

## SET INFORMATIVO

(Edizione 31.05.2021)

### ODONTOFLEX

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEGLI ODONTOIATRI E/O MEDICI DENTISTI ED IGIENISTI DENTALI

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 Responsabilità Civile Professionale degli Odontoiatri e/o Medici ed Igienisti dentali

DIP - Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di Assicurazione Danni

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

Prodotto: "ODONTOFLEX"

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

## Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura, nella forma "Claims Made", la Responsabilità Civile Professionale degli Odontoiatri e/o Medici Dentisti ed Igienisti Dentali in conseguenza di Danni causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la Responsabilità per Colpa Grave e R.C.O., con formula tariffaria che prevede l'attribuzione di classi di merito e regole evolutive.



## Che cosa è assicurato?

- ✓ L'**Assicurazione** è prestata per la Responsabilità derivante all'**Assicurato** che appartenga a una delle seguenti categorie:
  - **Odontoiatri e/o medici dentisti** (a seguito di iscrizione al relativo Albo per l'esercizio della professione)
  - **Direttori Sanitari** che siano odontoiatri o medici dentisti (come al punto sopra)
  - **Igienisti Dentali**
- ✓ **Responsabilità Civile Professionale:** La **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** da ogni somma che egli sia tenuto a pagare a terzi, compresi i clienti, quale responsabile ai sensi di legge a cagione di un fatto connesso all'esercizio dell'attività professionale esercitata e dichiarata dall'**Assicurato** sul **Modulo di Adesione** e riportata nel **Certificato di Assicurazione**.
- ✓ L'**Assicurazione** comprende in ogni caso:
  - i trattamenti estetici del viso ma solo ed esclusivamente quelli consentiti per legge all'Odontoiatra/Dentista e collegati solo ed esclusivamente ad interventi odontoiatrici o a procedure di implantologia), e nei limiti previsti dalla classe di merito assegnata a ogni singolo iscritto.
- ✓ **Colpa Grave:** Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, la **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare nei limiti previsti dalla legge e nel rispetto dei **Massimali** di polizza, solo qualora egli sia dichiarato - con sentenza dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste - responsabile o corresponsabile per colpa grave (in quest'ultimo caso pro-quota e senza obbligo di solidarietà).
- ✓ L'**Assicurazione** è prestata nella forma "Claims Made" e vale per le **Richieste di Risarcimento** presentate per la prima volta all'**Assicurato** nel corso del periodo di efficacia dell'**Assicurazione** stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza.
- ✓ **Responsabilità Civile Dipendenti (R.C.O.):** la **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di quanto questi sia tenuto a pagare (capitali, interessi e spese) quale civilmente responsabile: 1) per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'**Assicurazione**, oppure 2) dei Danni cagionati ai prestatori di lavoro per morte e per lesioni personali. La garanzia della R.C.O. è inoltre estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura.



## Che cosa non è assicurato?

Le garanzie prestate non sono valide per:

- ✗ Le **Richieste di Risarcimento** e atti e/o **Fatti** già **Noti** all'**Assicurato** prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti Compagnie
- ✗ i reclami che risultano essere già stati presentati all'**Assicurato** prima dell'inizio del Periodo di Assicurazione di questa Polizza o per quelli che si riferiscono a fatti e/o comportamenti posti in essere anteriormente al Periodo di Retroattività della Polizza
- ✗ le **Richieste di Risarcimento** per mancata rispondenza dell'intervento di natura estetica (con limiti previsti dalla classe di merito assegnata a ogni singolo iscritto) all'impegno di risultato assunto dall'**Assicurato**
- ✗ per operazioni di mera chirurgia estetica non collegate ad interventi odontotecnici o per i rischi inerenti
- ✗ per i Danni alle persone trasportate su veicoli a motore
- ✗ per il furto
- ✗ per la produzione diretta di organismi geneticamente modificati
- ✗ per le **Richieste di Risarcimento** fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia oppure mediante deliberazione di sentenze emesse in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia
- ✗ fatti connessi all'attività di carattere organizzativo, dirigenziale, aziendale ed amministrativo
- ✗ per le **Sanzioni Internazionali:** la garanzia prestata con la presente polizza o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'**Assicurato** o il **Contraente** o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo le sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (UK Treasury) o dall'Ufficio per il Controllo dei Beni Stranieri (Office of Foreign Assets Control - "OFAC") del Ministero del Tesoro degli Stati Uniti (U.S. Treasury Department) o descritte nel Regolamento CE 27 maggio 2002 modificato dal regolamento di esecuzione (UE) 4 novembre 2013, n. 1091/2013.



### Ci sono limiti di copertura?

- ! Le coperture assicurative operano nei limiti dei **Massimali** assicurati (da Euro 1.000.000 a Euro 5.000.000 euro).
- ! Le attività professionali assicurabili (*Specializzazioni Mediche Assicurabili*) sono quelle riportate nel **Modulo di Adesione**.



### Dove vale la copertura?

- ✓ I rischi assunti in alimento alla presente polizza sono validi per **Sinistri** che avvengono nel territorio di tutti i Paesi territorio di tutti i Paesi Europei.
- ✓ È condizione essenziale per l'operatività dell'**Assicurazione** che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne devono essere fatte valere in Italia.



### Che obblighi ho?

- Pagare il **Premio** secondo le rate, gli importi e le relative date di scadenza indicate nel **Certificato di Assicurazione**.
- Quando fa richiesta di adesione alla presente polizza, l'aderente ha l'obbligo di fornire le informazioni e le dichiarazioni per iscritto previste nel **Modulo di Adesione**.
- Nel caso di variazioni che aggravano il rischio, l'**Assicurato** ha l'obbligo di informare sollecitamente per iscritto la **Società**.
- Quando si sottoscrive il contratto, si ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.
- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione della polizza.
- L'**Assicurato** deve dare avviso del **Sinistro** alla **Società** o all'**Agente** autorizzato a concludere il contratto, entro trenta giorni da quello in cui il **Sinistro** si è verificato o l'**Assicurato** ne ha avuta conoscenza.
- In caso di **Sinistro**, l'**Assicurato** deve inoltre comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il **Sinistro** a tutti gli **Assicuratori** indicando a ciascuno il nome degli altri. L'inadempimento di tale obbligo comporterà la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1910 Cod. Civ.).
- Senza il previo consenso scritto della **Compagnia**, l'**Assicurato** non deve in alcun caso e per qualsivoglia motivo ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la **Compagnia** si riserva il diritto di negare l'indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior danno.
- In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale dell'**Assicurato** è necessario darne comunicazione tempestivamente alla **Compagnia** e la richiesta di ultrattività (postuma) della copertura assicurativa, regolando il relativo **Premio** aggiuntivo.
- Il **Contraente** ha l'obbligo 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**.



### Quanto e come devo pagare?

Il pagamento del **Premio** può essere effettuato all'intermediario incaricato dall'**Assicurato** o all'Agenzia a cui è affidato il contratto esclusivamente con mezzi di pagamento diversi dal denaro contante quali assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico.

Il **Premio** è comprensivo delle provvigioni riconosciute all'Agenzia a cui è affidato il contratto, di accessori e di imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Essendo previsto il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annua si dovrà pagare il **Premio** annuo di Rinnovo.

Ai sensi dell'Art. 1901 Cod. Civ., in caso di mancato pagamento del **Premio** o della rata di **Premio** successivo alla stipulazione del contratto, l'**Assicurazione** resta sospesa dalle ore 24:00 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Per le annualità assicurative successive a quella della stipulazione, il contratto viene assegnato, all'atto del Rinnovo, alla classe di merito di pertinenza a seconda che la **Società** abbia o meno ricevuto denuncia/e di **Sinistro**/i in relazione al periodo di copertura in corso e/o al Periodo di Retroattività previsto in Polizza.

A seguito del pagamento avvenuto, la **Società** rilascerà all'**Assicurato** un regolare **Certificato** contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del **Premio**.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha durata di 12 (dodici) mesi con tacito Rinnovo, e ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato sul **Certificato di Assicurazione** se il **Premio** è stato pagato, oppure dalla data di pagamento del **Premio** se successiva, e termina alle ore 24:00 del giorno di scadenza indicato sul **Certificato di Assicurazione**. La copertura si rinnova automaticamente alla scadenza annuale, salvo il caso di mancato Rinnovo automatico dei singoli **Certificati di Assicurazione** conseguente alla cessazione della Polizza Collettiva e salvo che non venga inviata disdetta da parte dell'**Assicurato**.



### Come posso disdire la polizza?

Se si è un consumatore (come definito dal D.lgs 206 del 2005) ed il contratto è stato venduto a distanza, si ha 14 giorni di tempo dalla data di conclusione del contratto per recedere dallo stesso, senza dover indicare alcun motivo.

Il singolo **Assicurato** ha facoltà di manifestare la volontà di non rinnovare la propria copertura mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti inviata almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale.

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

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

Prodotto: "ODONTOFLEX"

Data di realizzazione: 31/05/2021, 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](http://www.bh-italia.com), indirizzo di posta elettronica: [direzione@bh-italia.com](mailto:direzione@bh-italia.com) (Posta Elettronica Certificata: [bh-italia@legalmail.it](mailto: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](http://www.bankofengland.co.uk/PRA/Pages/default.aspx)) della Financial Conduct Authority ([www.fca.org.uk](http://www.fca.org.uk)) e dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni ([www.ivass.it](http://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](http://www.berkshirehathaway.com)  
[www.nationalindemnity.com](http://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

- ✓ Si precisa che la garanzia dei trattamenti estetici è compresa esclusivamente per i soggetti che praticano l'implantologia (sia osteointegrata, sia altre metodiche), limitatamente agli assegnatari delle classi di merito UNO, UNO A e UNO B. Per gli assegnatari di tutte le altre classi di rischio tale inclusione implica la corresponsione di una maggiorazione del **Premio** imponibile pari al 40%. L'estensione non è concedibile ai Neolaureati.
- ✓ L'Assicurazione è operante anche quando i comportamenti che hanno causato il danno a terzi, siano stati compiuti dai collaboratori dello studio professionale operanti sia in regime di collaborazione libero professionale (quando l'**Assicurato** sia tenuto a risponderne ai sensi di Legge) sia in regime di dipendenza.
- ✓ L'Assicurazione si estende alla responsabilità civile derivante all'**Assicurato** ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile per:
  - a) danni causati a terzi da Suoi dipendenti o commessi in relazione alla guida di autovetture, purché le medesime non siano di proprietà e/o godute dall'**Assicurato**, in usufrutto o locazione, od allo stesso intestate al PRA. La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate;
  - b) danni causati a terzi dalle persone addette al servizio di pulizia e/o manutenzione presso lo studio **Assicurato**.
- ✓ A titolo esemplificativo e non limitativo, s'intende garantita dalla presente polizza anche la responsabilità civile verso terzi R.C.T. e/o verso dipendenti R.C.O., derivante all'**Assicurato**:
  - c) per i danni determinati da fatto doloso delle persone delle quali e/o con le quali debba rispondere
  - d) per i danni causati da operazioni di medicina e chirurgia, non necessariamente connesse con l'odontoiatria, ambulatoriale e/o domiciliare, senza ricorso ad anestesia totale ma prestate per necessità di urgenza e/o emergenza, in ottemperanza agli obblighi di legge e/o deontologici, effettuate sia sui pazienti sia su altre persone
  - e) per l'attività di formazione, docenza, consulenza e/o perizia, nell'ambito dell'attività professionale stessa
  - f) dalla proprietà, dall'uso, dall'installazione di cartelli, targhe o insegne dentro o fuori della sede dell'**Assicurato**; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, l'assicurazione opera a favore dell'**Assicurato** nella sua qualità di committente i lavori
  - g) Sono compresi i danni alle cose sulle quali sono installati i cartelli, le targhe o le insegne
  - h) dalla circolazione e dall'uso di velocipedi e ciclomotori senza motore, esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso
  - i) dall'uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere
  - j) dall'attività di radiodiagnostica in genere
  - k) per tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata
  - l) dalla proprietà e/o utilizzo dei fabbricati occupati dall'**Assicurato** e nei quali viene svolta l'attività oggetto dell'assicurazione e dagli impianti fissi destinati alla loro conduzione, compresi ascensori e montacarichi ed eventuali cancelli elettrici; sono esclusi i danni derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamenti, sopraelevazioni e demolizioni
  - m) per danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'**Assicurato** o da lui detenute con il limite di euro 250.000. Resta inteso che nel caso esista polizza incendio comprendente il "Ricorso Terzi" e/o il "Rischio Locativo", si applica il disposto in materia di copertura assicurativa a primo e secondo rischio.
  - n) per danni a cose di terzi in consegna o custodia.

