In alternativa, i reclami possono essere presentati all'Autorità di Vigilanza del Regno Unito, Financial Conduct Authority (FCA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, ovvero all'Autorità preposta Financial Ombudsman Service (FOS), South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE/ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

FNOPO

ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Mod. 431 21 Condizioni di Assicurazione FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA PER LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E PER COLPA GRAVE DELLE/GLI ISCRITTE/I AGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA

stipulata fra la **Contraente** indicato al punto 1 della **Scheda di Polizza**,
e la Società

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Italia, 13
20122 Milano (MI)

di seguito denominata **Compagnia**.

La seguente **Assicurazione** è rilasciata a favore degli associati/iscritti alla **Contraente** che ne abbiano fatto richiesta e che abbiano corrisposto il relativo **Premio**, ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

- (1) **RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE**
- (2) **RESPONSABILITÀ CIVILE COLPA GRAVE**

Il presente contratto è stato redatto secondo le Linee Guida del Tavolo di lavoro ANIA "Contratti Semplici e Chiari".

AWERTENZA:

La Contraente si assume l'impegno di consegnare il Set Informativo al singolo aderente prima della sottoscrizione del contratto, nonché il Certificato di Assicurazione al singolo Assicurato che abbia aderito alla Polizza Collettiva e che abbia corrisposto il relativo Premio.

INDICE

FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA	2
FACSIMILE ALLEGATO N. 01	7
CAPITOLATO SPECIALE LOTTO 1.....	9
DEFINIZIONI	10
SEZIONE PRIMA	12
ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE	12
I. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	12
Art. 1. - Il rischio assicurato.	12
Art. 2. - I rischi esclusi	12
Art. 3. - Massimale di Polizza.....	13
Art. 4. - Spese di lite	13
Art. 5. - Altre assicurazioni.....	13
II. INIZIO E CESSAZIONE DELLA GARANZIA.....	13
Art. 6. - Delimitazioni temporali.....	13
IL SINISTRO	14
Art. 7. - Denuncia del sinistro	14
Art. 8. - Sinistri in serie	14
Art. 9. - Diritti e obblighi delle parti in caso di sinistro	14
Art. 10. - Rinuncia alla rivalsa	15
COMUNICAZIONI	15
Art. 11. - Comunicazioni della Società.....	15
SEZIONE SECONDA.....	16
NORME GENERALI PER L'ATTIVAZIONE E GESTIONE DELLA POLIZZA	16
Art. 12. - Contraente - Assicurati - Decorrenza della garanzia.....	16

Art. 13. - Premio	16
Art. 14. - Durata della Polizza - Cessazione della garanzia	17
Art. 15. - Modificazioni - Comunicazioni - variazione di attività.....	17
Art. 16. - Clausola Broker	17
Art. 17. - Tracciabilità dei flussi finanziari	17
Art. 18. - Norme del Codice Civile	17
Art. 19. - Giurisdizione, Foro Competente e Legge applicabile	18
FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE	19
FACSIMILE MODULO DI ADESIONE	21

FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA

FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA
PER LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE
E PER COLPA GRAVE DELLE/GLI ISCRITTE/ AGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA



Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

CONTRAENTE:

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DI OSTETRICA
PIAZZA TARQUINIA, 5D - 00183 ROMA RM

...

CODICE FISCALE: 80181890585

BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED
RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA

...

POLIZZA N. 2021RCG00220-789979

FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA

Polizza N.: 2021RCG00220-789979

1. **Contraente/Stazione Appaltante:** **FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DI OSTETRICA**
Piazza Tarquinia, 5D - 00183 Roma
CF/P. IVA 80181890585
CIG lotto 1: 83332158A4A
- Periodo di Validità della Polizza**
Collettiva
2. **Effetto:** dalle ore 24:00 del 30.06.2021
3. **Scadenza:** alle ore 24:00 del 30.06.2024
4. **Data Retroattività:** Illimitata.
5. **Limite dell'Indennizzo per Risarcimento** A scelta tra EUR 2.000.000,00 ed EUR 5.000.000 per Sinistro e/o sinistro in serie.
6. **Limite Aggregato dell'Indennizzo, per ciascun Assicurato:** Lo stesso limite prescelto per il Limite dell'Indennizzo per Risarcimento.
7. **Franchigia per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento:** Nessuna.
8. **Premi Annui Lordi:** I premi esposti all'Art.13 delle Condizioni di Assicurazione "Art. 13 - Premio".
Sovra-premio per l'attivazione dell'Estensione retroattività ad attività libero professionale per Assicurato "dipendente-parasubordinato" a fronte di un Premio pari ad 1 (una) volta il Premio assicurativo dovuto per attività libero professionale.
Sovra-premio per l'attivazione dell'ultrattività in mancanza di rinnovo della copertura assicurativa stipulata aderendo alla Polizza Collettiva ad Adesione, a fronte di un Premio individuale pari a 4 (quattro) volte l'ultimo Premio annuale.
9. **Intermediario (Broker):** Aon S.p.A. (RUI N. B000117871)
Via Calindri, 6 - 20143 Milano (MI)
10. **Intermediario (Agente):** Bucchioni's Studio S.a.s. - Intermediari Agenti (R.U.I. N. A000232125)
Via Redipuglia, 15 - 19124 La Spezia (SP)
11. **Informativa Precontrattuale e Condizioni di Assicurazione:** Mod. 131 21 Set Informativo FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021 ed eventuali versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse.
12. **Allegati / Atti di Variazione:** Allegato 1: Varianti migliorative n. 5 e n. 6 - Offerta Tecnica Lotto 1 - CIG: 83332158A4A

Milano,

LA CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

COMUNICAZIONE DEI SINISTRI

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

Aon S.p.A.
Via Calindri 6 - 20143 Milano
RUI N. B000117871

Tel. 02 87 23 23 68
E-mail <denunce.rcmedica@aon.it >
PEC <sinistriprofessioni@pec.aon.it >

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile la **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 **Mod. 431 21 Condizioni di Assicurazione FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021** 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"**, ovvero la garanzia è valida per le **Richieste di Risarcimento** presentate per iscritto per la prima volta all'**Assicurato** nel corso del periodo di efficacia della garanzia stessa qualunque sia la data di accadimento del fatto, dell'azione od omissione che abbia dato origine alla **Richiesta di Risarcimento**, ai sensi dell'art. 6 - Delimitazioni Temporali delle Condizioni di **Assicurazione "Mod. 431 21 Condizioni di Assicurazione FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021"**;
- (C) Esclusione di **Fatti e Circostanze** pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente **Assicurazione** fatto salvo il ricorrere congiunto dei punti 1 e 2 della Clausola di continuità assicurativa riportata all'Art. 2 I rischi esclusi - delle Condizioni di **Assicurazione "Mod. 431 21 Condizioni di Assicurazione FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021"**.

La **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. 131 21 Set Informativo FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021"**, delle relative Condizioni di **Assicurazione** di cui al **"Mod. 431 21 Condizioni di Assicurazione FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021"**, dei relativi Allegati ed Atti di Variazione indicati nel Punto 12 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 la **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. la **Contraente** dichiara di accettare specificatamente i contenuti degli Artt.:

- | | |
|---------------------------------|--|
| Art. 2 I rischi esclusi | Art. 8 Sinistri in serie |
| Art. 3 Massimale di Polizza; | Art. 12 Contraente - Assicurati - Decorrenza della garanzia; |
| Art. 4 Spese di lite | Art. 13 Premio; |
| Art. 6 Delimitazioni temporali; | Art. 14 Durata della Polizza - Cessazione della garanzia |
| Art. 7 Denuncia del sinistro; | Art. 19 Giurisdizione, Foro competente e Legge applicabile |

Data FIRMA DELLA 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 Sensibili, 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".

