

SET INFORMATIVO

(Mod. 162 25 Set Informativo RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 11.03.2025)

ODONTOFLEX PLUS

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 CLIENTI**

AVVERTENZA:

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Con servizio di Consulenza Legale telefonica tramite il numero verde 800.84.90.90 (da lunedì a venerdì, dalle ore 8:00 alle 18:00)

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 PLUS"

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, a fronte di un pagamento di premio aggiuntivo: 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. Si precisa che la garanzia dei trattamenti estetici è compresa esclusivamente per i soggetti assegnati delle classi di merito UNO, UNO A e UNO B.
- ✓ **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.
- ✓ 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**;
- ✗ operazioni di mera chirurgia estetica non collegate ad interventi odontoiatrici o per i rischi inerenti;
- ✗ i Danni alle persone trasportate su veicoli a motore;
- ✗ il furto;
- ✗ la produzione diretta di organismi geneticamente modificati;
- ✗ 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 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 **Premio** ha periodicità annuale e deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico. Il **Premio** è comprensivo delle imposte ed è interamente dovuto per tutta la durata del contratto. L'intermediario indicato nella **Scheda di Polizza** è autorizzato dalla **Compagnia** ad incassare i premi riferiti alla presente **Polizza**.



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 PLUS"

Data di realizzazione: 11/03/2025, il DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

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

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

Il presente Contratto viene stipulato con **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** (in seguito definita "**BHItalia®**"); Berkshire Hathaway International Insurance Limited è una società appartenente al **Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway**. **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** ha Sede Legale e Direzione Generale nel REGNO UNITO, 4th Floor, 8 Fenchurch Place London, EC3M 4AJ ed è registrata in Inghilterra e Galles con il N. 3230337.

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

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

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

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

BHItalia® è sottoposta al controllo dell'Autorità di Vigilanza della Repubblica Italiana IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** è sottoposta al controllo delle Autorità di Vigilanza del Regno Unito preposte alla regolamentazione dei servizi finanziari, autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority, N. di riferimento PRA/FCA 202967

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

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2023) di **BHItalia®** è di 82,63 milioni di Euro. L'importo del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) di **BHItalia®** è di 35,96 milioni di Euro, l'importo del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è di 8,99 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 81,03 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 225,3%. L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2023) di Berkshire Hathaway International Insurance Limited è di 540,17 milioni di Euro, formato da un capitale sociale di 392,27 milioni di Euro e da riserve patrimoniali di 147,90 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\$ 1,10381 (tasso di cambio al 31 Dicembre 2023). L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è di 125,28 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è di 31,32 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 592,31 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 472,8%. 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. La capogruppo di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, la società controllante nonché la società che governa l'intero gruppo di imprese per il quale sono redatti i bilanci e del quale **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** fa parte, è la **Berkshire Hathaway Inc.**, con sede negli Stati Uniti d'America. La società controllante che governa il più ristretto gruppo di imprese per il quale sono redatti i bilanci e del quale **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** fa parte, è la **National Indemnity Company**, società con sede nello Stato del Nebraska (Stati Uniti d'America). I bilanci consolidati delle suddette società sono pubblicati e possono essere richiesti presso l'indirizzo 1140 Kiewit Plaza, Omaha - Nebraska 68131 - USA, oppure possono essere scaricati dai siti internet delle due società, ai seguenti indirizzi:

www.berkshirehathaway.com
www.nationalindemnity.com

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

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

Responsabilità Civile

- ✓ 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) dall'attività di radiodiagnostica in genere
 - g) per tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata
 - h) 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
 - i) 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.
 - j) 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.
- ✓ 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 del D.P.R. 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 sovrappremio 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 del 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

Retroattività Illimitata	L' Assicurato ha facoltà di richiedere un Periodo di Retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra premio pari al 10% del Premio annuale previsto per la Specialità Medica Assicurabile e relativo Massimale .
Direzione Sanitaria	La presente garanzia opzionale è acquistabile solamente dai Medici che rivestono la qualifica di Direttore Sanitario di struttura complessa o di analoga funzione organizzativa presso una Struttura Sanitaria.
Crediti ECM	Con la presente garanzia opzionale la Società rinuncia a far valere l'inefficacia della Polizza in caso di omesso adempimento dei Crediti ECM .
Rimborso dei Compensi	La presente garanzia opzionale è acquistabile solamente dagli Assicurati nelle classi di merito 1, 1A e 1B, e opera con un sottolimito pari a Euro 10.000,00 per Sinistro e per anno .
Medicina Estetica	La presente garanzia opzione estende la copertura ai trattamenti estetici del viso ma solo ed esclusivamente consentiti dal D.L. 34/2023 del 30 marzo 2023.
Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione	In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale dell'Assicurato, per pensionamento, morte dell'Assicurato, cancellazione dall'Albo, 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 di un sovra-premio pari al 250% del Premio annuale previsto per la Specializzazione Medica assicurata. Per i sinistri risarcibili ai sensi della presente estensione di garanzia, il Massimale previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di copertura successivo alla cessazione definitiva dell'attività professionale, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'Assicurazione.
Tutela Legale	A fronte del pagamento del relativo premio, l' Assicurato ha facoltà di richiedere l'attivazione della garanzia accessoria di Tutela Legale .
Infortuni	A fronte del pagamento del relativo premio, l' Assicurato ha facoltà di richiedere l'attivazione della garanzia accessoria Infortuni .



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
- ✖ 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) Il rimborso dei compensi, salvo quanto previsto dall'opzione con pagamento aggiuntivo.



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 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.



La garanzia accessoria Infortuni è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa pari al 10%.



A chi è rivolto questo prodotto?

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.



Quali costi devo sostenere?

Il **Premio** Annuale previsto per la categoria di appartenenza a carico dell'aderente della Polizza Collettiva è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari che sono pari in media al 25% del **Premio** Imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

I reclami e le dichiarazioni di insoddisfazione riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Ufficio Reclami

Berkshire Hathaway International Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia

Corso Italia 13, 20122 - Milano MI

Fax: +39 02 49524987

E-mail: reclami@bh-italia.com

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.

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

In alternativa, i reclami possono essere presentati all'Autorità di Vigilanza del Regno Unito, **Financial Conduct Authority (FCA)**, 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, ovvero all'Autorità preposta **Financial Ombudsman Service (FOS)**, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione

Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).

Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ODONTOFLEX PLUS

Mod. 462 25 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 11.03.2025

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.
- (3) TUTELA LEGALE
- (4) INFORTUNI

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

FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA.....	5
GLOSSARIO	8
GLOSSARIO SPECIFICO DELLA SEZIONE TUTELA LEGALE	10
GLOSSARIO SPECIFICO DELLA SEZIONE INFORTUNI	12
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	13
<i>Premessa</i>	13
I) NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	13
Art. 1) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	13
Art. 2) ESTENSIONE ALLA COLPA GRAVE	13
Art. 3) VARIAZIONI ALLA POLIZZA.....	13
Art. 4) COPERTURA ASSICURATIVA DI PRIMO E DI SECONDO RISCHIO	13
Art. 5) LIMITI DI INDENNIZZO – RIMBORSO DEI COMPENSI (Garanzia Opzionale).....	14
Art. 6) RECESSO IN CASO DI SINISTRO.....	14
Art. 7) PREMIO, DURATA, PROROGA E DISDETTA DELLA POLIZZA COLLETTIVA E DEI SINGOLI ASSICURATI	14
Art. 8) ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE E RINNOVO DELLA COPERTURA.....	15
Art. 9) PREMIO ANNUO	15
Art. 10) GESTIONE DEL CONTRATTO E CLAUSOLA BROKER	15
Art. 11) FORO COMPETENTE.....	15
Art. 12) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO.....	16
Art. 13) NORME DI LEGGE	16
II) CONDIZIONI GENERALI – RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE	16
Art. 14) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - R.C.T.	16
Art. 15) RISCHI AGGIUNTIVI	17
Art. 16) NOVERO DEI TERZI	17
Art. 17) ESCLUSIONI.....	17
Art. 18) ECCEZIONI OPPONIBILI.....	19
Art. 19) INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA - FORMULA “CLAIMS MADE”	19
Art. 20) GARANZIA POSTUMA IN CASO DI CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE.....	20
Art. 20-bis) GARANZIA POSTUMA IN CASO DI CESSAZIONE NON DEFINITIVA DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	20
Art. 21) FRANCHIGIA	20
Art. 22) DENUNCIA DEI SINISTRI E GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI.....	21
Art. 23) CATEGORIE DEI SOGGETTI ASSICURATI – DIREZIONE SANITARIA (GARANZIA OPZIONALE)	21
Art. 24) D. LGS. 81/2008 - Ex 626/94	22

Art. 25) RESPONSABILITÀ SOLIDALE	22
Art. 26) STUDI ASSOCIATI O SOCIETÀ.....	22
Art. 27) NEO-LAUREATI	24
Art. 28) RECESSO PER RIPENSAMENTO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA	24
Art. 29) CREDITI FORMATIVI ECM - OBBLIGATORietà PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO	24
Art. 30) ESTENSIONE TERRITORIALE	24
Art. 31) CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA.....	24
Art. 32) ESCLUSIONE SANZIONI INTERNAZIONALI.....	25
III) TUTELA LEGALE - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE (garanzia accessoria).....	25
Art. 33) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE	25
Art. 34) CONSULENZA LEGALE TELEFONICA	26
Art. 35) ESTENSIONE - GARANZIA POSTUMA DELLA GARANZIA DI TUTELA LEGALE IN CASO DI CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITÀ	26
Art. 36) QUALI SPESE RIMBORSO DAS?	27
Art. 37) ESTENSIONE TERRITORIALE DELLA TUTELA LEGALE	27
Art. 38) QUANDO COMINCIA LA COPERTURA ASSICURATIVA DI TUTELA LEGALE E QUANDO UN SINISTRO DI TUTELA LEGALE È IN GARANZIA	27
Art. 39) ESCLUSIONI	28
Art. 40) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO DI TUTELA LEGALE - GESTIONE SINISTRI DI TUTELA LEGALE	30
IV) INFORTUNI - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI (garanzia accessoria).....	32
Art. 41) INFORTUNIO NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	32
ART. 41.1 – SOGGETTI AI QUALI È RIVOLTA L'ASSICURAZIONE	32
Art. 42) – OGGETTO DELLA COPERTURA	32
Art. 43) – EFFICACIA ED OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE	33
Art. 44) – REGOLE SPECIFICHE APPLICABILI IN CASO DI MORTE	33
Art. 45) – REGOLE SPECIFICHE APPLICABILI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	33
Art. 46) – CUMULO DI INDENNITÀ.....	33
Art. 47) ESTENSIONI DI GARANZIA	34
Art. 47.1 – MORTE PRESUNTA	34
Art. 47.2 – RISCHIO VOLO	34
Art. 48) – SUPERVALUTAZIONE ARTI SUPERIORI, VISTA, VOCE E UDITO.....	34
Art. 49) ESCLUSIONI	35
Art. 50) FRANCHIGIA IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	37
Art. 51) GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI.....	37
Art. 51.1 – DENUNCIA DI SINISTRO.....	37

Art. 51.2 – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	37
Art. 51.3 – VALUTAZIONE DEL DANNO ED OPERAZIONI PERITALI	38
ALLEGATO 1	40
CLASSE DI ASSEGNAZIONE DI MERITO E RELATIVI PREMI	40
REGOLE EVOLUTIVE	41
TARiffe ODONTOIATRI/DENTISTI/IGIENISTI DENTALI	42
FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE	62
FACSIMILE MODULO DI ADESIONE	64

FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA

1. **Contraente:**
2. **Periodo di Validità della Polizza**
Collettiva:
3. **Effetto:** dalle ore 00:01 del
4. **Scadenza:** alle ore 00:01 del
5. **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.
6. **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.
7. **Limite Aggregato**
dell'Indennizzo, per ciascun
Assicurato: Lo stesso limite prescelto per il Limite dell'Indennizzo per Risarcimento.
8. **Franchigia per ogni e ciascuna**
Richiesta di Risarcimento: Nessuna.
9. **Premi Annui Lordi:** I premi esposti nell'Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione, Sez. "TARIFFE ODONTOIATRI/DENTISTI/IGIENISTI DENTAL". 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.
10. **Intermediario (Broker):**
11. **Intermediario (Agente):** +Simple Italia Agency S.r.l. – Via Sarca 336/F – 20126, Milano (MI)
Iscrizione RUI n. A000534066 – Tel: (+39) 02 37902070
E-mail: informazioni@plussimple.com
PEC: plussimpleagency@pec.it
12. **Informativa Precontrattuale e**
Condizioni di Assicurazione:
 - Mod. 162 25 Set Informativo RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 11.03.2025
 - Mod. 462 25 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 11.03.2025

13. 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. 462 25 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 11.03.2025**" 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 "**162 25 Set Informativo RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 11.03.2025**", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "**Mod. 462 25 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 11.03.2025**", 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 artt. 1341 e 1342 c.c. il **Contraente** dichiara di accettare specificatamente i contenuti degli artt.:

L'ASSICURAZIONE IN GENERALE E RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

- 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. 17 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. 25 Responsabilità Solidale
- Art. 29 Crediti Formativi ECM - Obbligatorietà per il loro raggiungimento
- Art. 30 Estensione Territoriale
- Art. 31 Clausola Risolutiva Espressa
- Art. 32 Esclusioni Sanzioni Internazionali

GARANZIA TUTELA LEGALE (ACCESSORIA)

- Art. 35 Estensione - Garanzia Postuma della Garanzia di Tutela Legale in Caso di Cessazione Definitiva dell'attività
- Art. 36 Quali spese rimborsa DAS?
- Art. 38 Quando comincia la copertura assicurativa di Tutela Legale e quando un Sinistro di Tutela Legale è in garanzia
- Art. 39 Esclusioni
- Art. 40 Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro di Tutela Legale- Gestione Sinistri di Tutela Legale

GARANZIA INFORTUNI (ACCESSORIA)

- Art. 49 Esclusioni
- Art. 50 Franchigia in caso di Invalidità Permanente

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 511 25 Informativa Clienti – Ed 07.03.2025** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa.

Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

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

Data

FIRMA DEL CONTRAENTE

GLOSSARIO

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

PARTI:	Il Contraente , l' Assicurato , la Società , l'Intermediario.
SOCIETÀ/ASSICURATORE:	Impresa, detta anche Compagnia , che esercita professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa.
CONTRAENTE:	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 Assicurati , neppure in caso di omesso versamento o insolvenza dei medesimi;
ASSICURATO:	Il singolo iscritto all'Albo che ha aderito alla Polizza Collettiva.
NEOLAUREATO:	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.
BROKER:	L'Intermediario Iscritto al Registro Unico degli Intermediari.
AGENTE:	Il soggetto che gestisce la polizza per conto della Società .
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE:	Il Contratto col quale la Società , verso pagamento di un Premio , si obbliga a rivalere l' esercente le professioni sanitarie , 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.
PREMIO:	Il prezzo che il Contraente paga per acquistare la garanzia offerta dalla Società .
ESERCENTE LE PROFESSIONI SANITARIE:	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.
CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE:	Il documento riepilogativo degli estremi della copertura del singolo Assicurato .
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 2.000.000 per evento per le specialità mediche di Odontoiatria, e tre volte il massimale per evento in aggregato annuo, 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 danni per i quali è prestata l'**Assicurazione** (criterio c.d. « claims made ») ossia qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi in vigenza di polizza o durante il **periodo di ultrattività** di cui all'articolo 5, comma 2, D.M. 232/2023, nei confronti dell'**Assicurato** (o, nel caso di azione diretta, nei confronti dell'assicuratore), per il risarcimento dei danni subiti come conseguenza della sua attività.

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. In caso di copertura di cui all'articolo 10, comma 3, della Legge 8 marzo 2017 n. 24, il **sinistro** è costituito dall'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga previste dagli articoli 9, commi 5 e 6, e 12, comma 3, della Legge. In questi casi, costituisce sinistro anche il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei Conti, nonché, per la rivalsa civilistica delle strutture sanitarie, la richiesta scritta avanzata per la prima volta dalla struttura in vigenza di polizza nei confronti dell'**Assicurato**, con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato. Non costituiscono sinistro la richiesta della cartella clinica, l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, la querela e l'avviso di garanzia. **Più richieste di risarcimento presentate all'Assicurato o all'Assicuratore** o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula claims made altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).

Costituisce sinistro anche la citazione dell'**Assicurato** in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato

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.

GLOSSARIO SPECIFICO DELLA SEZIONE TUTELA LEGALE

ARBITRATO:

Procedura alternativa alla giurisdizione civile ordinaria, che le **Parti** possono adire per definire una **Controversia** o evitarne l'insorgenza. parificata a un'azione in giudizio.

CONTRAVVENZIONE:

Tipologia di reato, punita con l'arresto e/o l'ammenda.

CONTROVERSIA:

Lite di carattere legale che può coinvolgere due o più soggetti, disciplinata dal diritto civile.

DANNO EXTRACONTRATTUALE:	È il danno ingiusto derivante da un Fatto illecito. Tra il danneggiato e il responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale o, se esiste, non ha alcun nesso con l'Evento dannoso.
DAS:	Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.
DELITTO:	Tipologia di reato, punito con la multa o la reclusione.
DIRITTO CIVILE:	È il complesso di norme che regola i rapporti tra privati (aziende o persone) come disciplinato dal codice civile e dalle norme da esso richiamate.
DOLOSO:	Comportamento caratterizzato dalla volontà cosciente di infrangere la legge.
EVENTO:	Fatto dannoso che dà origine al Sinistro .
FATTO ILLECITO:	Qualsiasi fatto commesso in violazione di norme dell'ordinamento giuridico, che provoca un danno ingiusto.
PERIODO DI VALIDITÀ DEL CONTRATTO:	Periodo intercorrente tra la data di decorrenza indicata in Polizza e la data di scadenza della Polizza .
PRESCRIZIONE DEL REATO:	Estinzione del reato per il decorso di un determinato periodo di tempo. In altre parole, per il solo fatto che sia passato il tempo massimo previsto dalla legge entro cui doveva essere emessa la sentenza definitiva, senza che questo sia avvenuto, è previsto che il reato si estingua. In questo caso non vi è alcuna conseguenza penale per l'imputato. È disciplinata nel codice di penale agli artt. 157-161.
RISOLUZIONE AMICHEVOLE DELLE CONTROVERSIE:	È l'attività che viene svolta tentando una composizione amichevole della Controversia tra le Parti , al fine di evitare il ricorso al giudice. Comprende procedure quali la mediazione civile, la negoziazione assistita, la conciliazione paritetica.
SINISTRO TUTELA LEGALE:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
SPESE DI SOCCOMBENZA:	Spese che il giudice con sentenza pone a carico di colui che perde la causa ed a favore della parte vittoriosa. Per quanto attiene alla presente Polizza , si intendono le spese che il giudice pone a carico dell' Assicurato ma che sarebbero onere della controparte.
SPESE PERITALI:	Spese relative all'opera del perito nominato dal giudice (C.T.U. - consulente tecnico di ufficio) o dalle Parti (C.T.P. - consulente di parte).
TRANSAZIONE:	Accordo con il quale le Parti , facendosi reciproche concessioni, pongono fine a una Controversia .

GLOSSARIO SPECIFICO DELLA SEZIONE INFORTUNI

INDENNIZZO:	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro.
INFORTUNIO:	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
INVALIDITÀ PERMANENTE:	La perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di una qualsiasi attività.
MORTE:	Il decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio.
RISCHIO:	La possibilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
RISCHIO PROFESSIONALE:	Il Rischio connesso all'attività lavorativa dichiarata dall'assicurato, comprensivo di tutte le mansioni e degli ambienti nei quali essa viene svolta. Comprende gli infortuni che possono verificarsi durante l'esercizio della professione o a causa di essa
RISCHIO EXTRA-PROFESSIONALE:	Ogni attività che non abbia carattere professionale e/o non rientri nella definizione di Rischio Professionale.
RISCHIO IN ITINERE:	Si intende il rischio di infortunio occorso durante il normale percorso di andata e ritorno tra l'abitazione e il luogo di lavoro, come disciplinato dall'Art. 12 del D. Lgs. 38/2000. Il percorso deve essere diretto e senza deviazioni non necessarie, e il mezzo utilizzato deve essere congruo rispetto alle esigenze dell'assicurato.
FRANCHIGIA:	Percentuale prestabilita che rimane a carico dell'assicurato in caso di sinistro. La franchigia rappresenta la soglia al di sotto della quale l'Assicurazione non effettua alcun rimborso o indennizzo.
SOMMA ASSICURATA:	L'importo massimo che la Compagnia assicurativa si impegna a pagare all'assicurato o ai suoi beneficiari in caso di infortunio che rientri nelle garanzie previste dalla polizza.