### Responsabilità Civile per Colpa Grave

- ✓ Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, la Società si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare nei limiti previsti dalla legge e nel rispetto dei massimali di polizza, solo qualora egli sia dichiarato - con sentenza dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste - responsabile o corresponsabile per colpa grave (in quest'ultimo caso pro-quota e senza obbligo di solidarietà).
- ✓ L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'**Assicurato** con la Compagnia non farà cumulo con la presente polizza. L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'**Assicurato** con altro assicuratore è soggetta alle previsioni di polizza in merito ad "Altre Assicurazioni - Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio".

## R.C.O.

- ✓ La **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:
  - 1) ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
  - 2) ai sensi delle disposizioni del codice civile a titolo di risarcimento dei danni non rientranti nella disciplina del D. P. R. del 30 giugno 1965, n. 1124, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1), per morte e per lesioni personali.
- ✓ La garanzia della R.C.O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro) e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'Assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella d'inizio copertura del Certificato di Assicurazione. Se il numero di lavoratori dipendenti di cui sopra è superiore a quattro, la polizza è soggetta alla previa approvazione della direzione generale della **Società** ed al pagamento di un sovra-premio da determinarsi dalla stessa.

Agli effetti delle garanzie prestate dalla presente polizza, si precisa che è compresa anche la responsabilità civile personale del Responsabile dei Servizi di Prevenzione e Protezione nominato ai sensi dei D. Lgs. N. 81/2008 - ex 626/94 di cui l'**Assicurato** debba rispondere.

Qualora l'**Assicurato** fosse componente di uno Studio Associato, le garanzie R.C.T. e R.C.O. sono subordinate alla condizione essenziale che tutti gli altri associati allo studio siano assicurati con questa polizza. In caso contrario l'**Assicurato** disporrà solo della garanzia di Responsabilità Professionale.

I neolaureati usufruiscono di tariffa agevolata, ma limitatamente all' opzione che non prevede l'implantologia. Tale agevolazione è riconosciuta agli odontoiatri che si iscrivono all'Ordine Professionale Medico entro l'età anagrafica di anni trenta, e questo beneficio può essere richiesto per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età.

L'Assicurazione è prestata sulla base delle informazioni fornite dall'**Assicurato** e contenute nel **Modulo di Adesione** che forma parte integrante della presente Polizza.

## **Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?**

### **OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO**

<b>Retroattività Illimitata</b>	L' <b>Assicurato</b> ha facoltà di richiedere un Periodo di Retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra premio pari al <b>10% del Premio annuale previsto per la Specialità Medica Assicurabile e relativo Massimale</b> .
<b>Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione</b>	<p>In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale dell'<b>Assicurato</b>, debitamente documentata, la copertura assicurativa s'intende estesa ad un periodo di ultrattività per le 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 (incluso il Periodo di Retroattività della copertura stessa) restando inteso che l'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.</p> <p>L'attivazione di questa copertura comporta il pagamento di un sovra-premio pari al <b>200% del Premio annuale previsto per la Specializzazione Medica assicurata</b>, ed il tempestivo invio - a mezzo raccomandata A.R. o a mezzo posta elettronica certificata - prima della data di cessazione dell'attività professionale - di una comunicazione in merito all'intenzione dell'<b>Assicurato</b> di attivare la copertura di cui al presente articolo.</p> <p>Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'Assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.</p> <p>Per i sinistri risarcibili ai sensi della presente estensione di garanzia, il <b>Massimale</b> previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di copertura a partire dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione definitiva dell'attività professionale, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'Assicurazione.</p>



## Che cosa non è assicurato?

### Rischi esclusi

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alle esclusioni di polizza:

- ✘ L'assicurazione non vale per i danni derivanti della proprietà, esercizio e/o conduzione di cliniche, case di cura, ospedali o simili; fatta salva la responsabilità derivante per il ruolo di direttore sanitario nei limiti di polizza previsti; relativamente alla sola garanzia R.C.T. l'assicurazione non vale inoltre per i danni e le responsabilità che si verifichino o insorgano in occasione:
  - i. di fatti commessi quando l'**Assicurato** si trovi, per motivi disciplinari, sospeso o destituito dall'esercizio dell'attività professionale.
  - ii. di esplosioni od emanazione di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, fatto salvo quanto riguarda l'uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere;
  - iii. di circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili;
  - iv. di fatti di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti a inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento; tranne nei casi di responsabilità connessa con la sorveglianza delle attività di deposito temporaneo, smaltimento, stoccaggio e/o accumulo dei rifiuti speciali e/o tossici nocivi del proprio ambulatorio, di cui alle relative leggi;
- ✘ L'assicurazione R.C.T. e R.C.O., inoltre, non comprende i danni:
  - 1) da detenzione o impiego di esplosivi;
  - 2) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
  - 3) da produzione, distribuzione, manutenzione e detenzione di amianto (asbesto);
  - 4) derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché i danni derivanti da incidenti dovuti a ordigni di guerra;
  - 5) derivanti dall'emissione di onde e campi elettromagnetici limitatamente a società elettriche di produzione e distribuzione, società di telecomunicazioni, società di produzione di impianti e apparati telecomunicazioni;
  - 6) cagionati da persone fisiche o giuridiche domiciliate in Usa o Canada e/o derivanti da qualsiasi attività produttiva e/o professionale svolta nei suddetti Paesi.
  - 7) limitatamente ai casi per i quali questa esclusione viene esplicitamente richiamata con riferimento alla specifica Classe di Accesso alla Polizza Collettiva o Classe di Rischio Interna di cui alla sezione inerente alle "Tariffe Odontoiatri/Dentisti/Igienisti Dentali", che costituisce parte integrante del Contratto, è esclusa la restituzione, da parte dell'**Assicurato**, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.



## Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente ai limiti di copertura:

- ! In caso di responsabilità solidale dell'**Assicurato** con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la **Società** risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'**Assicurato** stesso, determinata sia in quota certa con sentenza, sia presuntivamente ex Artt. 1298 e/o 2055 Cod. Civ.
- ! In caso di esistenza di altre polizze sottoscritte dall'**Assicurato** ed operanti per il medesimo evento la presente assicurazione opererà esclusivamente a secondo rischio rispetto alle medesime e per l'importo di danno eccedente il massimale delle stesse.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di sinistro?

#### Denuncia del sinistro:

Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue:

L'**Assicurato** deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il Contratto, entro trenta giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'**Assicurato** ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del Contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro (Art. 1913 C.C., Comma 1). In caso di denuncia di sinistri con procedure cautelari ed urgenti ovvero a procedure diverse da quella ordinaria ovvero a procedure ordinarie con termini di costituzione inferiori a quelle previste per il giudizio ordinario ovvero a procedure di conciliazione e mediazione (volontaria o obbligatoria) con comparizione inferiore ai 10 giorni, l'**Assicurato** si impegna a trasmettere alla **Società** l'atto ricevuto in notificazione entro il termine di 3 giorni dal ricevimento unitamente a tutti i documenti utili per la gestione della controversia o per la predisposizione delle difese tecnico giuridiche.

L'**Assicurato** è obbligato a trasmettere alla **Società**, qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'**Assicurato** o all'ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'**Assicurato** il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia atti e/o comunicazioni della magistratura penale o degli organi di polizia giudiziaria notificati all'**Assicurato** o comunicazioni inviate alla struttura sanitaria di appartenenza, di cui l'**Assicurato** venga a conoscenza che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'**Assicurato**.

L'**Assicurato** è inoltre tenuto a fornire, a richiesta della **Società**, tutte le informazioni e l'assistenza del caso. Si concorda comunque che le eventuali involontarie incompletezze nella stesura della denuncia non inficiano il diritto al risarcimento.

La **Società** assume, a nome dell'**Assicurato**, fino ad esaurimento del grado di giudizio eventualmente in corso al momento della definizione del danno, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'**Assicurato** stesso. 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 fra la **Società** e l'**Assicurato** in proporzione del rispettivo interesse.

La **Società** non riconosce spese incontrate dall'**Assicurato** per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde delle spese di giustizia penale.

La denuncia di Sinistro va inoltrata a:

#### **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**

#### **Rappresentanza Generale per l'Italia**

Corso Italia, 13 - 20122 Milano MI

Tel. 02 8707 3773 - Fax 02 8707 3784

E-mail: [sinistri@bh-italia.com](mailto:sinistri@bh-italia.com)

PEC: [sinistri.bh-italia@legalmail.it](mailto:sinistri.bh-italia@legalmail.it)

oppure all'Agenzia alla quale è stato appoggiato il Contratto.

Denuncia dei Danni R.C.O. – l'**Assicurato** è tenuto a denunciare alla **Società** gli eventuali sinistri, solo ed esclusivamente:

- a) in caso di un infortunio per il quale abbia luogo un'inchiesta giudiziaria a norma di legge;
- b) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INAIL qualora eserciti il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 del 30.06.1965;
- c) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale" ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984 N. 222.

**Assistenza diretta/in convenzione:** *Non prevista.*

**Gestione da parte di altre imprese:** *Non prevista.*

	<p><b>Prescrizione:</b></p> <p>Come previsto dall'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche e integrazioni, il diritto al pagamento delle rate di <b>Premio</b> 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'<b>Assicurato</b> 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>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell' <b>Assicurato/Contraente</b> , 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' <b>Assicurato</b> ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione (articoli 1892 e 1893 Cod. Civ.).
<b>Obblighi dell'impresa</b>	L'impresa si impegna a pagare all' <b>Assicurato</b> gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla data dell'accordo di definizione del sinistro.



## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	<p><b>Modalità di pagamento</b></p> <p>Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ai fini della determinazione del <b>Premio</b> annuale di cui alla presente Assicurazione, si dovrà fare riferimento alla apposita tabella denominata "Tariffa Odontoiatri / Dentisti / Igienisti Dentali"</li> </ul> <p><b>Oneri fiscali</b></p> <p>Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'<b>Assicurato</b>. La Compagnia non sarà in alcun caso responsabile riguardo al pagamento di tali oneri.</p>
<b>Rimborso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'<b>Assicurato</b> ha diritto al rimborso del <b>Premio</b> 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.</li> <li>- In caso di recesso per Sinistro validamente esercitato dalla <b>Società</b>, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, rimborserà all'<b>Assicurato</b> la parte di <b>Premio</b>, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.</li> <li>- Limitatamente agli Assicurati nelle classi di merito 1, 1A e 1B, gli eventuali danni risarcibili per rimborso dei compensi debitamente comprovati e risultanti da sentenza passata in giudicato o da una valutazione medico legale fatta da un perito incaricato dalla <b>Società</b> saranno soggetti al <b>Massimale</b> di Euro 10.000,00 per sinistro e per anno.</li> </ul>



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La copertura assicurativa ha durata annuale, e decorre dalle ore 24 della data di pagamento del <b>Premio</b> dovuto. A seguito del pagamento avvenuto, la <b>Società</b> rilascerà all'<b>Assicurato</b> un regolare Certificato contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del <b>Premio</b>.</li> <li>- Resta inteso che è facoltà del <b>Contraente</b> della Polizza Collettiva negare a qualunque singolo associato/iscritto l'adesione alla presente polizza, senza obbligo di motivazione.</li> <li>- L'<b>Assicurato</b> ha facoltà di manifestare la volontà di non rinnovare la propria copertura mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti inviata almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale; in mancanza di tale manifestazione la copertura si intende prorogata di un anno e così successivamente, salvo il caso salvo il caso di mancato rinnovo automatico dei singoli Certificati di Assicurazione conseguente alla cessazione della Polizza Collettiva.</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	<p>Il ritardato o omesso pagamento del <b>Premio</b> di rinnovo, comporterà la mancata attivazione della garanzia assicurativa. Decorso il termine di 6 mesi dalla scadenza dell'annualità, in caso di mancato pagamento si intenderà risolta l'adesione alla polizza sopra indicata.</p>



## Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	<p>L'<b>Assicurato</b> ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione, agli Assicuratori, anche per il tramite dell'Intermediario. Il termine che precede decorre dal giorno della ricezione della Polizza da parte dell'<b>Assicurato</b>.</p>
<b>Risoluzione</b>	<p>In caso di emanazione di nuova normativa in ambito di responsabilità medico sanitaria ovvero in caso di cambiamenti della normativa esistente in tale ambito (ivi inclusa l'emanazione dei Decreti Attuativi della Legge n. 24/2017), le parti concordano che la Compagnia avrà la facoltà di modificare la quantificazione del <b>Premio</b> ovvero che ciascuna delle Parti avrà la facoltà di recedere dal contratto, mediante invio di raccomandata A.R., con un preavviso di 30 (trenta) giorni dalla data della stessa.</p>



## A chi è rivolto questo prodotto?

<p>Il presente prodotto assicurativo si rivolge Odontoiatri e/o medici dentisti, Direttori Sanitari e Igienisti Dentali debitamente muniti dei titoli di studio e delle abilitazioni e specializzazioni necessarie richieste dalla legge per lo svolgimento delle rispettive attività professionali mediche.</p>
--



## Quali costi devo sostenere?

<p>Il <b>Premio</b> 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 25% del <b>Premio</b> Imponibile.</p>
--

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<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><b>Ufficio Reclami</b>  <b>Berkshire Hathaway International Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia</b>          Corso Italia 13, 20122 - Milano MI          Fax: +39 02 49524987          E-mail: <a href="mailto:reclami@bh-italia.com">reclami@bh-italia.com</a></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.
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> .  In alternativa, i reclami possono essere presentati all'Autorità di Vigilanza del Regno Unito, <b>Financial Conduct Authority (FCA)</b> , 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, ovvero all'Autorità preposta <b>Financial Ombudsman Service (FOS)</b> , South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR.
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	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

### ODONTOFLEX

Mod. 423 21 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX - Ed. 31.05.2021

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEGLI ODONTOIATRI E/O MEDICI DENTISTI ED IGIENISTI DENTALI

stipulata fra il **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 **Società**.

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

**(1) RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E GENERALE**

**(2) RESPONSABILITÀ CIVILE DIPENDENTI - R.C.O.**

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

#### **AVVERTENZA:**

***Il 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

<b>FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA</b> .....	<b>4</b>
<b>GLOSSARIO</b> .....	<b>6</b>
<b>CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> .....	<b>9</b>
<i>Premessa</i> .....	9
<i>Art. 1) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO</i> .....	9
<i>Art. 2) ESTENSIONE ALLA COLPA GRAVE</i> .....	9
<i>Art. 3) VARIAZIONI ALLA POLIZZA</i> .....	9
<i>Art. 4) COPERTURA ASSICURATIVA DI PRIMO E DI SECONDO RISCHIO</i> .....	9
<i>Art. 5) LIMITI DI INDENNIZZO – RIMBORSO DEI COMPENSI</i> .....	10
<i>Art. 6) RECESSO IN CASO DI SINISTRO</i> .....	10
<i>Art. 7) PREMIO, DURATA, PROROGA E DISDETTA DELLA POLIZZA COLLETTIVA E DEI SINGOLI ASSICURATI</i> .....	10
<i>Art. 8) ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE E RINNOVO DELLA COPERTURA</i> .....	11
<i>Art. 9) PREMIO ANNUO</i> .....	11
<i>Art. 10) GESTIONE DEL CONTRATTO E CLAUSOLA BROKER</i> .....	11
<i>Art. 11) FORO COMPETENTE</i> .....	11
<i>Art. 12) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO</i> .....	11
<i>Art. 13) NORME DI LEGGE</i> .....	12
<i>Art. 14) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - R.C.T.</i> .....	12
<i>Art. 15) RISCHI AGGIUNTIVI</i> .....	12
<i>Art. 16) COMMITTENZA</i> .....	13
<i>Art. 17) NOVERO DEI TERZI</i> .....	13
<i>Art. 18) ESCLUSIONI</i> .....	13
<i>Art. 19) INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA - FORMULA "CLAIMS MADE"</i> .....	14
<i>Art. 20) GARANZIA POSTUMA IN CASO DI CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE</i> .....	15
<i>Art. 21) FRANCHIGIA</i> .....	15
<i>Art. 22) DENUNCIA DEI SINISTRI E GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI</i> .....	15
<i>Art. 23) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE R.C.O.</i> .....	16
<i>Art. 24) DENUNCIA DEI DANNI R.C.O.</i> .....	16
<i>Art. 25) CATEGORIE DEI SOGGETTI ASSICURATI</i> .....	17
<i>Art. 26) D. LGS. 81/2008 - Ex 626/94</i> .....	17
<i>Art. 27) RESPONSABILITÀ SOLIDALE</i> .....	17
<i>Art. 28) STUDI ASSOCIATI O SOCIETÀ</i> .....	17
<i>Art. 29) NEO-LAUREATI</i> .....	17

Art. 30) TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE - MEDIAZIONE OBBLIGATORIA.....	18
Art. 31) RECESSO PER RIPENSAMENTO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA .....	18
Art. 32) CREDITI FORMATIVI ECM - OBBLIGATORIETÀ PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO .....	18
Art. 33) ESTENSIONE TERRITORIALE.....	18
Art. 34) CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA.....	19
Art. 35) ESCLUSIONE SANZIONI INTERNAZIONALI.....	19
<b>ALLEGATO 1.....</b>	<b>20</b>
CLASSE DI ASSEGNAZIONE DI MERITO E RELATIVI PREMI .....	20
REGOLE EVOLUTIVE.....	21
TARIFE ODONTOIATRI/DENTISTI/IGIENISTI DENTALI .....	22
<b>FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE .....</b>	<b>42</b>
<b>FACSIMILE MODULO DI ADESIONE .....</b>	<b>44</b>

## FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA

1. **Contraente:** .....
- Periodo di Validità della Polizza**  
**Collettiva:**
2. **Effetto:** dalle ore 00:01 del .....
3. **Scadenza:** alle ore 00:01 del .....
4. **Data Retroattività:** dalle ore 00:01 del ..... (10 anni).  
Opzione Retroattività Illimitata di cui all'Art. 19 delle Condizioni di Assicurazione:  
sovra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile.
5. **Limite dell'Indennizzo per**  
**Risarcimento** A scelta tra EUR 1.000.000,00 , EUR 2.000.000,00 , EUR 3.000.000,00 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 Anni Lordi:** I premi esposti nell'Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione, Sez. "TARIFFE  
ODONTOIATRI/DENTISTI/IGIENISTI DENTALI".  
Sovra-premio per l'attivazione della GARANZIA POSTUMA IN CASO DI  
CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE di cui all'Art. 20 delle  
Condizioni di Assicurazione: ..... % del premio annuale di tariffa applicabile.
9. **Intermediario (Broker):** .....
10. **Intermediario (Agente):** Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - Iscrizione RUI n. A000012538 -  
fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it
11. **Informativa Precontrattuale e**  
**Condizioni di Assicurazione:** Mod. 123 21 Set Informativo RCG ODONTOFLEX - Ed. 31.05.2021 e versioni  
modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse.
12. **Allegati /Atti di Variazione:** Allegato 1 - Classe di Assegnazione, Regole Evolutive e Tariffe.

Milano,

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

### COMUNICAZIONE DEI SINISTRI

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

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

**Tel. 02 8707 3773 - Fax 02 8707 3784**  
**E-mail < sinistri@bh-italia.com >**  
**PEC < sinistri.bh-italia@legalmail.it >**

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

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel "**Mod. 423 21 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX - Ed. 31.05.2021**" 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";
- (C) Esclusione di **Fatti e Circostanze** pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Il **Contraente** dichiara inoltre di aver ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte della Polizza **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, in particolare del "**Mod. 123 21 Set Informativo RCG ODONTOFLEX - Ed. 31.05.2021**", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "**Mod. 423 21 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX - Ed. 31.05.2021**", 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 e per gli effetti degli Art. 1341 e 1342 C.C. il **Contraente** dichiara di accettare specificatamente i contenuti degli Artt.:

- Art. 1 Dichiarazioni dell'Assicurato e Aggravamento del Rischio
- Art. 4 Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio
- Art. 5 Limiti di Indennizzo - Rimborso dei Compensi
- Art. 6 Recesso in caso di Sinistro
- Art. 7 Premio, Durata, Proroga e Disdetta della Polizza Collettiva e dei Singoli Assicurati
- Art. 11 Foro Competente
- Art. 18 Esclusioni
- Art. 19 Inizio e Termine della Garanzia - Formula "Claims Made"
- Art. 21 Franchigia
- Art. 22 Denuncia dei Sinistri e Gestione delle Vertenze di Danno - Spese Legali
- Art. 27 Responsabilità Solidale
- Art. 30 Tentativo obbligatorio di Conciliazione Amichevole
- Art. 32 Crediti Formativi ECM - Obbligatorietà per il loro raggiungimento
- Art. 33 Estensione Territoriale
- Art. 34 Clausola Risolutiva Espressa
- Art. 35 Esclusioni Sanzioni Internazionali

Data ..... FIRMA DEL CONTRAENTE .....

#### **CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI**

Il **Contraente** conferma 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".

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

Data ..... FIRMA DEL CONTRAENTE .....

## GLOSSARIO

Ai sensi e per gli effetti della presente Polizza si applicano le seguenti definizioni:

<b>PARTI:</b>	Il <b>Contraente</b> , l' <b>Assicurato</b> , la <b>Società</b> , l' <b>Intermediario</b> .
<b>SOCIETÀ/ASSICURATORE:</b>	Impresa che esercita professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa.
<b>CONTRAENTE:</b>	Il soggetto indicato al punto 1 della Scheda di Polizza che, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 55 comma 2 del Regolamento IVASS 40/2018, sottoscrive la presente Polizza Collettiva in qualità di mandatario non essendo beneficiario né vincolatario delle prestazioni assicurative né dei diritti derivanti dal contratto stesso, e non assumendo alcuna obbligazione in merito al pagamento dei premi dovuti dai singoli <b>Assicurati</b> , neppure in caso di omesso versamento o insolvenza dei medesimi;
<b>ASSICURATO:</b>	Il singolo iscritto all'Albo che ha aderito alla Polizza Collettiva.
<b>NEOLAUREATO:</b>	L'odontoiatra che si sia iscritto all'Ordine Professionale Medico entro l'età anagrafica di anni 30 (trenta) e che non pratici implantologia, per i primi quattro anni dalla data di iscrizione all'Ordine Professionale, e prima del compimento del 34° anno di età.
<b>BROKER:</b>	L'Intermediario Iscritto al Registro Unico degli Intermediari.
<b>AGENTE:</b>	Il soggetto che gestisce la polizza per conto della <b>Società</b> .
<b>CONTRATTO DI ASSICURAZIONE:</b>	Il Contratto col quale la <b>Società</b> , verso pagamento di un <b>Premio</b> , si obbliga a rivalere l' <b>esercente le professioni sanitarie</b> , entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.
<b>PREMIO:</b>	Il prezzo che il <b>Contraente</b> paga per acquistare la garanzia offerta dalla <b>Società</b> .
<b>ESERCENTE LE PROFESSIONI SANITARIE:</b>	Il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione negli ambiti delle rispettive competenze e specializzazioni, che sia iscritto all'albo o collegio professionale di pertinenza ed eserciti, la relativa attività professionale. In tale ambito sono comprese le seguenti professioni: odontoiatra, dentista ed igienista dentale.
<b>CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE:</b>	Il documento riepilogativo degli estremi della copertura del singolo <b>Assicurato</b> .

**MODULO DI ADESIONE /  
QUESTIONARIO DI  
PROPOSTA:**

Il documento compilato (anche on line) e sottoscritto dagli iscritti che intendono aderire alla Polizza Collettiva.