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

Data FIRMA DELLA CONTRAENTE

FACSIMILE ALLEGATO N. 01

ALLEGATO N. 01

...

POLIZZA COLLETTIVA N° 2021RCG00220-789979

CONTRAENTE:

Federazione Nazionale degli Ordini di Ostetrica

Piazza Tarquinia 5D - 00183 Roma

CF/P. IVA 80181890585

CIG lotto 1: 83332158A4A

EFFETTO: ore 24 del 30.06.2021

Con il presente Allegato, che forma parte integrante della Polizza Collettiva sopraindicata, di comune accordo ed a corretta definizione degli accordi intercorsi tra le Parti, si conviene di inserire, ad integrazione delle Condizioni di Assicurazione di cui al Mod. 431 21 Condizioni di Assicurazione FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021, le seguenti clausole relative alle varianti tecniche migliorative n. 5 e n. 6 riportate sulla scheda di Offerta Tecnica "Allegato 7 Criteri di Valutazione - Offerta Tecnica (Lotto 1)" di cui alla Gara Servizi Assicurativi - Lotto 1 CIG 83332158A4A per la copertura della Responsabilità Civile Professionale e per Colpa Grave delle/gli iscritte/i agli Ordini della Professione di Ostetrica:

1. Adegumento alla Legge 124/2017: ultrattività in mancanza di rinnovo della copertura assicurativa stipulata aderendo alla Polizza Collettiva ad Adesione

Adegumento alla Legge 124/2017 - Art. 1, comma 26 (c.d. Legge sulla Concorrenza)

L'aggiudicatario si impegna a garantire agli **Assicurati**, in mancanza di rinnovo della copertura assicurativa stipulata per il tramite della Polizza Collettiva ad adesione per propria volontà, o perché la stessa non fosse più nella disponibilità dei singoli soggetti, un periodo di ultrattività della copertura per **Richieste di Risarcimento** presentate per la prima volta entro i 10 (dieci) anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. Il massimale per tale garanzia sarà unico per i 10 (dieci) anni, senza facoltà di recesso da parte dell'Assicuratore nel periodo, e sarà pari a quello in vigore alla scadenza della copertura.

A tal fine:

- l'aggiudicatario dovrà mettere a disposizione dei singoli soggetti richiedenti un recapito da utilizzare per la richiesta, che non potrà essere rifiutata a condizione che pervenga entro 3 (tre) mesi dalla cessazione dell'operatività della copertura assicurativa;
- l'acquisto della garanzia ultrattiva sarà oggetto di emissione di un nuovo certificato di **Assicurazione**, che vedrà **Assicurato** il Professionista Sanitario richiedente e senza oneri di alcun genere, né economici né gestionali, per la FNOPO. Il contratto non sarà intermediato dal **Broker** della Federazione;

- il **Premio** per il Professionista Sanitario richiedente la garanzia ultrattiva di cui sopra sarà commisurato al **Premio** dell'ultimo **Periodo Assicurativo** annuale, nella misura di seguito indicata:

A FRONTE DI UN PREMIO INDIVIDUALE PARI A 4 VOLTE L'ULTIMO PREMIO ANNUALE

2. Estensione retroattività ad attività libero professionale per Assicurato "dipendente-parasubordinato" - RUN-OFF

L'Assicuratore si impegna a garantire la copertura di Sinistri che siano la conseguenza di Eventi Dannosi verificatisi prima dell'attivazione della Copertura Assicurativa purché rientranti nel periodo di retroattività, anche nell'eventualità in cui l'Assicurato che riveste al momento dell'adesione la qualifica di "Dipendente-parasubordinato", abbia svolto in passato attività come libero-professionista.

Tale garanzia è subordinata a:

- il rispetto dei limiti e delle condizioni di polizza;
- la preventiva acquisizione di una "Dichiarazione di assenza **Richieste di Risarcimento/Circostanze**".

Verrà emessa apposita appendice con validità 10 (dieci) anni a partire dalla data di adesione.

Il massimale è da intendersi unico per l'intero periodo.

A FRONTE DI UN PREMIO PARI A 1 VOLTA IL PREMIO ASSICURATIVO DOVUTO PER ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

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

Il presente Allegato viene emesso in tre esemplari, di 1 (una) pagina ciascuno, ad un solo effetto.

Milano,

LA CONTRAENTE

LA COMPAGNIA

CAPITOLATO SPECIALE LOTTO 1

ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

PER LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E
PER COLPA GRAVE DELLE/GLI ISCRITTE/I AGLI ORDINI DELLA
PROFESSIONE DI OSTETRICA

STIPULATA TRA:

“FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA”

di seguito denominato “CONTRAENTE/STAZIONE APPALTANTE”

e

La Società

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

di seguito denominata “SOCIETÀ”

per l'**Assicurazione** a favore di tutte/i le/gli Iscritte/i agli Ordini della Professione di Ostetrica

CON DURATA

Dalle ore 24.00 del 30/06/2021 alle ore 24.00 del 30/06/2024

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono per:

Assicurati:	a) tutte/i le/gli iscritte/i presso gli Ordini della Professione di Ostetrica all' Albo professionale di cui all'art. 4 della legge 11 gennaio 2018, n. 3 che abbiano aderito alla presente Polizza Collettiva ad Adesione nelle forme e nei modi previsti dalla documentazione di gara b) i soggetti di cui al punto a) che precede e che cesseranno l'attività in corso di vigenza della polizza, con ultrattività decennale (o maggiore secondo quanto previsto dalla variante migliorativa 1) a decorrere dalla data di cessazione dell'attività;
Assicurazione:	la presente Polizza Collettiva ad Adesione;
Attività Assicurata:	quella prevista e disciplinata dalla normativa di riferimento, nonché quella sviluppata o resa possibile dall'introduzione di nuove tecnologie. Sono espressamente oggetto di copertura assicurativa le attività connesse con lo svolgimento dell'attività professionali quali a titolo esemplificativo e non esaustivo attività gestionali, di coordinamento, di ricerca scientifica, formazione, docenza, consulenza.
Broker:	l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza, Aon S.p.A. Via Calindri 6 - 20143 Milano - RUI B000117871;
Contraente:	Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (di seguito anche per brevità “FNOPO”);
Stazione Appaltante:	la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica;
Parti:	la Stazione Appaltante , la Società e l' Assicurato ;
Periodo di Assicurazione:	il periodo per il quale è stato pagato il Premio ;
Premio:	la somma complessiva dovuta dall' Assicurato alla Società a titolo di corrispettivo della copertura assicurativa prestata dalla Società;
Persone delle quali l'Assicurato deve	tutti i soggetti delle cui azioni od omissioni l' Assicurato sia civilmente responsabile ai sensi di Legge

rispondere:

Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze:

quella che per prima tra le seguenti situazioni viene a conoscenza dell'**Assicurato**:

1. la comunicazione scritta con la quale il **Terzo** manifesta all'**Assicurato** l'intenzione di ritenerlo responsabile per **Danni** cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'**Assicurato** stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali **Danni**;
2. la citazione o la chiamata in causa dell'**Assicurato** per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre;
3. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'**Assicurato** in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'**Assicurazione**;
4. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'**Assicurato** che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un **Terzo** che chiede di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'**Assicurato** medesimo, comprese le comunicazioni ex. art. 13 L. 24/2017;
5. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'**Assicurato** che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'**Assicurato** medesimo;
6. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'**Assicurato** che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'**Assicurato** medesimo;
7. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza richiede una relazione tecnico-sanitaria.
8. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'**Assicurato** che all'U.R.P. Ufficio Relazioni Pubbliche - o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'**Assicurato** medesimo;
9. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza informa l'**Assicurato** circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico.
10. il ricevimento da parte dell'**Assicurato** dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione o dell'invito a partecipare al tentativo di conciliazione ex. art. 696 bis del codice di procedura civile;
11. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza o la sua Impresa di **Assicurazione** mette in mora o manifesta all'**Assicurato**
12. l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.