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.

I) NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

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.

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'inoperatività 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 (Garanzia Opzionale)

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 PER SINISTRO		
€ 2.000.000	€ 3.000.000	€ 5.000.000
MASSIMALE AGGREGATO ANNUO		
€ 6.000.000	€ 9.000.000	€ 15.000.000

Limitatamente agli Assicurati nelle classi di merito 1, 1A e 1B, a fronte di un pagamento di un Premio aggiuntivo, 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.**

Esclusivamente per la Specialità Medica Assicurabile di **Igienista Dentale** è prevista la possibilità di acquistare la garanzia con **Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000 e Massimale Aggregato Annuo pari a € 3.000.000.**

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 per più di un sinistro, accertata ovvero con sentenza definitiva passata in giudicato che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

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 24:00 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 01 alla 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 +Simple Italia Agency S.r.l. - Via Sarca 336/F - 20126, Milano - iscrizione RUI n. A000534066 - e-mail informazioni@plussimple.com - plussimpleagency@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:

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

Quanto sopra **non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'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.

II) CONDIZIONI GENERALI – RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

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.

Sono compresi, a fronte del pagamento di un premio aggiuntivo, i trattamenti estetici del viso ma solo ed esclusivamente consentiti dal D.L. 34/2023 del 30 marzo 2023 e qui di seguito riportati, 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.

Trattamenti estetici coperti dalla presente polizza:

- Inserimento di fili di sostegno riassorbibili;
- Inserimento di fili di sospensione riassorbibili;
- Ringiovanimento cutaneo con laser (ablativi e non ablativi);
- Rivitalizzazione con acido ialuronico;
- Biorivitalizzazione con vitamine;
- Stimolazione con collagene;
- Volumizzazione con filler dermici;
- Uso di tossina botulinica tipo A;
- Microdermoabrasione umida;
- Ultrasuoni micro focalizzati;
- Radiofrequenze;
- Uso di peeling chimici

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 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.

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. (da intendersi solamente per chi ha acquistato l'estensione in tema di Studi Associati), derivante all'**Assicurato**:

- a) 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;
- b) per l'attività di formazione, docenza, consulenza e/o perizia, nell'ambito dell'attività professionale stessa.
- c) dall'attività di radiodiagnostica in genere relativa all'odontoiatria;
- d) per tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata;
- e) 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).
- f) per danni a cose di terzi in consegna o custodia, previa produzione di specifico rapporto di presa in consegna/custodia, debitamente protocollato.

Art. 16) 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. 17) 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. 26; 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 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 minerari 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. 28, lettera e);
- d. per il **furto**;
- e. **per operazioni di mera chirurgia estetica non collegate ad interventi odontoiatrici (ad eccezione di quanto previsto nel precedente Art. 14), o per i rischi inerenti**;
- f. per la produzione diretta di organismi geneticamente modificati.
- g. **Rimborsi dei compensi** ad eccezione di quanto previsto dalla Garanzia Opzionale di cui all'Art. 5.

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

- h. da detenzione o impiego di esplosivi;
- i. verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- j. da produzione, distribuzione, manutenzione e detenzione di amianto (asbesto);
- k. 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;
- l. 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;
- m. 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;

Sono inoltre escluse tutte le richieste di risarcimento, sia per sinistri RCT sia per sinistri RCO, che siano dovute, derivate, causate, risultanti da o connesse, anche solo in parte a:

1. **Coronavirus 2 (Sars-Cov-2)** e/o ogni sua mutazione, ceppo, evoluzione o variazione;
2. **Sindrome respiratoria acuta e varianti patologiche connesse (Covid-19)** dovute a **Coronavirus 2** e/o ogni sua mutazione, evoluzione o variazione;



3. qualsiasi sindrome, condizione, patologia o infezione:
4. da virus quali quelli indicati nei precedenti punti 1) e/o 2) e/o ad ogni loro mutazione, evoluzione o variazione; e/o
5. da virus simili e/o analoghi a quelli indicati nei precedenti punti 1) e/o 2), comunque denominati, e/o ad ogni loro mutazione, evoluzione o variazione.

Sono altresì esclusi i **danni derivanti da violazione dei sistemi informatici (c.d. cyber risk)**: l'Assicurazione non copre i danni relativi a qualsiasi perdita di utilizzo, riduzione della funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino, riproduzione, perdita o furto di qualsiasi dato informatico (definito come qualsiasi informazione leggibile, compresi programmi e software, a prescindere dalla forma o modo in cui viene utilizzata, consultata, trasmessa, elaborata, aperta o memorizzata da un sistema informatico), od ogni altro ammontare relativo al valore del dato informatico stesso. Sono parimenti esclusi i danni direttamente o indirettamente causati e/o derivanti da e/o connessi e/o attribuibili anche in parte a eventi come atti cyber e/o incidenti cyber ivi inclusa ogni azione adottata per controllarli, prevenirli, terminarli o porvi comunque rimedio.

Art. 18) ECCEZIONI OPPONIBILI

Sono **opponibili al danneggiato** le seguenti eccezioni:

- a. i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
- b. fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5 del Decreto Ministeriale 232/2023;
- c. le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere q) ed r) del Decreto Ministeriale, con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge Gelli;
- d. il mancato pagamento del **premio**.

Resta fermo quanto previsto dall'articolo 38-bis del Decreto Legge 6 novembre 2021, n. 152. Convertito con modificazioni dalla Legge 29 dicembre 2021, n. 233.

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, per pensionamento, morte dell'Assicurato, cancellazione dall'Albo, 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. 20-bis) GARANZIA POSTUMA IN CASO DI CESSAZIONE NON DEFINITIVA DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Anche in caso di prosecuzione dell'attività professionale, alla scadenza del proprio **Certificato di Assicurazione**, è facoltà dell'Assicurato richiedere l'estensione della copertura assicurativa 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 di un sovra-premio pari al **300% del premio corrisposto per l'ultima annualità**, ed il tempestivo invio - a mezzo raccomandata A.R. o a mezzo posta elettronica certificata 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 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.

Art. 21) FRANCHIGIA

Eventuali danni relativi a fattispecie per le quali è prestata la garanzia ai sensi della presente polizza saranno risarciti con l'applicazione dell'eventuale franchigia indicata nel certificato assicurativo.

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 +Simple Italia Agency S.r.l. - Via Sarca 336/F - 20126, Milano - iscrizione RUI n. A000534066 - e-mail informazioni@plussimple.com - plussimpleagency@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) CATEGORIE DEI SOGGETTI ASSICURATI – DIREZIONE SANITARIA (GARANZIA OPZIONALE)

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.