**MASSIMALE:**

La somma che rappresenta il limite massimo di risarcimento contrattualmente stabilito, e che non potrà essere inferiore ad Euro 1.000.000 per evento e in aggregato annuo per ciascun **Assicurato**, fatta salva la possibilità di reintegrare il **Massimale**, secondo le condizioni di polizza.

**FATTI NOTI E CIRCOSTANZE  
NOTE:**

Qualsiasi fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare **Richieste di Risarcimento** da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'**Assicurato** (e dai suoi sostituti temporanei) e che è stato portato a conoscenza dell'**Assicurato**. A titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono per **Fatti Noti** fatti, situazioni, **Circostanze** o comunicazioni, notizie, querele, denunce, atti giudiziari, indagini - anche interne - della Direzione Sanitaria mentre non sono considerate **Fatti Noti** le relazioni tecniche chieste dalla Direzione Sanitaria ad eccezione dei casi in cui - unitamente alla richiesta di dette relazioni - all'**Assicurato** non venga comunicato o gli venga portata a conoscenza, in qualsivoglia modo, l'esistenza di una richiesta di danni relativa a fatti in cui l'**Assicurato** medesimo era coinvolto.

**RICHIESTA DI RISARCIMENTO:**

Qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'**Assicurato** o alla struttura sanitaria di appartenenza, in cui il terzo richieda all'**Assicurato** il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia o atti e/o comunicazioni della magistratura penale o degli organi di polizia giudiziaria notificati all'**Assicurato** comunicazioni inviate alla struttura sanitaria di appartenenza, di cui l'**Assicurato** venga a conoscenza che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'**Assicurato**.

**SINISTRO:**

L'evento sul quale il reclamante basa la **Richiesta di Risarcimento**, come definito sopra, e di cui l'**Assicurato** ha consapevolezza per la prima volta durante il periodo di assicurazione.

**AVVISO DI SINISTRO:**

L'**Assicurato** deve dare avviso del **Sinistro** alla **Società** o all'**Agente** autorizzato a concludere il Contratto, entro trenta giorni da quello in cui il **Sinistro** si è verificato o l'**Assicurato** ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se la **Società** o l'**Agente** autorizzato alla conclusione del Contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro (Art. 1913 c.c, comma 1). In caso di **Avviso di Sinistri** effettuato direttamente con procedure cautelari ed urgenti ovvero a procedure diverse da quella ordinaria ovvero a procedure ordinarie con termini di costituzione inferiori a quelle previste per il giudizio ordinario ovvero a procedure di conciliazione e mediazione (volontaria o obbligatoria) con comparizione inferiore ai 10 giorni, l'**Assicurato** si impegna a trasmettere alla **Società** l'atto ricevuto in notificazione entro il termine di 3 giorni dal ricevimento

unitamente a tutti i documenti utili per la gestione della controversia o per la predisposizione delle difese tecnico giuridiche.

**FRANCHIGIA:**

Importo espresso in cifra fissa o percentuale della somma assicurata, che rimane a carico dell'**Assicurato** per ogni singolo **Sinistro**.

**IMPLANTOLOGIA  
OSTEOINTEGRATA:**

Tecniche implantologiche che determinano l'intima unione tra un osso e un impianto artificiale senza tessuto connettivo apparente. Si definisce intima unione quando lo spazio e i movimenti relativi fra osso e impianto non superano i 100 micron. In base alle conoscenze attuali, tale unione avviene solo quando l'impianto è realizzato in titanio.

**IMPLANTOLOGIA CON ALTRE  
METODICHE:**

Tecniche implantologiche che utilizzano, ad esempio, lame, griglie, viti di Tramonte, etc.

**DIRITTO DI RIPENSAMENTO:**

La facoltà dell'**Assicurato** di recedere dal Contratto annullandone gli effetti.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### Premessa

Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute.

### **Art. 1) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

L'Assicurando quando fa richiesta di adesione alla presente polizza **ha l'obbligo di fornire le informazioni e le dichiarazioni per iscritto previste nel Modulo di Adesione. Nel caso di variazioni che aggravano il rischio, l'Assicurato ha l'obbligo di informare sollecitamente per iscritto la Società.**

Le inesatte e/o incomplete dichiarazioni dell'Assicurato, così come l'omissione di circostanze eventualmente aggravanti del rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, purché tali omissioni o inesattezze non siano frutto di dolo.

Se l'aggravamento del rischio dell'Assicurato rientra nelle tipologie di rischio previste nella presente Polizza, la Società rinuncia al diritto di recesso di cui all'Art. 1898 del Codice Civile e **l'Assicurato s'impegna a pagare il maggior premio previsto a decorrere dalla data di inizio dell'aggravamento.**

### **Art. 2) ESTENSIONE ALLA COLPA GRAVE**

Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato **unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare nei limiti previsti dalla legge e nel rispetto dei Massimali di polizza, solo qualora egli sia dichiarato - con sentenza dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste - responsabile o corresponsabile per colpa grave (in quest'ultimo caso pro-quota e senza obbligo di solidarietà).**

L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'Assicurato con la Società non farà cumulo con la presente polizza. L'esistenza di un'eventuale altra polizza di colpa grave stipulata dall'Assicurato con altro assicuratore è soggetta alle previsioni di cui all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

### **Art. 3) VARIAZIONI ALLA POLIZZA**

Qualunque variazione o modifica della presente Polizza, deve risultare da apposita appendice sottoscritta dalle Parti.

### **Art. 4) COPERTURA ASSICURATIVA DI PRIMO E DI SECONDO RISCHIO**

In caso di sinistro, l'Assicurato deve comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il sinistro a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri. L'inadempimento di tale obbligo comporterà la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1910 Cod. Civ.).

In caso di esistenza di altre polizze sottoscritte dall'Assicurato ed operanti per il medesimo evento la presente assicurazione opererà esclusivamente a secondo rischio rispetto alle medesime e per l'importo di danno eccedente il massimale delle stesse.

Resta inteso fra le Parti che la garanzia di secondo rischio prestata con la presente polizza terminerà la sua efficacia alla data di scadenza della polizza di primo rischio, e proseguirà a primo rischio fino alla scadenza

originaria prevista dalla polizza stessa. I relativi premi saranno regolati a “pro-rata giornaliero” ed il **Premio** ottenuto andrà arrotondato all'Euro superiore.

**In caso d'ineroperatività della prima polizza a causa di un mancato pagamento del premio, il massimale previsto da tale polizza rimarrà a carico dell'Assicurato stesso come Franchigia.**

#### **Art. 5) LIMITI DI INDENNIZZO – RIMBORSO DEI COMPENSI**

Resta inteso che il **Massimale riportato sul modulo di proposta nonché sul frontespizio deve intendersi come massimo esborso da parte della Società per Sinistro e per anno assicurativo.**

La presente polizza prevede i seguenti limiti per **Sinistro** e per anno assicurativo, in conformità alla scelta del **Contraente/Assicurato** al tempo della proposta.

MASSIMALI		
€ 1.000.000	€ 2.000.000	€ 3.000.000

**Limitatamente agli Assicurati nelle classi di merito 1, 1A e 1B**, gli eventuali danni risarcibili per rimborso dei compensi debitamente comprovati e risultanti da sentenza passata in giudicato o da una valutazione medico legale fatta da un perito incaricato dalla **Società** saranno soggetti al **Massimale** di Euro 10.000,00 per **Sinistro** e per anno.

#### **Art. 6) RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

**Il recesso per Sinistro della Società nei confronti del singolo Assicurato** potrà avvenire solo in caso di reiterazione di una condotta colposa da parte dell'**Assicurato** stesso, accertata ovvero con sentenza definitiva passata in giudicato.

Il recesso sarà notificato con preavviso scritto di 30 giorni a decorrere dalla data di pagamento del secondo **Sinistro** o di un eventuale **Sinistro** successivo al secondo.

In caso di recesso validamente esercitato dalla **Società**, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, rimborserà all'**Assicurato** la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

#### **Art. 7) PREMIO, DURATA, PROROGA E DISDETTA DELLA POLIZZA COLLETTIVA E DEI SINGOLI ASSICURATI**

La presente Polizza Collettiva ha decorrenza dalle ore 24:00 del giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza e scadenza alle ore 24:00 del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza.

**In caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire il Contratto in essere da parte del Contraente o della Società, da effettuare mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 90 giorni prima della scadenza della polizza, il Contratto s'intende prorogato di un anno e così successivamente.**

I singoli assicurati, per contro, hanno facoltà di **manifestare la volontà di non rinnovare la propria copertura mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti inviata almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale**; in mancanza di tale manifestazione la copertura si intende prorogata di un anno e così successivamente.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato sul certificato se il **Premio** è stato pagato.

A seguito del pagamento avvenuto, la **Società** rilascerà all'**Assicurato** un regolare Certificato contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del **Premio**.

## Art. 8) ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE E RINNOVO DELLA COPERTURA

Gli associati/iscritti al **Contraente** possono aderire alle coperture assicurative previste dalla presente polizza compilando e sottoscrivendo il **Modulo di Adesione** e corrispondendo il relativo **Premio**. La copertura assicurativa ha durata annuale, e decorre dalle ore 24 della data di pagamento del **Premio** dovuto.

A seguito dell'avvenuto pagamento la **Società** invierà all'**Assicurato** un regolare Certificato contenente i dati relativi alla sua copertura. **Resta inteso che è facoltà del Contraente negare a qualunque singolo associato/iscritto l'adesione alla presente polizza, senza obbligo di motivazione.**

**Il ritardato o omesso pagamento del Premio di rinnovo, comporterà la mancata attivazione della garanzia assicurativa. Decorso il termine di 6 mesi dalla scadenza dell'annualità, in caso di mancato pagamento si intenderà risolta l'adesione alla polizza sopra indicata.**

## Art. 9) PREMIO ANNUO

Ai fini della determinazione del **Premio** annuale di cui alla presente Assicurazione, si dovrà fare riferimento alle tabelle di cui all'Allegato 1 e punto 8. della Scheda di Polizza.

## Art. 10) GESTIONE DEL CONTRATTO E CLAUSOLA BROKER

La **Società** dichiara che l'emissione e la gestione dei contratti sono affidati a Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

Con la sottoscrizione del **Modulo di Adesione**, l'**Assicurato** conferisce al Broker indicato nel Certificato stesso il mandato a rappresentarlo ai fini di questo **Contratto di Assicurazione**.

È convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione fatta al Broker sarà considerata come fatta all'**Assicurato**;
- b. Ogni comunicazione fatta dal Broker sarà considerata come fatta dall'**Assicurato**.

Quanto sopra **non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'Art. 22 che resta invariato e confermato.**

Ai sensi dell'Art. 65, comma 1, lettere a) e b) del Regolamento **IVASS** n. 40 del 02 Agosto 2018, qualora la Compagnia abbia espressamente autorizzato in forma scritta il Broker all'incasso dei premi dagli Assicurati e/o al pagamento delle somme dovute agli Assicurati o agli altri aventi diritto, il pagamento del **Premio** eseguito all'**Intermediario** stesso si considera effettuato direttamente alla Compagnia, ai sensi dell'Art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

## Art. 11) FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria della residenza di ciascun **Assicurato**.

## Art. 12) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene tra le **Parti** che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali sarà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'**Assicurato**. **È condizione tassativa per ottenere la garanzia prevista dalla polizza che l'attività esercitata dall'Assicurato sia svolta in conformità a quanto previsto dalla normativa italiana ed europea di volta in volta applicabile e previo ottenimento dei necessari titoli ed abilitazioni e specializzazioni per il suo esercizio.** La copertura assicurativa conserva la propria validità anche nel caso in cui l'**Assicurato** non sia in regola con gli obblighi derivati da leggi e/o ordinamenti, purché ciò sia involontario.

## Art. 13) NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente Contratto, valgono le norme di Legge. Norme che regolano la Responsabilità Civile Professionale Generale R.C.T. e la Responsabilità Civile verso i Dipendenti R.C.O.

## Art. 14) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - R.C.T.

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato da ogni somma che egli sia tenuto a pagare a terzi, compresi i clienti, quale responsabile ai sensi di legge a cagione di un fatto connesso all'esercizio dell'attività professionale esercitata (compresi i **trattamenti estetici del viso ma solo ed esclusivamente consentiti per legge all'Odontoiatra/Dentista e collegati solo ed esclusivamente ad interventi odontoiatrici o a procedure di implantologia**), e nei limiti previsti dalla classe di merito assegnata a ogni singolo iscritto secondo i parametri di cui all'Allegato 1, che costituisce parte integrante del Contratto.