Albo/i:	i/i Registro/i tenuto/i dai singoli Ordini della Professione di Ostetrica (O.P.O.) territoriali e nei quali vengono iscritte/i le/gli ostetriche/i
Danno:	qualsiasi conseguenza dell'attività professionale esercitata dall' Assicurato che sia oggetto di una Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze
Sinistro:	la prima richiesta scritta di risarcimento presentata dal danneggiato all' Assicurato in relazione all'attività garantita con la presente Polizza, nonché le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze che si manifestino per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione .
Società:	l'impresa assicuratrice Berkshire Hathaway International Insurance Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia .
Terzo:	la persona fisica o giuridica sia pubblica che privata che possa avanzare pretese in relazione ai rischi per i quali è prestata l' Assicurazione .

SEZIONE PRIMA

ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

I. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1. - Il rischio assicurato.

L'**Assicurazione** è prestata per la copertura della responsabilità civile professionale e quindi per il risarcimento dei **Danni** causati dagli **Assicurati** nell'esercizio dell'**Attività Assicurata**.

La **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che egli sia tenuto a pagare o a rimborsare a **Terzi** per **Danni** involontariamente causati da negligenza, imprudenza o imperizia e violazione di norme, anche per l'ipotesi di colpa grave e dei quali egli sia civilmente responsabile ai sensi di legge nell'esercizio dell'**Attività Assicurata**.

Si intendono espressamente garantite dalla presente **Assicurazione** le responsabilità previste dalla L. 24/2017 e ss.mm.ii, con la sola esclusione delle responsabilità per fatto doloso dell'**Assicurato**.

Se nel modulo di Adesione si è scelta l'opzione "*Attività di Dipendente o parasubordinato pubblico o privato compresa intramoenia*" la copertura assicurativa è limitata all'attività svolta in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private.

Se nel modulo di Adesione si è scelta l'opzione "*Libero Professionista*" la copertura assicurativa comprende sia l'attività effettivamente svolta come libero professionista sia l'attività svolta come "*Dipendente o parasubordinato*" anche se cessata.

L'**Assicurazione** comprende inoltre la responsabilità dell'**Assicurato** che sia consegnatario di valori in caso di furto e rapina; l'assicurazione di cui al presente capoverso è prestata fino alla concorrenza di un importo pari a Euro 10.000 per ogni **Sinistro** con il limite di Euro 20.000 per anno assicurativo e per **Assicurato**.

L'**Assicurazione** vale altresì per la responsabilità derivante da fatto doloso o colposo delle **Persone delle quali l'Assicurato deve rispondere**.

In caso di responsabilità solidale dell'**Assicurato** con altri soggetti, la **Società** risponderà per intero di quanto dovuto dall'**Assicurato** ai sensi dell'art. 2055 del Codice Civile, salvo il diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Art. 2. - I rischi esclusi

La presente Polizza non copre:

1. i **Danni** causati da dolo dell'**Assicurato**;
2. i **Danni** causati dall'**Assicurato** nel periodo in cui si sia trovato sospeso per qualunque motivo dall'esercizio dell'**Attività Assicurata**;
3. l'**Assicurato** che, in occasione del rinnovo annuale, non provveda al versamento del **Premio** entro sessanta giorni, pena la nullità e la "mancanza di effetto dall'origine" della garanzia per lo stesso.
4. i **Danni** causati al coniuge, agli ascendenti ai discendenti, ai parenti conviventi dell'**Assicurato**;
5. i **Danni**, le perdite, i costi, e le spese di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da, o conseguenti ai seguenti eventi (indipendentemente da qualsiasi altra causa o atto che interagisca contestualmente o in qualsiasi altra sequenza al sinistro):
 - a. Guerra, ostilità o operazioni belliche (sia che la guerra sia dichiarata che non sia dichiarata); invasione; atti di un nemico di nazionalità diversa da quella dell'**Assicurato** o atti di un nemico di nazionalità diversa dal Paese in cui, o su cui gli atti vengono compiuti; guerra civile; rivolta; ribellione (sommossa); insurrezione; rivoluzione; caduta del governo legalmente costituito; tumulti civili che assumono proporzioni di insurrezione; potere militare; usurpazione di potere;
 - b. Qualsiasi atto di terrorismo.

Clausola di continuità assicurativa

Sono esclusi i Sinistri derivanti da **Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze** verificatisi prima della data di decorrenza del primo **Periodo di Assicurazione**, fatto salvo il ricorrere congiunto dei seguenti punti:

1. che al momento di tali **Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze** fosse in vigore una polizza di assicurazione
2. che tale polizza di assicurazione non consentisse l'apertura di un sinistro per **Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze** così come definiti nella presente polizza. In questo caso la **Società** tiene indenne l'**Assicurato** alle condizioni della presente polizza per le conseguenze di tali **Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze** che dovessero manifestarsi in vigenza di contratto o durante il periodo di ultrattività.

Art. 3. - Massimale di Polizza

Per ciascun **Assicurato** il massimale è pari a Euro 2.000.000,00 (Euro duemilioni/00) per **Sinistro** e per anno assicurativo o, in alternativa, è pari a Euro 5.000.000,00 (Euro cinquemilioni/00) per **Sinistro** e per anno assicurativo per chi abbia aderito all'opzione di massimale relativa e versato il **Premio** corrispondente.

Art. 4. - Spese di lite

Sono a carico della **Società** le spese sostenute dall'**Assicurato** per resistere all'azione del danneggiato, con i limiti previsti dall'art. 1917 C.C.

La **Società** assume, fino a quando ne ha interesse, a nome dell'**Assicurato**, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in sede civile, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'**Assicurato** stesso.

L'**Assicurato** è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze.

La **Società** ha diritto di rivalersi sull'**Assicurato** del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tale obbligo.

Sono a carico della **Società** le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'**Assicurato**, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in Polizza per il Danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra **Società** e **Assicurato**, in proporzione dei rispettivi interessi.

La **Società** non rimborsa le spese sostenute dall'**Assicurato** per i legali o tecnici che non siano da essa accettati o designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 5. - Altre assicurazioni

Qualora l'**Assicurato** al momento della prima richiesta scritta di risarcimento sia coperto individualmente con una polizza personale di assicurazione della responsabilità professionale, la garanzia oggetto della presente Polizza opererà comunque a primo rischio.

II. INIZIO E CESSAZIONE DELLA GARANZIA

Art. 6. - Delimitazioni temporali

1. **RETROATTIVITÀ:** La garanzia è valida per le **Richieste di Risarcimento** presentate per iscritto per la prima volta all'**Assicurato** nel corso del periodo di efficacia della garanzia stessa qualunque sia la data di accadimento del fatto, dell'azione od omissione che abbia dato origine alla **Richiesta di Risarcimento**.
2. **ULTRATTIVITÀ IN CASO DI CESSAZIONE:** In caso di cessazione per qualsiasi causa dell'attività in corso di vigenza della presente Polizza saranno indennizzabili, alle condizioni di cui alla presente Polizza, le **Richieste di Risarcimento** presentate per la prima volta all'**Assicurato** o ai suoi eredi entro 15 (quindici) anni dalla cessazione dell'attività

In questa evenienza il massimale sarà unico per l'intero periodo e non sarà possibile per la **Società** recedere anticipatamente dalla garanzia.