A fronte del pagamento del Premio aggiuntivo dovuto, ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la presente Garanzia aggiuntiva opzionale può essere acquistata solamente dai Medici che rivestono la qualifica di **Direttore Sanitario di struttura complessa o di analoga funzione organizzativa presso una Struttura Sanitaria**. La presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi derivanti da atti, fatti, omissioni, ritardi commessi nell'esercizio delle proprie funzioni.

L'**Assicurazione** comprende inoltre:

- le Perdite Patrimoniali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina;
- le Perdite Patrimoniali che l'Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a terzi a seguito di propri errori.

Ai fini della presente Garanzia aggiuntiva opzionale non sono considerati Terzi: la Struttura Sanitaria, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di Responsabilità Amministrativa e/o di Surrogazione.

La Società presta l'Assicurazione per la presente Garanzia fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 50.000,00 (cinquantamila) per Periodo di Assicurazione.

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

Art. 24) 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 del D. Lgs. n. 81/2008 - ex 626/94 di cui l'**Assicurato** debba rispondere.

Art. 25) RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la Compagnia risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Art. 26) STUDI ASSOCIATI O SOCIETÀ

R.C.T.

A fronte del pagamento del **Premio** aggiuntivo dovuto, l'**Assicuratore** risponde delle somme che l'**Assicurato** sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi da lui stesso o da persone delle quali debba rispondere per lesioni personali e/o per danni a cose in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione alla proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale.

L'Assicurazione è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'**Assicurato** sia in regola con gli obblighi per l'**Assicurazione** di legge; qualora tuttavia l'irregolarità derivi da comprovate inesatte o erranee interpretazioni delle norme di legge vigenti in materia, l'assicurazione conserva la propria validità. Resta inteso che l'onere della prova circa l'inesatta o erronea interpretazione è a carico dell'Assicurato.

Qualora l'**Assicurato** fosse componente di uno Studio Associato o di una Società e:

- tutti gli altri Soci o Associati allo Studio o Società siano assicurati con questa polizza;
- sia stato pagato il relativo premio aggiuntivo da parte di ciascuno;
- eventuali collaboratori libero-professionisti siano dotati di propria polizza di Responsabilità Professionale;

le garanzie R.C.T. e R.C.O. sono estese oltre che all'Assicurato anche alla Responsabilità in capo allo Studio o alla Società. In caso contrario, l'Assicurato disporrà solo della garanzia di Responsabilità Professionale.

L'estensione di garanzia è riservata a Studi Associati o Società che rientrano nelle fasce di fatturato rappresentate dal seguente schema, sulla base del numero dei Soci Iscritti all'Ordine che vi operano.

ODONTOFLEX PLUS			
N. Soci iscritti all'Ordine	Limite di Fatturato	Esempio di premio complessivo per attività in cui si pratica l'implantologia	Esempio di Premio complessivo per attività in cui è esclusa l'implantologia
1	€ 175.000	€ 1.490	€ 1.150
2	€ 350.000	€ 2.980	€ 2.300
3	€ 400.000	€ 4.470	€ 3.450
4	€ 500.000	€ 5.960	€ 4.600

Premio aggiuntivo per ciascun assicurato: € 300

L'Assicurazione vale anche per le azioni esperite dall'INPS ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12/06/1984 n. 222 e successive modifiche od integrazioni.

Se il numero complessivo di associati e lavoratori dipendenti di cui sopra è superiore a due, la polizza è soggetta alla previa approvazione della direzione generale della Compagnia ed al pagamento di un ulteriore sovrappremio da determinarsi dalla stessa.

R.C.O.

La **Compagnia** 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 D.P.R. 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 della Scheda di Polizza.**

Se il numero di lavoratori dipendenti e/o assimilati di cui sopra è superiore a due, la polizza è soggetta alla previa approvazione della direzione generale della Compagnia ed al pagamento di un sovra-premio da determinarsi dalla stessa.

Le presenti Garanzie R.C.T. e R.C.O. sono prestate con una franchigia di Euro 500,00 per ogni evento.

Art. 27) 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. 28) 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. 29) 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 l'inefficacia della Polizza.

Tuttavia, a fronte di un pagamento di **Premio Aggiuntivo**, la **Società** rinuncia a far valere l'inefficacia della Polizza di cui all'art. 38-bis DL 152/2021, convertito con L. 233/2021, nonché all'eventuale diritto di rivalsa nei confronti dell'Assicurato.

Art. 30) 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 deliberazione di sentenze emesse in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.**

Art. 31) 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. 32) 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.

III) TUTELA LEGALE - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE (garanzia accessoria)

In relazione alla normativa introdotta dal Decreto legislativo n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, Artt. 163 e 164, la Compagnia ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., con sede in via Enrico Fermi 9/B – Verona – PEC dasdifesalegale@pec.das.it, **Numero da chiamare: 800.84.90.90- Mail: sinistri@das.it**, in seguito per brevità denominata DAS. **Tutte le denunce, i documenti e ogni altra comunicazione sui Sinistri devono essere inviati alla Compagnia**

Art. 33) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE

La Compagnia assicura il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale per tutelare i diritti dell'Assicurato nell'ambito della Attività dichiarata in Polizza.

La garanzia è valida nei limiti del Massimale indicato in Polizza e alle seguenti condizioni quando l'Assicurato:

- a) è sottoposto a Procedimento penale per Delitto colposo o per Contravvenzione, compresi i procedimenti per violazioni in materia fiscale e amministrativa;
- b) è sottoposto a Procedimento penale per Delitto doloso, compreso quello per violazioni in materia fiscale e amministrativa, e si verifica una di queste condizioni:
 - l'Assicurato viene prosciolto nel merito o assolto con decisione passata in giudicato;
 - il procedimento viene archiviato per infondatezza della notizia di reato (art. 408 del Codice di Procedura Penale);**Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa e l'applicazione della pena su richiesta delle parti (cd patteggiamento);**
- c) sostiene controversie per pretese di risarcimento, derivanti da asserita responsabilità medico-sanitaria, avanzate pazienti nei confronti dell'Assicurato.

In questo caso, in presenza di Assicurazione di responsabilità civile valida e in regola con il pagamento dei Premi, **la garanzia opera esclusivamente ad integrazione e dopo l'esaurimento dell'intero**

Massimale di tale Assicurazione per le Spese di resistenza e di soccombenza, fino all'importo del Massimale indicato in Polizza (Art. 1917, terzo comma, cc).

Art. 34) CONSULENZA LEGALE TELEFONICA

È disponibile un servizio di Consulenza legale telefonica, tramite **il numero verde 800.84.90.90 (Da lunedì a venerdì, dalle 8:00 alle 18:00)**, sulle materie previste in polizza.

L'Assicurato potrà telefonare per ottenere:

- consulenza legale telefonica, per affrontare in modo corretto una controversia legale
- chiarimenti su leggi, decreti e normativa vigenti

La consulenza legale telefonica non prevede il rimborso o il pagamento delle spese per l'assistenza legale dell'Assicurato per la risoluzione amichevole della controversia o per il procedimento in qualunque grado di giudizio.