Resta altresì convenuto tra le Parti che la garanzia non è operativa nel caso di Richieste di Risarcimento per mancata rispondenza dell'intervento di natura estetica (con i limiti di cui sopra) all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.

Si precisa che la garanzia dei trattamenti estetici è compresa esclusivamente per i soggetti che praticano l'implantologia (sia osteointegrata, sia altre metodiche), limitatamente agli assegnatari delle classi di merito UNO, UNO A e UNO B.

Per gli assegnatari di tutte le altre classi di rischio tale inclusione implica la corresponsione di una maggiorazione del Premio imponibile pari al 40%.

L'estensione non è concedibile ai Neolaureati.

L'assicurazione è operante anche quando i comportamenti che hanno causato il danno a terzi, siano stati compiuti dai collaboratori dello studio professionale operanti sia in regime di collaborazione libero professionale (quando l'Assicurato sia tenuto a risponderne ai sensi di Legge) sia in regime di dipendenza.

## Art. 15) RISCHI AGGIUNTIVI

A titolo esemplificativo e non limitativo, s'intende garantita dalla presente polizza anche la responsabilità civile verso terzi R.C.T. e/o verso dipendenti R.C.O., derivante all'Assicurato:

- a) per i danni determinati da fatto doloso delle persone delle quali e/o con le quali debba rispondere;
- b) per i danni causati da operazioni di medicina e chirurgia, non necessariamente connesse con l'odontoiatria, ambulatoriale e/o domiciliare, **senza ricorso ad anestesia totale** ma prestate per necessità di urgenza e/o emergenza, in ottemperanza agli obblighi di legge e/o deontologici, effettuate sia sui pazienti sia su altre persone;
- c) per l'attività di formazione, docenza, consulenza e/o perizia, nell'ambito dell'attività professionale stessa.
- d) dalla proprietà, dall'uso, dall'installazione di cartelli, targhe o insegne dentro o fuori della sede dell'Assicurato; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, l'assicurazione opera a favore dell'Assicurato nella sua qualità di committente i lavori.
- e) Sono compresi i danni alle cose sulle quali sono installati i cartelli, le targhe o le insegne;
- f) dalla circolazione e dall'uso di velocipedi e ciclomotori senza motore, esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso;
- g) dall'uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere;

- h) dall'attività di radiodiagnostica in genere;
- i) per tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata;
- j) dalla proprietà e/o utilizzo dei fabbricati occupati dall'**Assicurato** e nei quali viene svolta l'attività oggetto dell'assicurazione e dagli impianti fissi destinati alla loro conduzione, compresi ascensori e montacarichi ed eventuali cancelli elettrici; **sono esclusi i danni derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamenti, sopraelevazioni e demolizioni;**
- k) per danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'**Assicurato** o da lui detenute con il limite di euro 250.000. Resta inteso che nel caso esista polizza incendio comprendente il "Ricorso Terzi" e/o il "Rischio Locativo", si applica il disposto dell'Art. 4).
- l) per danni a cose di terzi in consegna o custodia.

## Art. 16) COMMITTENZA

L'assicurazione si estende alla responsabilità civile derivante all'**Assicurato** ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile per:

- a) danni causati a terzi da Suoi dipendenti o commessi in relazione alla guida di autovetture, **purché le medesime non siano di proprietà e/o godute dall'Assicurato, in usufrutto o locazione, od allo stesso intestate al PRA.** La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate;
- b) danni causati a terzi dalle persone addette al servizio di pulizia e/o manutenzione presso lo studio assicurato.

## Art. 17) NOVERO DEI TERZI

Ai fini delle garanzie R.C.T., **non sono considerati terzi esclusivamente l'Assicurato ed i dipendenti rientranti nella garanzia R.C.O.**, salvo quando subiscano un danno nella loro qualità di pazienti.

## Art. 18) ESCLUSIONI

L'assicurazione non vale:

- a) per le Richieste di Risarcimento e atti e/o Fatti già Noti all'**Assicurato** prima dell'inizio del periodo di assicurazione;
- b) per i danni derivanti della proprietà, esercizio e/o conduzione di cliniche, case di cura, ospedali o simili; fatta salva la responsabilità derivante per il ruolo di direttore sanitario nei limiti previsti nel successivo Art. 25; relativamente alla sola garanzia R.C.T. l'assicurazione non vale inoltre per i danni e le responsabilità che si verificano o insorgono in occasione:
  - i) di fatti commessi quando l'**Assicurato** si trovi, per motivi disciplinari, sospeso o destituito dall'esercizio dell'attività professionale.
  - ii) di esplosioni od emanazione di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, fatto salvo quanto previsto all'Art. 15, lettera g);
  - iii) di circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili, salvo quanto previsto al precedente Art. 16 lettera a);
  - iv) di fatti di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti a inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione,

impoverimento o deviazione di sorgenti o alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerali ed in genere di quanto trovansi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento; tranne nei casi di responsabilità connessa con la sorveglianza delle attività di deposito temporaneo, smaltimento, stoccaggio e/o accumulo dei rifiuti speciali e/o tossici nocivi del proprio ambulatorio, di cui alle relative leggi;

- c) per i danni alle persone trasportate su veicoli a motore (salvo quanto previsto all'Art. 16, lettera a);
- d) per il furto;
- e) per operazioni di mera chirurgia estetica non collegate ad interventi odontotecnici (ad eccezione di quanto previsto nel precedente Art. 14), o per i rischi inerenti;
- f) per la produzione diretta di organismi geneticamente modificati.

L'assicurazione R.C.T. e R.C.O., inoltre, non comprende i danni:

- g) da detenzione o impiego di esplosivi;
- h) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- i) da produzione, distribuzione, manutenzione e detenzione di amianto (asbesto);
- l) derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché i danni derivanti da incidenti dovuti a ordigni di guerra;
- m) derivanti dall'emissione di onde e campi elettromagnetici limitatamente a società elettriche di produzione e distribuzione, società di telecomunicazioni, società di produzione di impianti e apparati telecomunicazioni;
- n) cagionati da persone fisiche o giuridiche domiciliate in Usa o Canada e/o derivanti da qualsiasi attività produttiva e/o professionale svolta nei suddetti Paesi;
- o) limitatamente ai casi per i quali questa esclusione viene esplicitamente richiamata con riferimento alla specifica Classe di Accesso alla Polizza Collettiva o Classe di Rischio Interna di cui all'Allegato 1, Sez. "Tariffe Odontoiatri/Dentisti/Igienisti Dentali", che costituisce parte integrante del Contratto, è esclusa la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.

## **Art. 19) INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA - FORMULA "CLAIMS MADE"**

L'assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza. Tuttavia, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovrapprezzo pari al 10% del Premio annuale previsto per la classe di appartenenza.

Il Contraente/Assicurato dichiara, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, sia in relazione al periodo di validità della presente polizza sia in relazione al periodo di copertura pregressa di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun elemento e/o sinistro che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del Contratto e conferma di essere cosciente che l'inesattezza della dichiarazione resa comporta la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata.

Resta inteso che la garanzia non vale per i reclami che risultano essere già stati presentati all'Assicurato prima dell'inizio del periodo di assicurazione di questa polizza o per quelli che si riferiscono a fatti e/o comportamenti posti in essere anteriormente al periodo di retroattività della Polizza.

La Compagnia si riserva di non accettare la richiesta di adesione, o di accettarla a condizioni speciali che sono dalla stessa comunicate all'Assicurando nel termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla ricezione del **Modulo di Adesione**, nel caso in cui dallo stesso si rilevi un numero di **Sinistri** superiori a 3 (tre).

## **Art. 20) GARANZIA POSTUMA IN CASO DI CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE**

In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale dell'Assicurato, debitamente documentata, la copertura assicurativa s'intende estesa ad un periodo di ultrattività per le **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 (incluso il periodo di retroattività della copertura stessa) restando inteso che l'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta. **L'attivazione di questa copertura comporta il pagamento del sovra-premio indicato al punto 8. della Scheda di Polizza, rispetto al Premio annuale di tariffa applicabile secondo le tabelle di cui all'Allegato 1, ed il tempestivo invio - a mezzo raccomandata A.R. o a mezzo posta elettronica certificata - prima della data di cessazione dell'attività professionale di una comunicazione in merito all'intenzione dell'Assicurato di attivare la copertura di cui al presente articolo.**

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità della denuncia dei Sinistri.

Per i Sinistri risarcibili ai sensi della presente estensione di garanzia, il **Massimale previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Società per l'intero periodo di copertura a partire dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione definitiva dell'attività professionale, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'assicurazione.**

## **Art. 21) FRANCHIGIA**

Eventuali danni risarcibili ai sensi della presente polizza saranno pagati senza deduzione di alcuna **Franchigia**.

## **Art. 22) DENUNCIA DEI SINISTRI E GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI**

L'Assicurato deve dare avviso del Sinistro all'Assicuratore o all'Agente autorizzato a concludere il Contratto, entro trenta giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'Agente autorizzato alla conclusione del Contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro (Art. 1913 C.C., Comma 1). **In caso di denuncia di Sinistri con procedure cautelari ed urgenti ovvero a procedure diverse da quella ordinaria ovvero a procedure ordinarie con termini di costituzione inferiori a quelle previste per il giudizio ordinario ovvero a procedure di conciliazione e mediazione (volontaria o obbligatoria) con comparizione inferiore ai 10 giorni, l'Assicurato si impegna a trasmettere alla Società l'atto ricevuto in notificazione entro il termine di 3 giorni dal ricevimento unitamente a tutti i documenti utili per la gestione della controversia o per la predisposizione delle difese tecnico giuridiche.**

L'Assicurato è obbligato a trasmettere alla Società, e per essa all'Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - fax +39 010 880632 - e-mail [sinistri@marintec.it](mailto:sinistri@marintec.it) - [marintecsr@pec.it](mailto:marintecsr@pec.it), qualsiasi richiesta

formale di risarcimento avanzata da terzi all'Assicurato o all'ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'Assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia atti e/o comunicazioni della magistratura penale o degli organi di polizia giudiziaria notificati all'Assicurato o comunicazioni inviate alla struttura sanitaria di appartenenza, di cui l'Assicurato venga a conoscenza che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato.

L'Assicurato è inoltre tenuto a fornire, a richiesta della Società, tutte le informazioni e l'assistenza del caso. Si concorda comunque che le eventuali involontarie incompletezze nella stesura della denuncia non inficiano il diritto al risarcimento.

La Società assume, a nome dell'Assicurato, fino ad esaurimento del grado di giudizio eventualmente in corso al momento della definizione del danno, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. 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 fra la Società e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.**

**La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde delle spese di giustizia penale.**

#### **Art. 23) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE R.C.O.**

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- 1) ai sensi degli Articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- 2) ai sensi delle disposizioni del Codice Civile a titolo di risarcimento dei danni non rientranti nella disciplina del D. P. R. del 30 giugno 1965, n. 1124, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1), per morte e per lesioni personali.

La garanzia della R.C.O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro) e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, **purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella d'inizio copertura del Certificato di Assicurazione.**

**Se il numero di lavoratori dipendenti di cui sopra è superiore a quattro, la polizza è soggetta alla previa approvazione della direzione generale della Società ed al pagamento di un sovra-premio da determinarsi dalla stessa.**

#### **Art. 24) DENUNCIA DEI DANNI R.C.O.**

L'Assicurato è tenuto a denunciare alla Società gli eventuali Sinistri, solo ed esclusivamente:

- a) in caso di un infortunio per il quale abbia luogo un'inchiesta giudiziaria a norma di legge;
- b) in caso di **Richiesta di Risarcimento** o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INAIL qualora eserciti il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 del 30.06.1965;

- c) in caso di **Richiesta di Risarcimento** o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale" ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984 N. 222.