IL SINISTRO

Art. 7. - Denuncia del sinistro

L'**Assicurato** deve comunicare, per iscritto, al **Broker** qualsiasi **Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze** che lo riguardino entro 30 giorni dal momento nel quale ne è venuto a conoscenza, fatto salvo quanto previsto dall'Art. 2 "I Rischi Esclusi" - Clausola di Continuità Assicurativa, nel qual caso la Denuncia del **Sinistro** sarà possibile solo dopo che siano pervenute all'**Assicurato** nuove comunicazioni inerenti la **Richiesta di Risarcimento e/o Fatto e/o Circostanza** nota. In questo caso i 30 giorni decorrono dal momento di tali nuove comunicazioni.

Detta comunicazione deve contenere:

- la descrizione del fatto e, per quanto conosciute, delle conseguenze;
- la copia della **Richiesta di Risarcimento** e dei documenti ad essa allegati;
- il nome e il domicilio del richiedente e, se conosciuti, quelli degli altri danneggiati.

L'**Assicurato** deve inoltre trasmettere in 30 (giorni) i documenti e gli atti giudiziari relativi al **Sinistro**.

L'**Assicurato** deve, inoltre, trasmettere ogni altra informazione e prestare la propria collaborazione per la gestione del **Sinistro**.

Ogni denuncia di **Sinistro** dovrà essere inviata esclusivamente al **Broker** che gestisce la Polizza. Qualsiasi denuncia inoltrata al **Broker** si intende come inoltrata alla **Società**.

Le denunce in parola dovranno essere effettuate esclusivamente a mezzo degli appositi stampati predisposti dal **Broker**, il quale, ricevute la denuncia, dovrà istruire la pratica, anche richiedendo chiarimenti e/o ulteriore documentazione.

Allorché il **Broker** ritenga tale pratica formalmente in regola, dovrà trasmetterla alla **Società** entro i successivi 15 giorni. Il **Broker** dovrà, comunque, trasmettere copia della documentazione ricevuta, ancorché incompleta, entro 30 giorni dal ricevimento della denuncia.

Ove pervenga all'**Assicurato** una citazione giudiziaria, questa, anche se il **Sinistro** non sia stato precedentemente notificato al **Broker** dovrà essere trasmessa in fotocopia entro 5 giorni dal ricevimento al **Broker**.

La **Società** deve comunicare le proprie decisioni in ordine al **Sinistro**, all'interessato e al **Broker** entro 30 giorni dal ricevimento dell'avviso di **Sinistro** e della relativa documentazione. In particolare, la **Società** dovrà comunicare se ritiene opportuno resistere alla pretesa del **Terzo** danneggiato o se intende provvedere immediatamente al pagamento. In questo secondo caso l'**Assicurato** può comunicare alla **Società** e al **Broker** la sua opposizione al pagamento entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione della **Società**. In mancanza di opposizione, la **Società** pagherà quanto dovuto al **Terzo** danneggiato entro 30 (trenta) giorni dalla scadenza del termine di cui sopra.

La **Società** deve altresì immediatamente comunicare al **Broker** l'esito di ogni singola denuncia di **Sinistro** e i pagamenti eventualmente effettuati.

Art. 8. - Sinistri in serie

Nell'ipotesi in cui l'**Assicurato** riceva più **Richieste di Risarcimento**, anche da soggetti diversi ma comunque derivanti dal medesimo atto si darà luogo all'apertura di un unico **Sinistro** nei limiti del massimale vigente al momento della prima richiesta. La data di ricezione della prima **Richiesta di Risarcimento** sarà considerata come data di tutte le richieste anche per quelle presentate successivamente alla cessazione dell'**Assicurazione**.

Art. 9. - Diritti e obblighi delle parti in caso di sinistro

Gestione del Sinistro

La **Società** può assumere in ogni momento la gestione della vertenza a nome dell'**Assicurato** sia in sede stragiudiziale che in sede giudiziale, ed è obbligata a farlo se l'**Assicurato** lo richiede.

L'Assicurato non deve ammettere la propria responsabilità, né raggiungere accordi o transazioni senza il preventivo consenso scritto della **Società**.

Parimenti, senza il previo consenso dell'**Assicurato**, la **Società** non può pagare risarcimenti ai reclamanti. Nell'eventualità in cui l'**Assicurato** opponesse un rifiuto ad una transazione raccomandata per iscritto dalla **Società**, preferendo resistere alle richieste del reclamante o proseguire l'eventuale azione legale in corso, la **Società** non sarà obbligata a liquidare una somma maggiore rispetto a quella per la quale riteneva di transigere, oltre alle spese legali e di giudizio sostenute con il consenso della stessa fino alla data in cui l'**Assicurato** ha opposto il rifiuto.

Tentativo di Mediazione e/o di Conciliazione

Nel caso in cui l'**Assicurato** venga convocato per il tentativo di mediazione o invitato a partecipare al tentativo di conciliazione ex. art. 696 bis del codice di procedura civile i relativi costi saranno sostenuti dalla **Società** nel caso in cui la sua partecipazione a dette procedura venga autorizzata per iscritto dalla stessa. L'eventuale nomina di un legale da parte dell'**Assicurato** in tale procedura dovrà parimenti essere oggetto di specifica autorizzazione scritta da parte della **Società** affinché la stessa ne sostenga i costi.

Nomina del legale difensore e altre facoltà.

L'**Assicurato** ha sempre facoltà di proporre alla **Società** un legale di propria fiducia la cui nomina è subordinata al benessere della **Società**. Eventuali spese legali non autorizzate dalla **Società** saranno a carico dell'**Assicurato**.

Art. 10. - Rinuncia alla rivalsa

La **Società** rinuncia alla rivalsa verso le **Persone del cui operato l'Assicurato debba rispondere**;

Tuttavia, la rinuncia alla rivalsa non opera nei confronti delle Persone del cui operato L'Ostetrica/o debba rispondere, nel caso in cui gli eventi siano imputabili a dolo di tali persone.

COMUNICAZIONI

Art. 11. - Comunicazioni della Società

La **Società** è tenuta a fornire al **Broker** e alla **Contraente** con cadenza trimestrale la statistica certificata inerente l'andamento della polizza dalla quale risulti:

1. codice professionale (dipendente o libero professionista)
2. Numero sinistro attribuito dalla **Società**
3. Data accadimento
4. Data richiesta di risarcimento Data denuncia
5. Descrizione evento (campo libero)
6. Codice sinistro (codice attività da elaborare: ad es. danni materiali, etc.)
7. Importo reclamato (se conosciuto)
8. Importo riservato dalla Compagnia
9. Importo spese dei fiduciari legale, perito etc) riservate
10. Importo spese dei fiduciari (legale, perito etc.) pagate
11. Importo liquidato sinistro
12. Totale pagato
13. Totale riservato
14. Data di chiusura (senza seguito o data liquidazione)
15. Data di ultima riservazione

La mancata comunicazione nei termini prescritti dei dati di cui al comma 1 sarà considerata ipotesi di grave negligenza nell'esecuzione delle prestazioni.