La Compagnia e DAS:

- non sono responsabili dell'operato dei consulenti legali
- non potranno essere ritenute responsabili per l'utilizzo della consulenza erogata in eventuali controversie intraprese dall'Assicurato
- non potranno essere chiamate a tenere indenne l'Assicurato da eventuali spese o rimborsi dovuti a qualunque titolo in conseguenza di tali controversie, essendo queste proposte in nome e per conto proprio dallo stesso Assicurato

Art. 35) ESTENSIONE - GARANZIA POSTUMA DELLA GARANZIA DI TUTELA LEGALE IN CASO DI CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITÀ

In estensione viene prevista, in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale, per cause diverse dalla sospensione o dalla radiazione dall'Albo, inclusa la cessazione dell'attività con chiusura della partita IVA, la proroga **dell'Assicurazione di Tutela legale**.

L'estensione ha attinenza alle richieste di attivazione delle garanzie della sezione di **Tutela legale che riguardano vertenze e procedimenti penali pervenuti all'Assicurato o ai suoi eredi nei 10 (dieci) anni successivi alla data di cessazione dell'attività e riferite a presunte inadempienze avvenute nel periodo di operatività della copertura (incluso il Periodo di Retroattività della copertura stessa).**

L'attivazione di questa copertura comporta **il pagamento di un sovra-premio pari al 300% del premio corrisposto per l'ultima annualità, 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 denunciati durante tale periodo di garanzia postuma, il limite d'indennizzo in aggregato, indipendentemente dal numero dei sinistri stessi, non potrà superare il massimale di polizza.

Art. 36) QUALI SPESE RIMBORSA DAS?

Con riguardo ai rischi indicati nell'Oggetto dell'Assicurazione, DAS paga o rimborsa queste spese:

- ☒ onorari di un legale incaricato della gestione del Sinistro;
- ☒ onorari di un legale domiciliatario, se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il circondario del tribunale competente a decidere la controversia, **fino a 3.000 euro per Sinistro**;
- ☒ onorari per l'intervento di un consulente tecnico di parte;
- ☒ onorari per l'intervento di un consulente tecnico d'ufficio;
- ☒ Spese di giustizia nel Procedimento penale;
- ☒ Spese di soccombenza liquidate a favore della controparte;
- ☒ conseguenti ad una transazione autorizzata da **DAS**, comprese le spese della controparte, sempreché siano state autorizzate da **DAS**;
- ☒ di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- ☒ di indagini per la ricerca di prove a difesa, nei procedimenti penali;
- ☒ degli arbitri e del legale intervenuti, nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;

Se l'**Assicurato** viene arrestato, minacciato di arresto o di Procedimento penale all'estero, in uno dei Paesi dove la garanzia è valida, la Compagnia copre, entro il Massimale indicato in Polizza:

- ☒ le spese per l'assistenza di un interprete
- ☒ le spese per le traduzioni di verbali o atti del procedimento
- ☒ l'anticipo della cauzione, disposta dall'autorità competente entro il massimale di polizza. **L'importo anticipato dovrà essere restituito alla Compagnia entro 60 giorni dal versamento**

Art. 37) ESTENSIONE TERRITORIALE DELLA TUTELA LEGALE

In quali Paesi vale l'Assicurazione?

Copertura territoriale della garanzia

Tipologia di Sinistro	Paesi in cui è accaduto l'evento e in cui il Sinistro è processualmente trattato ed eseguito
Danno extracontrattuale e Procedimento penale	Paesi europei
Consulenza legale telefonica	In Italia, secondo le normative italiane

Art. 38) QUANDO COMINCIA LA COPERTURA ASSICURATIVA DI TUTELA LEGALE E QUANDO UN SINISTRO DI TUTELA LEGALE È IN GARANZIA

L'assicurazione vale per le Vertenze subite dall'**Assicurato** – sia in ambito civile che penale - nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione a condizione che tali vertenze siano conseguenti a presunte inadempienze o violazioni di norme di legge **poste in essere per la prima volta dall'Assicurato non oltre i 10 anni prima della data di effetto dell'assicurazione.**

Se il Sinistro si protrae attraverso più violazioni successive dello stesso tipo, la Compagnia considera la data della prima violazione, anche presunta.

L'assicurazione vale purché tali inadempienze non siano note all'**Assicurato** stesso prima della stipula della Polizza. La garanzia è prestata sulla base delle dichiarazioni rese dall'assicurato, ai sensi degli articoli 1892, 1893 del Codice Civile, di non essere a conoscenza di atti o fatti che possono comportare l'insorgere delle vertenze di cui al presente capoverso.

La garanzia è valida anche prima che all'**Assicurato** sia notificata l'informazione di garanzia, nei casi di presentazione spontanea, invito a presentarsi e accompagnamento coattivo (artt. 374-376 del Codice di Procedura Penale, Presentazione spontanea).

MASSIMALE PER LA SEZIONE DI TUTELA LEGALE

Si conviene che il massimale della sezione di **Tutela Legale** è complessivamente pari ad **Euro 30.000,00** per sinistro, illimitato per anno. Il massimale per ogni sinistro deve intendersi così suddiviso: **Euro 10.000,00** fino all'esito del primo grado di giudizio, **Euro 10.000** per la fase di appello, **Euro 10.000** per la fase di Cassazione.

Art. 39) ESCLUSIONI

Che cosa non è assicurato?

Danni, eventi e circostanze che non sono coperti dalla garanzia Tutela Legale

Sono escluse dalla garanzia le vertenze legali riguardanti:

- ⊗ **danni subiti in conseguenza di disastro ecologico, atomico, radioattivo;**
- ⊗ **fatti conseguenti a eventi bellici, atti di terrorismo, tumulti popolari, scioperi e serrate;**
- ⊗ **attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'Assicurato, ad eccezione dei sinistri conseguenti a trattamenti medici;**
- ⊗ **fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;**
- ⊗ **fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;**
- ⊗ **attività di trattamento o smaltimento dei rifiuti;**
- ⊗ **procedimenti per responsabilità degli Assicurati derivanti da sostanze tossiche di qualsiasi tipo, ivi compresi amianto/asbesto.**
- ⊗ **la materia fiscale e tributaria e amministrativa, salvo quanto espressamente previsto nelle singole garanzie;**
- ⊗ **eventi che derivano da fatto doloso dell'Assicurato; se l'Assicurato è indagato o imputato per Delitto doloso, la garanzia opera solo se l'Assicurato viene assolto o prosciolto con sentenza inappellabile o se vi è un provvedimento definitivo di archiviazione per infondatezza della notizia di reato o derubricazione del reato da Doloso a colposo;**
- ⊗ **le richieste di risarcimento di danni causati, se l'Assicurato non ha una assicurazione di responsabilità civile o questa non sia operante per qualsiasi motivo;**

- ⊗ la materia civile salvo quanto espressamente previsto nelle singole garanzie;
- ⊗ i procedimenti monitori e le procedure esecutive derivanti da qualsivoglia titolo;
- ⊗ proprietà o dalla guida di veicoli, imbarcazioni e aerei;
- ⊗ beni immobili;
- ⊗ con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali e Sociali;
- ⊗ diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva e concorrenza sleale o normativa antitrust;
- ⊗ la radiazione o sospensione dall'Albo;
- ⊗ l'esercizio abusivo della professione medica o di operatore sanitario;
- ⊗ le sanzioni disciplinari emesse dall'Ordine dei Medici o i procedimenti dal medesimo promossi;
- ⊗ qualsiasi tipologia di controversia o procedimento contro la Compagnia.