## Art. 25) CATEGORIE DEI SOGGETTI ASSICURATI

L'Assicurazione è prestata per la Responsabilità derivante all'**Assicurato** che appartenga a una delle seguenti categorie:

1. Odontoiatri e/o medici dentisti - A seguito dell'iscrizione al relativo albo per l'esercizio della professione;
2. Direttori Sanitari che siano odontoiatri o medici dentisti (come al punto 1 sopra);
3. Igienisti Dentali.

Ad integrazione delle Condizioni di polizza, nell'assicurazione sono compresi i danni alle persone ed a cose involontariamente cagionati a terzi da fatto di collaboratori di cui l'**Assicurato** debba rispondere in relazione alla Sua funzione di Direttore Sanitario. **Resta espressamente esclusa dalla garanzia la responsabilità Civile derivante all'Assicurato da fatti connessi all'attività di carattere organizzativo, dirigenziale, aziendale ed amministrativo.**

**La garanzia, per questa figura, è operante fino a un massimo di due eventi denunciati e verificatisi per ogni anno di copertura assicurativa.**

## Art. 26) D. LGS. 81/2008 - Ex 626/94

Agli effetti delle garanzie prestate dalla presente polizza, si precisa che è compresa anche la responsabilità civile personale del Responsabile dei Servizi di Prevenzione e Protezione nominato ai sensi dei D. Lgs. N. 81/2008 - ex 626/94 di cui l'**Assicurato** debba rispondere.

## Art. 27) RESPONSABILITÀ SOLIDALE

**In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la Società risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso**, determinata sia in quota certa con sentenza, sia presuntivamente ex Artt. 1298 e/o 2055 Cod. Civ.

## Art. 28) STUDI ASSOCIATI O SOCIETÀ

Qualora l'**Assicurato** fosse componente di uno Studio Associato, le garanzie R.C.T. e R.C.O. sono subordinate alla **condizione essenziale che tutti gli altri associati allo studio siano assicurati con questa polizza. In caso contrario l'Assicurato disporrà solo della garanzia di Responsabilità Professionale.**

## Art. 29) NEO-LAUREATI

I neolaureati usufruiscono di tariffa agevolata, ma **limitatamente all'opzione che non prevede l'implantologia**. Tale agevolazione è riconosciuta agli odontoiatri che si iscrivono all'Ordine Professionale Medico entro l'età anagrafica di anni trenta, e questo beneficio può essere richiesto per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età.

## Art. 30) TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE - MEDIAZIONE OBBLIGATORIA

Prima di promuovere l'azione giudiziaria relativa a una controversia di risarcimento danni derivante da responsabilità sanitaria inerente la presente polizza, **l'attore è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'Art. 696-bis del Codice di Procedura Civile dinanzi al giudice competente.**

È fatta altresì salva per l'attore la possibilità di esperire in alternativa il procedimento di mediazione ai sensi dell'Articolo 5, comma 1-bis, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n.28. **Il ricorso ex Art. 696 bis C.P.C. o il procedimento di mediazione sopra menzionato costituiscono condizione di procedibilità della domanda di risarcimento.**

La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui al presente articolo **è obbligatoria per tutte le parti, e per tutta la durata del procedimento. L'Assicurato si impegna a fornire tempestivamente alla Società la documentazione, medica e non, necessaria per l'espletamento delle formalità previste dalla legge in relazione al tentativo obbligatorio di conciliazione e/o alla mediazione obbligatoria.**

## Art. 31) RECESSO PER RIPENSAMENTO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

L'Assicurato ha **14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza**, a mezzo invio di comunicazione, agli Assicuratori, anche per il tramite dell'Intermediario. Il termine che precede decorre dal giorno della ricezione della Polizza da Parte dell'Assicurato.

## Art. 32) CREDITI FORMATIVI ECM - OBBLIGATORIETÀ PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO

Il DL 138/2011 del 13 agosto 2011 convertito in Legge n. 148 del 14 settembre 2011 contempla all'Art. 3, comma 5, lettera b): "Previsione dell'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM). La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare, e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione".

**Ai sensi e per gli effetti della presente polizza, all'atto della stipula, l'Assicurato dichiarerà il conseguimento dei crediti formativi nel triennio formativo precedente, in conformità delle vigenti previsioni normative e sarà disponibile all'esibizione dei relativi attestati in caso di richiesta da parte dell'Assicuratore.**

**Il mancato conseguimento dei crediti formativi nella misura prevista dalla normativa applicabile comporterà un aggravamento di Premio consistente nell'applicazione di 1 "Pejus", pari ad una classe di merito.**

Al tempo dell'eventuale successivo rinnovo, si applicheranno le regole evolutive di classe come previsto all'Allegato 1, Sez. "Regole Evolutive", che costituisce parte integrante del Contratto.

## Art. 33) ESTENSIONE TERRITORIALE

I rischi assunti in alimento alla presente polizza sono validi per **Sinistri** che avvengono nel territorio di tutti i Paesi Europei.

È condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. **La Società, pertanto, non è obbligata per Richieste di Risarcimento fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia oppure mediante delibazione di sentenze emesse in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.**

## Art. 34) CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

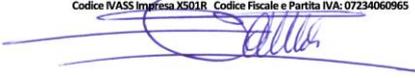
In caso di emanazione di nuova normativa in ambito di responsabilità medico sanitaria ovvero in caso di cambiamenti della normativa esistente in tale ambito (ivi inclusa l'emanazione dei Decreti Attuativi della Legge n. 24/2017), le parti concordano che **la Società avrà la facoltà di modificare la quantificazione del Premio ovvero che ciascuna delle Parti avrà la facoltà di recedere mediante invio di raccomandata A.R. dal Contratto con un preavviso di trenta giorni dalla data della stessa.**

## Art. 35) ESCLUSIONE SANZIONI INTERNAZIONALI

La garanzia prestata con la presente polizza o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'Assicurato o il Contraente o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo le sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (UK Treasury) o dall'Ufficio per il Controllo dei Beni Stranieri (Office of Foreign Assets Control - "OFAC") del Ministero del Tesoro degli Stati Uniti (U.S. Treasury Department) o descritte nel Regolamento CE 27 maggio 2002 modificato dal regolamento di esecuzione (UE) 4 novembre 2013, n. 1091/2013.

Emessa in due originali ad un solo effetto.

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



Ai sensi e per gli effetti degli Art. 1341 e 1342 C.C. il **Contraente** dichiara di accettare specificatamente i contenuti degli Artt.:

- Art. 1. Dichiarazioni dell'Assicurato e Aggravamento del Rischio
- Art. 4. Copertura Assicurativa di Primo e Secondo Rischio
- Art. 5. Limiti di Indennizzo - Rimborso dei Compensi
- Art. 6. Recesso in caso di Sinistro
- Art. 7. Premio, Durata, Proroga e Disdetta della Polizza Collettiva e dei Singoli Assicurati
- Art. 11. Foro Competente
- Art. 18. Esclusioni
- Art. 19. Inizio e Termine della Garanzia - Formula "Claims Made"
- Art. 21. Franchigia
- Art. 22. Denuncia dei Sinistri e Gestione delle Vertenze di Danno - Spese Legali
- Art. 27. Responsabilità Solidale
- Art. 30. Tentativo obbligatorio di Conciliazione Amichevole
- Art. 32 Crediti Formativi ECM - Obbligatorietà per il loro raggiungimento
- Art. 33 Estensione Territoriale
- Art. 34 Clausola Risolutiva Espressa
- Art. 35 Esclusioni Sanzioni Internazionali

## ALLEGATO 1

### CLASSE DI ASSEGNAZIONE DI MERITO E RELATIVI PREMI

*Premesso che il contenuto di cui al presente "Allegato 1", costituisce parte integrante della Polizza Collettiva, le Parti Contraenti si danno reciprocamente atto che l'attribuzione della Classe di merito, assegnata alla data di effetto della Polizza Collettiva, è riferita alla valutazione complessiva del rischio in termini attuariali, ed è suscettibile di subire variazioni nelle successive annualità di copertura, sia in positivo sia in negativo, in relazione ad eventuali modifiche di "status" intervenute nel corso della precedente annualità assicurativa, secondo quanto previsto alla Tabella 2 - Regole Evolutive, e in ragione del risultato tecnico-statistico complessivo conseguito.*

**TABELLA 1 - Regole di assegnazione della classe di merito**

<b>CLASSE DI ASSEGNAZIONE DI RISCHIO</b>	<b>SINISTRI DENUNCIATI ULTIMI 5 ANNI</b>	<b>ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE</b>	<b>REQUISITI DA SODDISFARE</b>
UNO	MASSIMO UNO	ALMENO 4 ANNI	TUTTI
DUE	MASSIMO DUE	--	ALMENO UNO
TRE	MASSIMO TRE	--	ALMENO UNO

## REGOLE EVOLUTIVE

**Per le annualità assicurative successive a quella della stipulazione, il Contratto viene assegnato, all'atto del rinnovo, alla classe di merito di pertinenza a seconda che la Società abbia o meno ricevuto denuncia/e di sinistro/i in relazione al periodo di copertura in corso e/o al periodo di retroattività previsto in Polizza:**

**TABELLA 2 - Regole Evolutive Odontoiatri, Dentisti & Igienisti Dentali**

CLASSE DI MERITO	0 SINISTRI ultimo anno	1 SINISTRO ultimi 5 anni	2 SINISTRI ultimi 5 anni	3 SINISTRI ultimi 5 anni	4 SINISTRI ultimi 5 anni	5 SINISTRI ultimi 5 anni	6 SINISTRI ultimi 5 anni	7 SINISTRI ultimi 5 anni	8 SINISTRI ultimi 5 anni	9 SINISTRI ultimi 5 anni	10 O PIU' SINISTRI ultimi 5 anni
UNO B	UNO B	UNO	TRE	CINQUE	SETTE	NOVE	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO
UNO A	UNO B	DUE	QUATTRO	SEI	OTTO	DIECI	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO
UNO	UNO A	TRE	CINQUE	SETTE	NOVE	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO
DUE	UNO	QUATTRO	SEI	OTTO	DIECI	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
TRE	DUE	CINQUE	SETTE	NOVE	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
QUATTRO	TRE	SEI	OTTO	DIECI	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
CINQUE	QUATTRO	SETTE	NOVE	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
SEI	CINQUE	OTTO	DIECI	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
SETTE	SEI	NOVE	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
OTTO	SETTE	DIECI	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
NOVE	OTTO	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
DIECI	NOVE	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO						
UNDICI	DIECI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO						
DODICI	UNDICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO							
TREDICI	DODICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO							
QUATTORDICI	TREDICI	SEDICI	DICIOTTO								
QUINDICI	QUATTORDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO								
SEDICI	QUINDICI	DICIOTTO									
DICIASSETTE	SEDICI	DICIOTTO									
DICIOTTO	DICIASSETTE	DICIOTTO									

## TARIFE ODONTOIATRI/DENTISTI/IGIENISTI DENTALI

### CLASSE DI ACCESSO "UNO" ALLA POLIZZA COLLETTIVA

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

**(\*) Neolaureato:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.

**(\*\*) Massimali:** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all'Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "UNO-A"

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

**(\*) Neolaureato:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.

**(\*\*) Massimali:** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "UNO-B"

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

**(\*) Neolaureato:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.

**(\*\*) Massimali:** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI ACCESSO "DUE" ALLA POLIZZA COLLETTIVA

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE DUE", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

- o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.*

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

**(\*) Neolaureato:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.

**(\*\*) Massimali:** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI ACCESSO "TRE" ALLA POLIZZA COLLETTIVA

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE TRE", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

- o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.*

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

**(\*) Neolaureato:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.

**(\*\*) Massimali:** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "QUATTRO"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE QUATTRO", **sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione**, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

***o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.***

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

***(\*) Neolaureato: entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.***

***(\*\*) Massimali:*** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "CINQUE"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE CINQUE", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

***o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.***

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
PREMI (IMPOSTE INCLUSE)				
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

***(\*) Neolaureato: entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.***

***(\*\*) Massimali:*** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "SEI"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE SEI", **sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione**, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

***o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.***

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

***(\*) Neolaureato: entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.***

***(\*\*) Massimali:*** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "SETTE"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE SETTE", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

***o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.***

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

***(\*) Neolaureato: entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.***

***(\*\*) Massimali:*** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "OTTO"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE OTTO", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

***o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.***

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

***(\*) Neolaureato: entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.***

***(\*\*) Massimali:*** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "NOVE"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE NOVE", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

***o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.***

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

***(\*) Neolaureato: entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.***

***(\*\*) Massimali:*** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail [info@marintec.it](mailto:info@marintec.it) - [marintecsril@pec.it](mailto:marintecsril@pec.it).