SEZIONE SECONDA NORME GENERALI PER L'ATTIVAZIONE E GESTIONE DELLA POLIZZA

Art. 12. - Contraente - Assicurati - Decorrenza della garanzia

La presente Polizza è stipulata dalla **Contraente** Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetricia, FNOPO, a favore di tutte/i le/gli iscritte/i presso gli Ordini della Professione di Ostetrica all'**Albo** professionale di cui all'art. 4 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, che abbiano aderito alla Polizza Collettiva ad Adesione personale nelle forme e nei modi previsti dalla documentazione di gara.

La garanzia decorre automaticamente dalle h. 24.00 del giorno di versamento del **Premio** e scade alle h. 24.00 dell'ultimo giorno del **Periodo Assicurativo** annuale nel corso del quale è stata effettuata l'adesione.

In occasione dei rinnovi annuali la garanzia:

- decorre dalle ore 00 della data di decorrenza se entro 60 giorni è stato versato il relativo **Premio**;
- In caso di mancato versamento entro 60 giorni la garanzia è sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno e si riattiva con effetto dalle ore 24 del giorno di versamento del **Premio**;
- In caso di mancata riattivazione della garanzia la **Società** rinuncia ad agire nei confronti del **Contraente** o del singolo assicurato per la riscossione dell'importo dovuto per il rinnovo. In caso di **Sinistro** per la verifica della regolarità amministrativa farà fede la data del versamento del **Premio**.

In ogni caso, nell'eventualità di decorrenza di termini perentori per la proposizione di azioni e/o per costituzione in giudizio, l'assicurato potrà, anche in pendenza di decisioni arbitrali e/o in periodo precedente, procedere autonomamente fermo l'esito del giudizio arbitrale ai fini della rifusione delle spese sostenute

Art. 13. - Premio

Il **Premio** che ciascun **Assicurato** aderente alla Polizza Collettiva corrisponde è pari a:

DIPENDENTI E PARASUBORDINATI DI STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE

ETÀ AL MOMENTO DELL'ADESIONE /RINNOVO	MASSIMALE	PREMIO
fino a 40 anni compiuti	Euro 2.000.000	Euro 58,80 (cinquantotto/80)
fino a 40 anni compiuti	Euro 5.000.000	Euro 63,70 (sessantatre/70)
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	Euro 2.000.000	Euro 78,40 (settantotto/40)
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	Euro 5.000.000	Euro 88,20 (ottantotto/20)
da 61 anni compiuti	Euro 2.000.000	Euro 107,80 (centosette/80)
da 61 anni compiuti	Euro 5.000.000	Euro 122,50 (centoventidue/50)

LIBERI PROFESSIONISTI

ETÀ AL MOMENTO DELL'ADESIONE /RINNOVO	MASSIMALE	PREMIO
fino a 40 anni compiuti	Euro 2.000.000	Euro 254,80 (duecentocinquantaquattro/80)
fino a 40 anni compiuti	Euro 5.000.000	Euro 294,00 (duecentonovantaquattro/00)
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	Euro 2.000.000	Euro 416,50 (quattrocentosedici/50)
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	Euro 5.000.000	Euro 465,50 (quattrocentosessantacinque/50)
da 61 anni compiuti	Euro 2.000.000	Euro 735,00 (settecentotrentacinque/00)
da 61 anni compiuti	Euro 5.000.000	Euro 833,00 (ottocentotrentatre/00)

Il **Premio** è dovuto:

- per intero per le adesioni pervenute nei primi 4 mesi del **Periodo Assicurativo** annuale di riferimento;
- nella misura del 75% del **Premio** annuale per le adesioni pervenute dal 5° all'8° mese del **Periodo Assicurativo** annuale di riferimento;
- nella misura di 50% del **Premio** annuale per le adesioni pervenute dal 9° al 12° mese del **Periodo Assicurativo** annuale di riferimento.

Art. 14. - Durata della Polizza - Cessazione della garanzia

La durata della presente Polizza è fissata in tre anni, e cioè per il periodo che va dalle ore 24.00 del 30/06/2021 alle ore 24.00 del 30/06/2024 suddivisi in periodi assicurativi di un anno.

Salvo quanto previsto dall'articolo 6 punto 2) della Sezione Prima della Polizza, l'**Assicurazione** cessa automaticamente nei confronti dell'**Assicurato** in caso di cessazione, per qualsiasi causa, dell'**Attività Assicurata**.

Art. 15. - Modificazioni - Comunicazioni - variazione di attività

Le modificazioni della presente Polizza debbono risultare da atto scritto, firmato dai Contraenti e dalla **Società**.

Tutte le comunicazioni tra le **Parti** debbono essere effettuate mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, telegramma, posta elettronica certificata o fax inviati ai rispettivi indirizzi indicati in epigrafe.

1. Se un'Ostetrica/o già Assicurata/o come "libero professionista" varia l'attività in corso d'anno passando da "libero professionista" a "dipendente o parasubordinato" il **Premio** versato si intende acquisito e il nuovo **Premio** si calcolerà a valere per la nuova annualità. Tale variazione fa scattare la ULTRATTIVITÀ IN CASO DI CESSAZIONE prevista all'art. 6 relativamente all'attività svolta in qualità di "libero professionista".
2. Se viceversa un'Ostetrica/o già Assicurata/o come "dipendente o parasubordinato" inizia a svolgere attività di Ostetrica in qualità di "libero professionista", la garanzia sarà estesa alle conseguenze dell'attività libero-professionale a far data dalle ore 24 della comunicazione di variazione.
Il rateo di **Premio** relativo dovrà essere pagato dall'**Assicurato** entro 30 giorni dalla ricezione della relativa appendice di variazione. E' espressamente compresa la validità della RETROATTIVITÀ per l'attività svolta come "dipendente o parasubordinato", anche se la stessa fosse cessata.

Art. 16. - Clausola Broker

La FNOPO dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del **Broker** Aon S.p.A. Via Calindri 6 - 20143 Milano - RUI B000117871, incaricato ai sensi del D.lgs 209/2005 e successive modifiche ed integrazioni. La FNOPO e la **Società** si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del **Broker** incaricato. Pertanto ogni comunicazione inviata da FNOPO al **Broker** incaricato si intenderà come fatta alla **Società** e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla **Società** al **Broker** incaricato si intenderà come fatta a FNOPO

Art. 17. - Tracciabilità dei flussi finanziari

La **Società** è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 e ss.mm.ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto. Qualora la **Società** non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.

Art. 18. - Norme del Codice Civile

Per quanto non espressamente previsto nella presente polizza, si applicano le norme del Codice Civile che regolano il Contratto di **Assicurazione**.

Art.19 - Giurisdizione, Foro Competente e Legge applicabile

Tutte le controversie relative al presente Contratto sono soggette alla esclusiva giurisdizione italiana. Il Foro competente, a scelta della parte attrice è quello del luogo di residenza del convenuto, ovvero quello dove risiede l'**Assicurato** o la Direzione della Compagnia.

Per quanto non diversamente regolato, la legge applicabile è quella della Repubblica Italiana.

Per approvazione e conclusione dei rapporti contrattuali portati dalla presente Polizza

Luogo e data: _____

CONTRAENTE / STAZIONE APPALTANTE (FNOPO) _____



LA SOCIETÀ _____

CLAUSOLE DA APPROVARE SPECIFICAMENTE PER ISCRITTO

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 c.c. la **Contraente** FNOPO dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli riportati nel testo della presente polizza:

- Art. 2. - I rischi esclusi;
- Art. 3. - Massimale di Polizza;
- Art. 4. - Spese di lite;
- Art. 6. - Delimitazioni temporali;
- Art. 7. - Denuncia del sinistro;
- Art. 8. - Sinistri in serie;
- Art. 12. - Contraente - Assicurati - Decorrenza della garanzia;
- Art.13. - Premio;
- Art. 14. - Durata della Polizza - Cessazione della garanzia;
- Art. 19. - Giurisdizione, Foro competente e Legge applicabile.