Spese che DAS non paga o non rimborsa con la garanzia Tutela Legale DAS non paga o non rimborsa:

- ⊗ spese, anche preventivate, non concordate con DAS, secondo quanto indicato ai punti Cosa l'Assicurato deve fare per avere diritto alle prestazioni assicurative;
- ⊗ spese per la gestione di una controversia prima dell'azione in giudizio, per incarichi conferiti dall'Assicurato a professionisti non autorizzati da DAS;
- ⊗ spese del legale e del consulente di parte per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella e spese che eccedono i valori dei parametri forensi in materia di compensi degli avvocati stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 147/2022 e successive modifiche e integrazioni; in caso di conteggio dei compensi tramite tariffa oraria, per il rimborso vengono presi in considerazione i valori medi dei parametri forensi corrispondenti alle attività effettivamente svolte;
- ⊗ spese di viaggio e di soggiorno dovute all'avvocato che deve trasferirsi fuori dal proprio domicilio professionale per svolgere l'incarico;
- ⊗ spese rimborsate dalla controparte. Se DAS ha anticipato queste spese, l'Assicurato gliel deve restituire entro 60 giorni dalla data in cui ha ricevuto il rimborso;
- ⊗ onorari per ulteriori legali nell'ambito dello stesso grado di giudizio. Se per gestire la causa è necessario incaricare un avvocato domiciliatario, DAS paga fino ad un massimo di 3000 euro ed esclude le duplicazioni di onorario;
- ⊗ pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- ⊗ oneri fiscali, ad eccezione dell'IVA che l'Assicurato non può detrarre esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e del contributo unificato di iscrizione a ruolo;
- ⊗ spese dovute da altri soggetti debitori poste a carico dell'assicurato secondo il principio di solidarietà (art. 1292 c.c.);
- ⊗ spese per l'esecuzione forzata di un titolo esecutivo;
- ⊗ spese ulteriori rispetto a quelle del legale incaricato per la gestione della controversia, se tale controversia si conclude con una transazione non concordata con DAS;
- ⊗ spese di accertamento tecnico preventivo;
- ⊗ spese del nuovo legale per attività già svolte dal primo, se nel corso dello stesso grado di giudizio l'Assicurato decide di revocare l'incarico professionale a un legale e di incaricare un altro.

In caso di controversia tra Contraente e un altro Assicurato, la garanzia viene prestata solo a favore del Contraente.

Art. 40) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO DI TUTELA LEGALE - GESTIONE SINISTRI DI TUTELA LEGALE

Come si denuncia il Sinistro di tutela legale:

L'Assicurato deve segnalare immediatamente l'accaduto alla Compagnia ed in copia all'intermediario che ha in carico la polizza.

Per richiedere la consulenza legale telefonica, l'Assicurato deve chiamare DAS al numero verde 800.84.90.90 (Da lunedì a venerdì, dalle 8:00 alle 18:00) e fornire il numero di Polizza e un recapito telefonico.

La Compagnia, in caso di procedimento penale, raccoglie la denuncia di sinistro e procede a trasmettere la stessa a DAS, che raccoglie la denuncia e indica i documenti necessari per attivare la garanzia di tutela legale in funzione della tipologia di evento accaduto, spiega come gestirà il Sinistro e fornisce il numero identificativo della pratica.

L'Assicurato deve denunciare il Sinistro nel momento in cui ha inizio l'azione penale o comunque nel momento della ricezione di un qualunque atto di rilevanza penale da parte della Procura o di altra autorità giudiziaria.

La Compagnia **in caso di richiesta risarcitoria in sede civile** da parte di un paziente dell'Assicurato provvederà a trasmettere la denuncia a DAS solo nel caso risulti esaurito il massimale per le spese legali previsto dalla Sezione della responsabilità civile professionale.

DAS gestisce un unico Sinistro se:

- le controversie sono promosse da o contro una o più persone e riguardano domande identiche o connesse;
- i procedimenti, anche di natura diversa, sono dovuti allo stesso evento o fatto che ha coinvolto uno o più Assicurati;
- l'evento che dà diritto alle prestazioni assicurative si protrae attraverso più violazioni successive dello stesso tipo.

Cosa l'Assicurato deve fare per avere diritto alle prestazioni assicurative di tutela legale:

Per avere diritto alle prestazioni l'Assicurato deve:

- dare regolare mandato al legale fornendogli tutte le informazioni e la documentazione per tutelare al meglio i propri interessi;
- pagare gli oneri fiscali, di bollo e di registro secondo la normativa vigente per rendere validi i documenti necessari alla valutazione del caso e inviare appena possibile a DAS copia di ogni ulteriore atto o documento ricevuto dopo la denuncia di Sinistro e ogni informazione utile alla gestione del suo caso;
- aggiornare appena possibile DAS su ogni fatto importante che può riguardare l'erogazione della prestazione;
- avvisare DAS e ottenere conferma a procedere prima di incaricare un legale o un perito;
- ottenere conferma a procedere da parte di DAS prima di sottoscrivere un accordo economico o un preventivo di spesa del legale o del perito incaricato. Anche quando l'Assicurato ha ottenuto la conferma

a procedere, **DAS** non sostiene né rimborsa spese del legale per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella e spese che eccedono i valori dei parametri forensi in materia di compensi degli avvocati stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 147/2022 e successive modifiche e integrazioni; in caso di conteggio dei compensi tramite tariffa oraria, per il rimborso vengono presi in considerazione i valori medi dei parametri forensi corrispondenti alle attività effettivamente svolte;

- richiedere l'autorizzazione preventiva di **DAS** per concordare con la controparte qualsiasi Transazione o accordo per definire la controversia che comporti per **DAS** spese legali o peritali ulteriori rispetto all'onorario del legale dell'Assicurato. Se l'Assicurato procede senza autorizzazione, **DAS** rimborserà gli oneri a carico dell'**Assicurato** solo dopo aver verificato che ci fosse effettiva urgenza nel concludere l'operazione e se questa è conveniente.

Quali responsabilità non hanno né la Compagnia né DAS

La Compagnia e **DAS** non sono responsabili di:

- operato di legali e periti;
- eventuali ritardi nel fornire le prestazioni, perché mancava la documentazione necessaria a supporto delle richieste dell'**Assicurato**.