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "DIECI"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE DIECI", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

***o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.***

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
PREMI (IMPOSTE INCLUSE)				
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

***(\*) Neolaureato: entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.***

***(\*\*) Massimali:*** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "UNDICI"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE UNDICI", sono sottoposti all'ulteriore seguito esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

***o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.***

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
PREMI (IMPOSTE INCLUSE)				
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

***(\*) Neolaureato: entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.***

***(\*\*) Massimali:*** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "DODICI"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE DODICI", sono sottoposti all'ulteriore seguito esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

***o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.***

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

***(\*) Neolaureato: entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.***

***(\*\*) Massimali:*** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail [info@marintec.it](mailto:info@marintec.it) - [marintecsril@pec.it](mailto:marintecsril@pec.it).

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "TREDICI"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE TREDICI", sono sottoposti all'ulteriore seguito esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

***o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.***

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

***(\*) Neolaureato: entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.***

***(\*\*) Massimali:*** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "QUATTORDICI"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE QUATTORDICI", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

- o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.*

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

**(\*) Neolaureato:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.

**(\*\*) Massimali:** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "QUINDICI"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE QUINDICI", **sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione**, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

- o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.**

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

**(\*) Neolaureato:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.

**(\*\*) Massimali:** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "SEDICI"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE SEDICI", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

- o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.*

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
PREMI (IMPOSTE INCLUSE)				
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

**(\*) Neolaureato:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.

**(\*\*) Massimali:** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "DICIASSETTE"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE DICIASSETTE", sono sottoposti all'ulteriore seguito esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

- o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.**

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

**(\*) Neolaureato:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.

**(\*\*) Massimali:** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## CLASSE DI RISCHIO INTERNA "DICHIOTTO"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE DICHIOTTO", **sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione**, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione:

- o) la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.**

		MASSIMALI (**)		
		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/>	SENZA IMPLANTOLOGIA			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
<input type="checkbox"/>	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
<input type="checkbox"/>	NEOLAUREATO (*)			
<input type="checkbox"/>	IGIENISTA DENTALE			

**(\*) Neolaureato:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età.

**(\*\*) Massimali:** è altresì prevista la possibilità di aver accesso ad un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 corrispondendo un **Premio** maggiorato del ..... % rispetto al **Premio** previsto per il **Massimale** pari a Euro 3.000.000,00. La scelta di applicare un **Massimale** pari a Euro 5.000.000,00 è condizionata previa comunicazione da parte dell'interessato, anche per via telematica, all' Agenzia Marintec S.r.l. - Via Corsica 19/6 - 16128 Genova - iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it - marintecsr@pec.it.

## FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

### ODONTOFLEX\_NOME DEL CONTRAENTE

Contratto di Assicurazione in Forma Collettiva della Responsabilità Civile Professionale degli Odontoiatri  
e/o Medici Dentisti ed Igienisti Dentali  
Certificato di Assicurazione N°.....  
alla Polizza Collettiva N° .....

Classe di provenienza:

Classe di assegnazione:

#### ASSICURATO

COGNOME / NOME - RAGIONE SOCIALE					
DOMICILIO / SEDE LEGALE VIA NUM		LOCALITÀ COMUNE		PROV.	C.A.P
CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.	COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PROV.	

#### MASSIMALI DI GARANZIA PER SINISTRO E PER ANNO

PER SINISTRO	PER ANNO

#### PREMIO (INCLUSO ACCESSORI ED IMPOSTE) ED ELEMENTI RELATIVI AL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO\*

PREMIO DI RATA RATA UNICA / PRIMA RATA / SECONDA RATA	PREMIO ANNUO	DECORRENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO DALLE ORE 24:00 DEL	SCADENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE PAGATO IL PREMIO ALLE ORE 24:00 DEL	FRAZIONAMENTO
(include imposte del 22.25%)	(include imposte del 22.25%)			

**\* IMPORTANTE:**

- La presente Assicurazione ha durata di 12 mesi;
- Il Premio annuale è unico e indivisibile (pertanto, in caso di frazionamento, la seconda rata di Premio è sempre dovuta);
- Dietro pagamento del Premio di rata, il periodo di copertura prestato dal presente Certificato di Assicurazione ha decorrenza e scadenza alle date indicate nella tabella.

SE L'ADERENTE È UNO STUDIO ASSOCIATO/SOCIETÀ LA GARANZIA È PRESTATO PER:	Nome e Cognome dell'Assicurato	Codice Fiscale
ATTIVITÀ ASSICURATA:		
DATA/N ISCRIZIONE ORDINE:		

#### LISTA GARANZIE


## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Polizze in corso per lo stesso rischio:

Precedente Assicurazione:

Sinistri negli ultimi 5 anni:

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Prendo atto che l'operatività delle garanzie è subordinata all'effettivo pagamento del Premio e ha efficacia dalle ore 24:00 della data del pagamento o da quella della decorrenza se posteriore.

Emessa il

L'ASSICURATO

LA COMPAGNIA

L'importo di \_\_\_\_\_ è stato pagato oggi \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in mie mani. L'Esattore \_\_\_\_\_

## FACSIMILE MODULO DI ADESIONE

### PER LA SOLA RACCOLTA DATI AI FINI DELL'OTTENIMENTO DI UN PREVENTIVO R.C. PROFESSIONALE ODONTOIATRI - MEDICI DENTISTI - IGIENISTI DENTALI

La compilazione del presente Modulo di Adesione è riservata unicamente all'Aderente persona fisica che intende assicurarsi, nella forma "claims made", per la Responsabilità Civile Professionale degli Odontoiatri e/o Medici Dentisti ed Igienisti Dentali in conseguenza di danni causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la Responsabilità per Colpa Grave e R.C.O., con formula tariffaria che prevede l'attribuzione di classi di merito e regole evolutive.

È condizione essenziale per una corretta preventivazione rispondere a tutte le domande contenute nel questionario.

Intermediario Assicurativo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Ragione Sociale (campo obbligatorio)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

CONTRAENTE DELLA POLIZZA COLLETTIVA (tutti i campi sono obbligatori)

Ragione Sociale	MARINTEC S.r.l.
Partita IVA	03416570277
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	Via Corsica 19/6 - 16128 - Genova (GE) - Italia
Indirizzo E-mail	info@marintec.it
Indirizzo PEC	marintecsr@pec.it
N. Telefono - N. Fax	Telefono: (+39) 010 846 1493 Fax: (+39) 010 880 632

ADERENTE ALLA POLIZZA COLLETTIVA (tutti i campi sono obbligatori)

Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Data e Luogo di Nascita	Data: / / Età al momento della compilazione del Modulo di Adesione: _____ Luogo:
Residenza	Indirizzo: _____ N. Civico: _____ C.A.P.: _____ Comune: _____ Provincia: _____ Stato: _____
Indirizzo E-mail personale <sup>1</sup> - PEC	* E-mail pers.: _____ PEC: _____ <small>1: Utilizzato per accedere all'Area Riservata</small>
N. Telefono - N. Fax - N. Cellulare	N. Tel: _____ N. Fax: _____ N. Cell: _____
Iscritto all'Ordine della provincia di ... / N° Iscrizione	Ordine della provincia di _____ / N° _____
Data iscrizione all'Ordine	Data: / / Età al momento dell'iscrizione all'Ordine: _____
Data Conseguimento Diploma di Specializzazione	Data: / /
Data di decorrenza richiesta	Data: / / (Ore 00:01 - 24:00 in base alla Polizza Collettiva di riferimento)

L'Aderente è un Neolaureato ai sensi delle definizioni contenute nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione?

SI  NO

Ai sensi dell'Art. 29 delle Condizioni di Assicurazione i neolaureati godono di una tariffa agevolata, ma limitatamente all'opzione che non prevede l'implantologia. Tale agevolazione è riconosciuta agli odontoiatri che si iscrivono all'Ordine Professionale Medico entro l'età anagrafica di anni trenta, e questo beneficio può essere richiesto per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età.

**ATTENZIONE:** Selezionando "SI" l'Aderente dichiara tutti i punti seguenti: 1) ha meno di anni 34 (trentaquattro), 2) è iscritto all'Ordine Professionale prima del compimento di anni 30 (trenta) e 3) è iscritto all'Ordine Professionale da meno di anni 4 (quattro).

**ATTENZIONE:** Per richiedere la copertura "Neolaureato" selezionare l'omonimo campo nella tabella denominata "ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA" alla sezione "ODONTOIATRA/MEDICO DENTISTA".

Attività professionale esercitata dell'Aderente:

ODONTOIATRA / MEDICO DENTISTA  IGIENISTA DENTALE

**A) L'Aderente è componente di uno Studio Associato?**

SI  NO

Ai sensi dell'Art. 28 delle Condizioni di Assicurazione le garanzie R.C.T. e R.C.O. sono subordinate alla condizione essenziale che tutti gli altri associati allo studio siano assicurati con la Polizza Collettiva per cui si richiede copertura con il presente Modulo di Adesione. In caso contrario l'Assicurato disporrà solo della garanzia di Responsabilità Professionale. Si segnala pertanto che dovrà essere compilato il Modulo di Adesione per tutti i componenti dello Studio Associato.

**A.1) Se la risposta è NO, si richiede di indicare il proprio numero di dipendenti ove presenti. N° dipendenti:** \_\_\_\_\_

Una volta indicato il numero di dipendenti, non rispondere alle sezioni A.2, A.3 e A.4 e continuare la compilazione del presente Modulo di Adesione a partire dalla sezione B.

**A.2) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):**

Ragione Sociale dello Studio Associato	
Partita IVA / Codice Fiscale	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax	Telefono: _____ Fax: _____
Nr. degli Associati componenti lo Studio	
Nr. degli Associati componenti lo Studio già assicurati con la Polizza Collettiva per cui si sta aderendo	
Nr. Dipendenti dello Studio	

**A.3) Al fine di poter proseguire la compilazione, l'Aderente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, lo Studio Associato sopraindicato:**

**1) non è a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:**

CONFERMO  NON CONFERMO

**ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione**

**2) non è a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:**

CONFERMO  NON CONFERMO

**ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione**

**A.4) Indicare se il premio da corrispondere verrà pagato dallo Studio Associato in favore dell'Aderente**

SI  NO

**B) L'Aderente è socio di Strutture Private o studi medici (poliambulatori, dentistici, etc.)? <sup>1,2</sup>**

SI  NO

1) Si ricorda che la presente copertura assicurativa si rivolge all'Aderente persona fisica e non alle Società; 2) Se la risposta è NO non rispondere alle sezioni B.1, B.2 e B.3

**B.1) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):**

Ragione Sociale della Struttura	
Partita IVA / Codice Fiscale	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax	Telefono: _____ Fax: _____

**B.2) Al fine di poter proseguire la compilazione, l'Aderente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, la/e Struttura/e sopraindicate:**

**1) non è/sono a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:**

CONFERMO  NON CONFERMO

**ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione**

**2) non è/sono a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:**

CONFERMO  NON CONFERMO

**ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione**

**B.3) Indicare se il premio da corrispondere verrà pagato dalla Società in favore dell'Aderente**

SI  NO

## ODONTOIATRA/MEDICO DENTISTA

### PRECEDENTI COPERTURE:

L'Aderente richiede copertura (selezionare l'opzione pertinente):

In continuità con precedente copertura

Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza: \_\_\_\_\_

Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma

Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma: \_\_\_\_\_

Senza continuità e senza postuma

Non ero assicurato

### COPERTURE CORRENTI:

L'Aderente è attualmente assicurato per gli stessi rischi di cui si chiede copertura per il tramite del presente Modulo di Adesione con una Compagnia che non appartiene al Gruppo Berkshire Hathaway?  SI  NO

L'Aderente è attualmente assicurato, a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, con una Compagnia del Gruppo Berkshire Hathaway?  SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Numero di Polizza Collettiva: \_\_\_\_\_ Numero di Certificato di Assicurazione: \_\_\_\_\_

Data di Decorrenza del Certificato di Assicurazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data di Scadenza del Certificato di Assicurazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

L'Aderente è attualmente beneficiario di altre coperture assicurative R.C.T./O., a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, contratte da Strutture Sanitarie Private e/o Enti Pubblici presso i quali svolge la propria attività professionale?  SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Ragione Sociale della Struttura: \_\_\_\_\_ Compagnia di Assicurazione: \_\_\_\_\_

Data di Decorrenza della copertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data di Scadenza della copertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### CREDITI FORMATIVI NEL TRIENNIO FORMATIVO PRECEDENTE:

Ai sensi dell'Art.32 delle Condizioni di Assicurazione, i crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative?  SI  NO

(1): Il mancato conseguimento dei crediti formativi comporterà un aggravamento di premio consistente nell'applicazione di 1 "Pejus", pari ad una classe di merito.

### CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

#### 1. MASSIMALE:

€ 1.000.000,00  € 2.000.000,00  € 3.000.000,00  € 5.000.000,00 (per l'opzione Massimale e Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia)

#### 2. RETROATTIVITÀ:

10 ANNI  ILLIMITATA (con applicazione e pagamento di un sovra-prezzo)

#### 3. PRIMO / SECONDO RISCHIO:

Copertura di "Primo Rischio"  Copertura di "Secondo Rischio"

### 4. ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA:

Le attività professionali esercitate devono essere individuate all'interno delle Specializzazioni Mediche Assicurabili sotto riportate ed alle quali l'Aderente deve fare stretto riferimento. L'Aderente ha facoltà di richiedere copertura esclusivamente sulla base delle attività professionali effettivamente esercitate al momento della compilazione del presente Modulo di Adesione.

**ATTENZIONE:** Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", la garanzia assicurativa opera esclusivamente per le attività professionali selezionate tra le Specializzazioni Mediche Assicurabili con riferimento a Richieste di Risarcimento pervenute alla Compagnia per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se relative a fatti antecedenti alla data di effetto della Polizza stessa purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il Periodo di Retroattività.

**ATTENZIONE:** Ogni eventuale integrazione manuale da parte dell'Aderente alle Specializzazioni Mediche Assicurabili sotto riportate si riterrà pertanto priva di ogni effetto. In caso di difficoltà ad inquadrare l'attività professionale esercitata, e per ogni ulteriore chiarimento in merito alla copertura che si vuole stipulare, si prega di rivolgersi all'Agenzia.

SENZA IMPLANTOLOGIA

CON IMPLANTOLOGIA "A" - Tecniche finalizzate alla Osteo-integrazione

CON IMPLANTOLOGIA "B" - Altre metodiche (impianti sub-periosteali e iuxtaossei)

- NEOLAUREATO** (I neolaureati usufruiscono di tariffa agevolata, ma limitatamente all'opzione che non prevede l'implantologia. Tale agevolazione è riconosciuta agli odontoiatri che si iscrivono all'Ordine Professionale Medico entro l'età anagrafica di anni trenta, e questo beneficio può essere richiesto per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età)

#### 4.1 ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – ULTERIORI INFORMAZIONI:

1. L'Aderente è in possesso di abilitazioni e/o specializzazioni per attività professionali diverse dalle Specializzazioni Mediche Assicurabili selezionate e per le quali in questa sede non si richiede copertura?  SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare quali:

- i) \_\_\_\_\_  
ii) \_\_\_\_\_  
iii) \_\_\_\_\_

#### 5. COPERTURA "DIRETTORE SANITARIO":

- a) L'Aderente ricopre attualmente la qualifica di Direttore Sanitario? SI  NO

- b) In caso di risposta affermativa, ne richiede copertura? SI  NO

(1): La copertura di Direttore Sanitario è inclusa nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula.

In caso di risposta affermativa al punto b), indicare:

Nome Struttura: \_\_\_\_\_, Località: \_\_\_\_\_

In caso di risposta affermativa al punto b), precisare ulteriormente se è richiesta:

- c) Copertura "Direttore Sanitario" in R.S.A., R.A., Case di Riposo o centri dedicati alla degenza SI  NO

In caso di risposta affermativa al punto c), indicare:

Nome Struttura: \_\_\_\_\_, Località: \_\_\_\_\_

#### 6. COPERTURA "TRATTAMENTI ESTETICI":

- L'Aderente richiede la Copertura "Trattamenti Estetici"? SI  NO

Si precisa che la garanzia dei "Trattamenti Estetici" ai sensi dell'Art. 14 delle Condizioni di Assicurazione è compresa esclusivamente per i soggetti che praticano l'implantologia (sia osteointegrata, sia altre metodiche), limitatamente agli assegnatari delle classi di merito UNO, UNO A e UNO B. Per gli assegnatari di tutte le altre classi di rischio tale inclusione implica la corresponsione di una maggiorazione del premio imponibile pari al 40%. L'estensione non è concedibile ai Neolaureati.

#### IGIENISTA DENTALE

##### PRECEDENTI COPERTURE:

L'Aderente richiede copertura (selezionare l'opzione pertinente):

- In continuità con precedente copertura

Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza: \_\_\_\_\_

- Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma

Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma: \_\_\_\_\_

- Senza continuità e senza postuma

- Non ero assicurato

##### COPERTURE CORRENTI:

L'Aderente è attualmente assicurato per gli stessi rischi di cui si chiede copertura per il tramite del presente Modulo di Adesione con una Compagnia che non appartiene al Gruppo Berkshire Hathaway?  SI  NO

L'Aderente è attualmente assicurato, a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, con una Compagnia del Gruppo Berkshire Hathaway?  SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Numero di Polizza Collettiva: \_\_\_\_\_ Numero di Certificato di Assicurazione: \_\_\_\_\_

Data di Decorrenza del Certificato di Assicurazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data di Scadenza del Certificato di Assicurazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

L'Aderente è attualmente beneficiario di altre coperture assicurative R.C.T./O., a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, contratte da Strutture

Sanitarie Private e/o Enti Pubblici presso i quali svolge la propria attività professionale?  SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Ragione Sociale della Struttura: \_\_\_\_\_ Compagnia di Assicurazione: \_\_\_\_\_  
Data di Decorrenza della copertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data di Scadenza della copertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### CREDITI FORMATIVI NEL TRIENNIO FORMATIVO PRECEDENTE:

Ai sensi dell'Art.32 delle Condizioni di Assicurazione, i crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative?  SI  NO

(1): Il mancato conseguimento dei crediti formativi comporterà un aggravamento di premio consistente nell'applicazione di 1 "Pejus", pari ad una classe di merito.

#### CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

##### 1. MASSIMALE:

€ 1.000.000,00  € 2.000.000,00  € 3.000.000,00  € 5.000.000,00 (per l'opzione Massimale Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia)

##### 2. RETROATTIVITÀ:

10 ANNI  ILLIMITATA (con applicazione e pagamento di un sovra-prezzo)

##### 3. PRIMO / SECONDO RISCHIO:

Copertura di "Primo Rischio"  Copertura di "Secondo Rischio"

##### 4. ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA:

Le attività professionali esercitate devono essere individuate all'interno delle Specializzazioni Mediche Assicurabili sotto riportate ed alle quali l'Aderente deve fare stretto riferimento. L'Aderente ha facoltà di richiedere copertura esclusivamente sulla base delle attività professionali effettivamente esercitate al momento della compilazione del presente Modulo di Adesione.

**ATTENZIONE:** Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", la garanzia assicurativa opera esclusivamente per le attività professionali selezionate tra le Specializzazioni Mediche Assicurabili con riferimento a Richieste di Risarcimento pervenute alla Compagnia per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se relative a fatti antecedenti alla data di effetto della Polizza stessa purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il Periodo di Retroattività.

**ATTENZIONE:** Ogni eventuale integrazione manuale da parte dell'Aderente alle Specializzazioni Mediche Assicurabili sotto riportate si riterrà pertanto priva di ogni effetto. In caso di difficoltà ad inquadrare l'attività professionale esercitata, e per ogni ulteriore chiarimento in merito alla copertura che si vuole stipulare, si prega di rivolgersi all'Agenzia.

IGIENISTA DENTALE

##### 4.1 ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – ULTERIORI INFORMAZIONI:

2. L'Aderente è in possesso di abilitazioni e/o specializzazioni per attività professionali diverse dalle Specializzazioni Mediche Assicurabili selezionate e per le quali in questa sede non si richiede copertura?  SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare quali:

- i) \_\_\_\_\_  
ii) \_\_\_\_\_  
iii) \_\_\_\_\_

(\*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi all'Agenzia

**INFORMAZIONI (ODONTOIATRA / MEDICO DENTISTA - IGIENISTA DENTALE):**

**PRESENZA DI SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI RICEVUTI, DENUNCIATI E/O RISARCITI ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA** (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente **Modulo di Adesione**):

NO  SI N. Sinistri (\*) \_\_\_\_\_

Fornire le seguenti informazioni:

**I. Data scoperta**

\_\_\_\_\_ Controparte \_\_\_\_\_

Eventuale somma liquidata

\_\_\_\_\_ Eri assicurato?  NO  SI (Indicare l'Assicuratore) \_\_\_\_\_

Eventuale somma reclamata

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Breve descrizione del danno

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II. Data scoperta**

\_\_\_\_\_ Controparte \_\_\_\_\_

Eventuale somma liquidata

\_\_\_\_\_ Eri assicurato?  NO  SI (Indicare l'Assicuratore) \_\_\_\_\_

Eventuale somma reclamata

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Breve descrizione del danno

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. Data scoperta**

\_\_\_\_\_ Controparte \_\_\_\_\_

Eventuale somma liquidata

\_\_\_\_\_ Eri assicurato?  NO  SI (Indicare l'Assicuratore) \_\_\_\_\_

Eventuale somma reclamata

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Breve descrizione del danno

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PRESENZA DI FATTI NOTI O CIRCOSTANZE ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA** (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente **Modulo di Adesione**):

	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	N. Fatti Noti o Circostanze _____
<b>Fornire le seguenti informazioni:</b>			
<i>i.</i> Data comunicazione formale del reclamante _____			Controparte _____
Eventuale somma reclamata _____			Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore) _____
Breve descrizione del danno _____			_____
_____			
<i>ii.</i> Data comunicazione formale del reclamante _____			Controparte _____
Eventuale somma reclamata _____			Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore) _____
Breve descrizione del danno _____			_____
_____			

**NOTA BENE:** Si precisa che i sinistri già manifestati e riportati nell'elenco di cui sopra, nonché quelli eventualmente conseguenti ai Fatti Noti e Circostanze riportate in questo questionario, non rientreranno in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Data .....

FIRMA DELL'ADERENTE .....

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

- (A) Ricevimento e consultazione del **Set Informativo "Mod. 123 21 Set Informativo RCG ODONTOFLEX - Ed. 31.05.2021"** prima della sottoscrizione del presente **Modulo di Adesione**;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel **Mod. 423 21 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX - Ed. 31.05.2021** 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;
- (C) Formulazione temporale dell'assicurazione "Claims Made" ai sensi dell'Art. 19) **INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA - FORMULA "CLAIMS MADE"** delle Condizioni di Assicurazione "**Mod. 423 21 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX - Ed. 31.05.2021**";
- (D) Esclusione di **Fatti e Circostanze** pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione ai sensi dell'Art. 18) **ESCLUSIONI, par. a)** delle Condizioni di Assicurazione "**Mod. 423 21 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX - Ed. 31.05.2021**".

Data .....

FIRMA DELL'ADERENTE .....

## CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (Cognome e Nome) .....

Codice Fiscale .....

conferma 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<sup>®</sup>** (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<sup>®</sup>** 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:

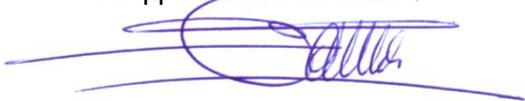
- accedere ai dati personali, ottenendo informazioni sulla provenienza, sulle finalità e sulle modalità di trattamento dei suddetti;
- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano;
- ottenere informazioni sulla logica applicata in caso di trattamento effettuato tramite l'ausilio 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](mailto: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](mailto: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 \_\_\_\_\_