Luogo e data: _____

CONTRAENTE / STAZIONE APPALTANTE (FNOPO) _____



LA SOCIETÀ _____

FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

FNOPO RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E COLPA GRAVE _NOME DELLA CONTRAENTE

Contratto di Assicurazione in Forma Collettiva per la Responsabilità Civile Professionale e per la Colpa Grave delle/gli iscritte/i all'Ordine della Professione di Ostetrica

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE N° PROV.

POLIZZA COLLETTIVA N° 2021RCG00220-789979

CONTRAENTE: Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO)

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E PER LA COLPA GRAVE DELLE/I ISCRITTE/I ALL'ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA

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	PARTITA IVA	DATA DI NASCITA			

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° 2021RCG00220-789979 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 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 Agosto 2018, di seguito viene esposto un estratto delle Condizioni di Polizza; valgono esclusivamente le Condizioni Generali di Assicurazione della Polizza Collettiva N° 2021RCG00220-789979.

MASSIMALE DI GARANZIA

2.000.000,00€ 5.000.000,00€

ATTIVITÀ SVOLTA

Dipendenti e Parasubordinati di strutture pubbliche o private **Liberi Professionisti**

Se si è scelta l'opzione "Attività di Dipendente o parasubordinato pubblico o privato compresa intramoenia" la copertura assicurativa è limitata all'attività svolta in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private.

Se si è scelta l'opzione "Libero Professionista" la copertura assicurativa comprende sia l'attività effettivamente svolta come libero professionista sia l'attività svolta come "Dipendente o parasubordinato" anche se cessata.

RETROATTIVITÀ illimitata, ULTRATTIVITÀ 15 anni per cessazione dell'attività.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'**Assicurazione** è prestata per la copertura della responsabilità civile professionale e quindi per il risarcimento dei **Danni** causati dagli Assicurati nell'esercizio dell'**Attività Assicurata**. La **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che egli sia tenuto a pagare o a rimborsare a **Terzi** per **Danni** involontariamente causati da negligenza, imprudenza o imperizia e violazione di norme, anche per l'ipotesi di colpa grave e dei quali egli sia civilmente responsabile ai sensi di legge nell'esercizio dell'**Attività Assicurata**. Si intendono espressamente garantite dalla presente **Assicurazione** le responsabilità previste dalla L. 24/2017 e ss.mm.ii, con la sola esclusione delle responsabilità per fatto doloso dell'**Assicurato**.

Se nel modulo di adesione si è scelta l'opzione "Attività di Dipendente o parasubordinato pubblico o privato compresa intramoenia" la copertura assicurativa è limitata all'attività svolta in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private. Se nel modulo di adesione si è scelta l'opzione "Libero Professionista" la copertura assicurativa comprende sia l'attività effettivamente svolta come libero professionista sia l'attività svolta come "Dipendente o parasubordinato" anche se cessata. L'**Assicurazione** comprende inoltre la responsabilità dell'**Assicurato** che sia consegnatario di valori in caso di furto e rapina; l'assicurazione di cui al presente capoverso è prestata fino alla concorrenza di un importo pari a Euro 10.000 per ogni **Sinistro** con il limite di Euro 20.000 per anno assicurativo e per **Assicurato**. L'**Assicurazione** vale altresì per la responsabilità derivante da fatto doloso o colposo delle **Persone delle quali l'Assicurato deve rispondere**.

In caso di responsabilità solidale dell'**Assicurato** con altri soggetti, la **Società** risponderà per intero di quanto dovuto dall'**Assicurato** ai sensi dell'art. 2055 del Codice Civile, salvo il diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

In ogni caso, sono valide e prevalgono le Condizioni Generali di Polizza di cui al Mod. 431 21 Condizioni di **Assicurazione** FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE 30.06.2021.

PREMIOCORRISPOSTO	DECORRENZA DELLA GARANZIA DALLE ORE 24:00 DEL	FRAZIONAMENTO	CLAUSOLA BROKER
€	- SENZA TACITO RINNOVO	ANNUALE	SI: BROKER AON SPA

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 dell'Art. 9 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 Agosto 2018 è fatto obbligo alla 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. L'**Assicurato** dichiara di avere ricevuto copia prima dell'adesione della Polizza **Berkshire Hathaway International Insurance Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia** N° 2021RCG00220-789979 e di tutte le relative appendici, di averne preso puntuale visione in ogni sua parte e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

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:

Art. 1.- Il rischio assicurato, Art. 2. I rischi esclusi; Art. 3. - Massimale di Polizza; Art. 4. - Spese di lite; Art. 6. - Delimitazioni temporali; Art. 7. - Denuncia del sinistro; Art. 8. - Sinistri in serie; Art. 12. - Contraente - Assicurati - Decorrenza della garanzia; Art.13. - Premio; Art. 14. - Durata della Polizza - Cessazione della garanzia; Art. 19 - Giurisdizione, Foro competente e Legge applicabile.

Il presente Certificato viene emesso in tre esemplari, di 3 (due) pagine ciascuno, ad un solo effetto.

Milano,

L'ASSICURATO

LA COMPAGNIA

FACSIMILE MODULO DI ADESIONE

POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E PER COLPA GRAVE DELLE/GLI ISCRITTE/I AGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA

MODULO DI ADESIONE

ATTENZIONE

Il presente MODULO DI ADESIONE deve essere inviato, debitamente sottoscritto, alla **Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica** seguendo la modalità di seguito descritta:

- a mezzo e-mail all'INDIRIZZO fnopo@aon.it

ALLEGANDO LA PROVA DELL'AVVENUTO VERSAMENTO DEL PREMIO ASSICURATIVO (ricevuta bonifico)

CUSTOMER CARE SERVICE a cura di AON S.p.A.

Numero Verde: 800 901 609

da lunedì a venerdì ore 9.30 - 12.30 e 13.30 - 20.00

@mail: fnopo@aon.it

AVVERTENZE

Il presente Modulo di Adesione, unitamente alla ricevuta del versamento del Premio assicurativo, rappresenta la prova dell'adesione alla Polizza Collettiva ad adesione intestata alla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica ("FNOPO") che avrà decorrenza dalle ore 24 del giorno di effettuazione del versamento del Premio.

DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE

DATI DELL'ADERENTE	
NOME	COGNOME
CODICE FISCALE	PROVINCIA DI RESIDENZA
INDIRIZZO:	CAP
Numero Iscrizione Albo	Data Iscrizione Albo

SEZIONE 1 - POLIZZA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

BHItalia[®]

Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway

DATI DELLA POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE	
POLIZZA N.	DECORRENZA 31.12.2019 - SCADENZA 31.12.2022

AVVERTENZA PRELIMINARE

Anche ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo n. 209/2006 (Codice delle Assicurazioni) e del Regolamento IVASS 40/2018, si richiama l'attenzione dell'aderente sulle seguenti informazioni:

Esigenze e
informazioni
riguardanti il cliente

- La polizza è riservata alle Ostetriche e agli Ostetrici iscritti all'**Albo** che svolgano la propria attività professionale in regime di Libera Professione e/o presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria pubblica o privata, intendendo come tale ospedali, cliniche, Residenze Sanitarie Assistite, Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona e ogni struttura analoga per destinazione e servizi prestati
- La polizza offre copertura all'**Assicurato** quando questi sia coinvolto in un procedimento legato al riconoscimento della sua responsabilità professionale, civile o amministrativa.
- La polizza non offre copertura per l'attività svolta dall'**Assicurato** al di fuori di quelle che sono le competenze professionali di Ostetrica/o, così come previsto dalla normativa in vigore. Se l'**Assicurato** svolge attività diverse da quella di Ostetrica/o dovrà valutare l'acquisto di una diversa o ulteriore polizza assicurativa.

Informazioni riguardanti
il contratto assicurativo

La polizza opera con clausola Claims Made, che tiene indenne per **Richieste di Risarcimento, Fatti o Circostanze** che si manifestino durante il **Periodo di Assicurazione**, in relazione a errori e/o omissioni verificatisi qualunque sia la data di accadimento del fatto, dell'azione od omissione che abbia dato origine alla **Richiesta di Risarcimento**. Non sono però coperte le **Richieste di Risarcimento, Fatti o Circostanze** verificatisi prima della decorrenza del primo **Periodo di Assicurazione** e per le quali fosse operante una precedente polizza assicurativa. In caso di cessazione definitiva dell'attività per qualsiasi causa, la polizza rimane valida, fino a concorrenza del massimale, per i Sinistri che siano ricollegabili a Comportamenti colposi posti in essere prima della cessazione dell'attività professionale, denunciati nei 15 anni successivi a detta cessazione. Il massimale di polizza è di Euro 2.000.000,00 o di Euro 5.000.000,00 a scelta dell'**Assicurato**, che dovrà valutare la sua potenziale esposizione al rischio al fine di effettuare la scelta per lui più corretta. In linea generale ove l'attività possa comportare gravi lesioni fisiche ai pazienti, anche permanenti, si ritiene più tutelante il massimale di Euro 5.000.000,00, in particolare se l'attività viene svolta in regime libero professionale. In caso di coesistenza con altre coperture assicurative a favore dell'**Assicurato** questa polizza opera comunque a primo rischio.

DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE

- L'Aderente conferma di essere interessato a una copertura assicurativa annuale, con scadenza il 30 Giugno di ogni anno, e che gli sono state illustrate, anche per il tramite del portale della Federazione, le caratteristiche essenziali, le tariffe e i costi della polizza.
- In particolare, l'Aderente conferma che gli sono stati esposti, anche per il tramite del portale della Federazione, le esclusioni, i massimali, i sottolimiti, le modalità di fruizione delle garanzie di polizza, le delimitazioni temporali (Claims made con retroattività illimitata e ultrattività di quindici anni in caso di cessazione definitiva della copertura), il contenuto e le delimitazioni dell'oggetto delle garanzie
- L'Aderente dichiara di aver preso atto delle Informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della Polizza Collettiva ad adesione e ritiene la stessa conforme alle proprie esigenze di copertura assicurativa con riferimento alla Responsabilità Professionale.
- L'Aderente dichiara inoltre di aver compreso i contenuti del Set Informativo e dell'informativa precontrattuale (Allegati 3 e 4) presenti al seguente link: <http://www.fnopo.it>

data

Nome

Cognome

Firma: _____

L'Assicurato

DICHIARAZIONI DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

- L'assicurando dichiara di essere consapevole, in seguito alle Informazioni fornite dall'intermediario, dell'inadeguatezza del prodotto rispetto alle proprie aspettative, confermando comunque la volontà di acquisto dello stesso

data	Nome	Cognome
------	------	---------

Firma: _____

L'Assicurato

OPZIONE DI COPERTURA SCELTA

L'aderente ha facoltà di scegliere tra due diverse opzioni di massimale. Il massimale è il limite massimo di risarcimento a carico dell'Assicuratore per ogni **Sinistro** e complessivamente per ogni **Periodo Assicurativo**. Sono a carico dell'Assicuratore anche le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'**Assicurato** nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e **Assicurato** in proporzione del rispettivo interesse.

DIPENDENTI E PARASUBORDINATI DI STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE

ETÀ AL MOMENTO DELL'ADESIONE/RINNOVO	MASSIMALE	PREMIO ANNUO
fino a 40 anni compiuti	Euro 2.000.000,00	
fino a 40 anni compiuti	Euro 5.000.000,00	
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	Euro 2.000.000,00	
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	Euro 5.000.000,00	
da 61 anni compiuti	Euro 2.000.000,00	
da 61 anni compiuti	Euro 5.000.000,00	
LIBERI PROFESSIONISTI		
fino a 40 anni compiuti	Euro 2.000.000,00	
fino a 40 anni compiuti	Euro 5.000.000,00	
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	Euro 2.000.000,00	
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	Euro 5.000.000,00	
da 61 anni compiuti	Euro 2.000.000,00	
da 61 anni compiuti	Euro 5.000.000,00	

Il **Premio** è dovuto:

- per intero per le adesioni pervenute nei primi 4 mesi del **Periodo Assicurativo** annuale di riferimento;
- nella misura del 75% del **Premio** annuale per le adesioni pervenute dal 5° all'8° mese del **Periodo Assicurativo** annuale di riferimento;
- nella misura di 50% del **Premio** annuale per le adesioni pervenute dal 9° al 12° mese del **Periodo Assicurativo** annuale di riferimento.

L'Assicurando conferma che le dichiarazioni ed informazioni fornite in questo modulo sono veritiere e complete e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di **Assicurazione** è stata omessa;

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
data	Nome	Cognome

Firma: _____
L'Assicurato

ULTERIORE OPZIONE ATTIVABILE

• Estensione retroattività ad attività libero professionale per Assicurato "dipendente-parasubordinato" - RUN-OFF

L'Assicuratore si impegna a garantire la copertura di Sinistri che siano la conseguenza di Eventi Dannosi verificatisi prima dell'attivazione della Copertura Assicurativa purchè rientranti nel periodo di retroattività, anche nell'eventualità in cui l'Assicurato che riveste al momento dell'adesione la qualifica di "Dipendente-parasubordinato", abbia svolto in passato attività come libero-professionista.

Tale garanzia è subordinata a:

- il rispetto dei limiti e delle condizioni di polizza
- la preventiva acquisizione di una "Dichiarazione di assenza di **Richieste di Risarcimento / Circostanze**"

Verrà emessa apposita appendice con validità 10 (dieci) anni a partire dalla data di adesione.

Il massimale è da intendersi unico per l'intero periodo.

A FRONTE DI UN PREMIO PARI A 1 VOLTA IL PREMIO ASSICURATIVO DOVUTO PER ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

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:

- Ricevimento e consultazione del **Set Informativo "Mod. 131 21 SET INFORMATIVO_ FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021"** prima della sottoscrizione del presente modulo di adesione;
- Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel **"Mod. 431 21 Condizioni di Assicurazione FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021"** 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;
- Formulazione temporale dell'Assicurazione **"Claims Made"**, ovvero la garanzia è valida per le **Richieste di Risarcimento** presentate per iscritto per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della garanzia stessa qualunque sia la data di accadimento del fatto, dell'azione od omissione che abbia dato origine alla **Richiesta di Risarcimento**, ai sensi dell'art. 6 - Delimitazioni Temporali delle Condizioni di Assicurazione **"Mod. 431 21 Condizioni di Assicurazione FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021"**;
- Esclusione di **Fatti e Circostanze** pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente **Assicurazione** fatto salvo il ricorrere congiunto dei punti 1 e 2 della Clausola di continuità assicurativa riportata all'Art. 2 I rischi esclusi - delle Condizioni di Assicurazione **"Mod. 431 21 Condizioni di Assicurazione FNOPO ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - Ed. 30.06.2021"**.

Data

FIRMA DELL'ADERENTE

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 Sensibili, 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'ADERENTE

INFORMATIVA PRIVACY PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI, PER FINALITÀ ASSICURATIVE E LIQUIDATIVE

ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003,
come novellato dal D. Lgs 101/2018 ("Codice Privacy")

Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021

Ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 (di seguito anche "GDPR") ed in relazione ai dati personali, anche di natura particolare, richiesti o acquisiti da Lei direttamente o da altri soggetti che formeranno oggetto di trattamento da parte del Titolare del trattamento - **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, Rappresentanza Generale per l'Italia (in seguito definita "BHItalia[®]"), con sede in Milano (20122), Corso Italia, 13 (di seguito denominata la "Società" o il "Titolare") - Vi informiamo di quanto segue.

1. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali sono raccolti al fine dell'emissione di polizze assicurative e/o della gestione di reclami e sinistri. Tutti i dati personali vengono trattati da BHItalia[®] nel rispetto della normativa GDPR. Sono riportate di seguito le principali tipologie ed alcuni esempi di dati personali che potranno essere soggetti al trattamento:

- dettagli individuali (nome, indirizzo, dati anagrafici o informazioni personali);
- dettagli identificativi (codice fiscale, passaporto, carta di identità);
- informazioni finanziarie (numero di conto corrente o altre informazioni finanziarie);
- informazioni personali utili alla valutazione dei rischi;
- informazioni di polizza;
- informazioni in materia creditizia e antifrode;
- storico sinistri;
- altri dati particolari (salute, etnia, orientamento politico o religioso, dati biometrici).

Il trattamento è finalizzato:

- all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza e controllo;
- alla istruzione ed alla liquidazione dei sinistri;
- alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- alla costituzione, all'esercizio o alla difesa di diritti dell'assicuratore;

Previo Suo espresso e libero consenso, riferito, se del caso, oltre che ai suoi dati personali comuni, anche ai Suoi dati personali di natura particolare (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute contenuti nella documentazione medica e nelle perizie mediche), La preghiamo di sottoscrivere la relativa formula apposta in calce alla presente Informativa.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- I. I dati saranno trattati secondo modalità che prevedono l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente connesse alle finalità di cui al punto 1.
- II. I dati personali vengono trattati da persone autorizzate da **BHItalia®** (dipendenti, collaboratori e consulenti interni ed esterni), nominati Responsabili o Autorizzati del trattamento, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute solamente per le finalità assicurative di cui al punto 1. Lo stesso avviene presso i soggetti indicati nella presente informativa al punto 6. a cui i dati vengono/devono essere comunicati. I dati personali potranno essere comunicati e trasferiti a soggetti aventi la facoltà di accedere ai suddetti dati personali a seguito di disposizioni di Legge e di normativa secondaria, ovvero di disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge. I dati potranno essere trattati anche da società di servizi informatici o telematici o di archiviazione (operanti anche all'estero nell'ambito dell'Unione Europea o in paese terzi rispetto all'Unione Europea) incaricate altresì della manutenzione della rete aziendale e/o delle apparecchiature hardware e/o software in uso, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge anche con riguardo alle misure di sicurezza a protezione dei dati.

3. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario a perseguire la finalità per cui sono stati raccolti. In particolare, i dati personali sono conservati fino a quando c'è la possibilità che **BHItalia®** o gli interessati possano far valere un diritto previsto dalla polizza assicurativa, oppure laddove fosse imposto da disposizioni normative o da un'Autorità di Controllo.

4. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati personali (identificativi e/o particolari) è obbligatorio per l'adempimento di obblighi previsti dalla Legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge o da Organi di Vigilanza, e necessario ai fini dello svolgimento delle finalità assicurative di cui al punto 1.

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali può comportare l'impossibilità, in tutto o in parte, di istruire e di liquidare il sinistro o di eseguire una delle altre finalità assicurative indicate al punto 1.

6. COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI

Nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi ed alle finalità indicate al punto 1, i Suoi dati personali potranno essere comunicati alla Sede Legale della Società (8 Fenchurch Place, EC3M 4AJ London, United Kingdom) ove necessario per finalità correlate a quelle del Titolare, a banche ed istituti di credito, e potranno o dovranno, a seconda dei casi, essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica operanti in Italia o all'estero come autonomi titolari costituenti la c.d. "catena assicurativa".

I dati personali potranno essere condivisi al di fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE), dove le leggi sulla privacy potrebbero differire da quelle vigenti in Europa. In tal caso, il trattamento dei dati personali avverrà sempre nel rispetto della protezione e tutela dei diritti dell'interessato previsti dalla normativa GDPR.

Il Titolare assicura che il trasferimento dei dati extra-UE viene realizzato in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si elencano i principali soggetti terzi cui potranno essere comunicati i dati: assicuratori eventualmente coinvolti nelle attività di liquidazione delle stesse pratiche di sinistro, coassicuratori e riassicuratori, intermediari, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione e organismi assicurativi (ANIA ed imprese di assicurazione ad essa associate); Ministero del Lavoro e dello Sviluppo Economico ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni; istituti di credito (limitatamente all'attività di pagamento di indennizzi o risarcimenti); periti, medici legali, avvocati, consulenti in genere; prestatori d'opera o società di servizi coinvolte nella erogazione dei servizi di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri (ad es. officine, società di assistenza, ospedali o cliniche; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali); organismi consortili, associazioni ed enti del settore assicurativo che operano secondo norme di legge nell'ambito della liquidazione dei sinistri, IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, società di servizi informatici, di archiviazione ed altri servizi di natura amministrativa e/o tecnico organizzativa; altre società del Gruppo **Berkshire Hathaway** presenti in paesi dell'Unione Europea ovvero in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La normativa GDPR prevede che l'interessato potrà esercitare i Suoi diritti al fine di:

- accedere ai dati personali, ottenendo informazioni sulla provenienza, sulle finalità e sulle modalità di trattamento dei suddetti;
- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano;
- ottenere informazioni sulla logica applicata in caso di trattamento effettuato tramite l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere informazioni relative ai soggetti a cui i dati personali sono stati comunicati;
- aggiornare e rettificare i dati personali;
- revocare il consenso, oppure ottenere la cancellazione dei dati personali, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi qualora vi fosse una violazione nel trattamento;
- richiedere la portabilità ad un altro soggetto;
- ottenere il diritto di limitazione del trattamento dei dati personali;
- opporsi al trattamento dei dati personali per legittimi motivi.

In qualsiasi momento, il soggetto interessato può esercitare nei confronti del Titolare e del Responsabile per la Protezione dei dati personali (DPO) i diritti previsti dalla normativa GDPR, inviando un'apposita richiesta per iscritto al seguente indirizzo e-mail: dpo.bh@bh-italia.com.

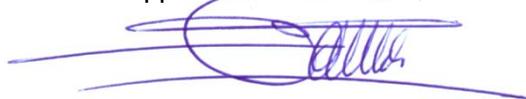
8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento in ambito italiano è **BHItalia®**, con sede in Milano, Corso Italia 13.(PEC: bh-italia@legalmail.it).

Berkshire Hathaway International Insurance Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Il Rappresentante Generale,



CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Codice Fiscale _____

preso atto dell'Informativa che **BHItalia®** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy **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".

Data _____ Firma _____