Quando si ricorre all'Arbitrato per un sinistro di tutela legale

Se c'è conflitto di interessi o disaccordo tra l'**Assicurato** e **DAS** sulla gestione delle prestazioni, sia l'**Assicurato** sia **DAS** possono chiedere di affidare la questione a un arbitro nominato di comune accordo. Se non si accordano sulla nomina, l'arbitro viene nominato dal Presidente del Tribunale competente.

L'**Assicurato** e **DAS** contribuiscono ciascuno alla metà delle spese arbitrali, a meno che si accordino diversamente.

L'arbitro decide secondo equità. Se la sua decisione è sfavorevole all'**Assicurato**, questi potrà procedere per proprio conto e rischio. Se dalla sua azione l'**Assicurato** ottiene un risultato più favorevole di quello prospettato o acquisito da **DAS**, in linea di fatto o di diritto, può richiedere a **DAS** il rimborso delle spese sostenute e non rimborsate dalla controparte, **fino al Massimale indicato in Polizza**.

Se l'Assicurato intende rivolgersi al giudice, l'azione civile potrà essere preceduta dal tentativo di mediazione (D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010).

Tempi di pagamento dell'Indennizzo oggetto della garanzia di Tutela Legale: La Compagnia riceve la documentazione, verifica la validità della garanzia, valuta le spese sostenute dall'Assicurato e quindi definisce l'importo dell'Indennizzo.

Entro 30 giorni dalla definizione dell'importo:

- paga l'Indennizzo all'**Assicurato**
oppure
- gli comunica i motivi per cui l'Indennizzo non può essere pagato.

IV) INFORTUNI - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI (garanzia accessoria)

Art. 41) INFORTUNIO NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Per una corretta interpretazione delle Condizioni, si specifica che la disciplina INAIL è applicabile ai fini della presente Polizza solo ove espressamente richiamata. In ogni altro caso, le regole previste dall'assicurazione INAIL non possono essere applicate alla presente **Polizza**. Pertanto, la copertura di cui alla presente **Polizza** non si estende a nessun tipo di infezione se non espressamente richiamata e normata.

ART. 41.1 – SOGGETTI AI QUALI È RIVOLTA L'ASSICURAZIONE

La presente Polizza è destinata alle persone fisiche:

- identificate con nome, cognome, codice fiscale e residenti in Italia;
- che alla data di decorrenza della Polizza abbiano compiuto 18 anni e non abbiano ancora compiuto 75 anni;
- che svolgano l'Attività Professionale di Medico o Operatore Sanitario.

Art. 42) – OGGETTO DELLA COPERTURA

L'**Assicurazione** è prestata, nei limiti delle **Somme Assicurate** riportate nel **Certificato di Assicurazione**, in caso di **Morte o Invalidità Permanente da Infortunio** che l'**Assicurato** subisca nello svolgimento dell'attività esercitata a titolo professionale dichiarata nel **Certificato di Assicurazione**. Si intende compreso nelle attività professionali il c.d. **Rischio in Itinere**, così come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000 e s.m.i.

La **Società** corrisponde l'**indennizzo** per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'**infortunio**, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti all'**infortunio** stesso.

Si precisa che ai sensi della presente **Polizza** sono considerati **Infortuni** – a titolo esemplificativo e non limitativo e purché non espressamente esclusi – anche:

- a. l'asfissia per fuga di gas, vapori od esalazioni velenose;
- b. le lesioni causate da scariche elettriche e da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- c. gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- d. l'annegamento, l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore o di freddo e altre influenze termiche ed atmosferiche alle quali l'Assicurato non si sia potuto sottrarre;
- e. le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
- f. le infezioni od avvelenamenti da punture di insetti (esclusa la malaria, le malattie tropicali in genere ed altre affezioni di cui gli insetti sono portatori necessari, nonché le conseguenze della puntura di zecca) e morsi di animali e di rettili;
- g. stati di improvviso malore o incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti ovvero conseguenti a malattie croniche accertate o conseguenti a crisi diabetiche;
- h. atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

I postumi invalidanti al rachide cervicale verranno presi in considerazione a fronte della sottoelencata documentazione:

- i. verbale di pronto soccorso redatto entro 48 h dall'evento;
- ii. venga presentato il risultato positivo di un esame oto-vestibolare successivo all'evento;
- iii. venga accertata la rettilineizzazione del rachide cervicale evidenziabile da rx standard.

Art. 43) – EFFICACIA ED OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

L'**Assicurazione** è prestata a tutela dell'**Assicurato** per gli Infortuni occorsi durante il **Periodo di Assicurazione** come indicato nel **Certificato di Assicurazione** e purché denunciati entro il termine definito all'Art. 51.1 e fermo il termine di prescrizione del diritto stabilito dalla legge.

L'**Assicurazione** è prestata per gli **Infortuni** che l'**Assicurato** subisca nell'espletamento delle mansioni relative all'Attività Professionale indicata nel **Certificato di Assicurazione**, compreso il **Rischio in Itinere**.

Art. 44) – REGOLE SPECIFICHE APPLICABILI IN CASO DI MORTE

La **Somma Assicurata** per il caso di **Morte dell'Assicurato** viene liquidata purché la Morte dell'Assicurato risulti conseguente ad **Infortunio indennizzabile a termini di Polizza e questa si verifichi entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'Infortunio stesso è avvenuto**.

Tale somma viene liquidata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'**Assicurato** potrà in ogni momento, durante la vigenza del presente contratto, modificare l'indicazione del/dei Beneficiario/i con formale comunicazione scritta alla Compagnia.

Art. 45) – REGOLE SPECIFICHE APPLICABILI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'**Infortunio** ha per conseguenza una Invalidità Permanente e la stessa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno dal quale l'Infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo l'indennità calcolandola sulla Somma Assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N. 1124" e successive modifiche.

In tutti i casi di **Infortunio Professionale** che producano come conseguenza una **Invalidità Permanente** di grado pari o superiore al 60% la Società liquiderà un Indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di **Invalidità Permanente** previste dalla tabella di cui sopra per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

Art. 46) – CUMULO DI INDENNITÀ

Gli Indennizzi per **Morte e Invalidità Permanente** non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'**Assicurato** muore, la **Società** corrisponde ai Beneficiari designati, o in difetto, **agli eredi dell'Assicurato** in parti uguali, la differenza tra l'Indennizzo pagato e quello assicurato per il caso Morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'Indennizzo per **Invalidità Permanente** è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'**Assicurato** muore per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennizzo sia stato liquidato

o comunque offerto in misura determinata dalla Compagnia, quest'ultima paga ai Beneficiari designati il già menzionato Indennizzo; in difetto di designazione, la Compagnia paga in parti uguali agli eredi dell'**Assicurato** l'importo liquidato od offerto e fatto salvo quanto disposto nell'ultimo capoverso dell'Art. 44.

Inoltre rimane ferma la possibilità per gli eredi o i beneficiari dell'**Assicurato**, in caso di premorienza di quest'ultimo rispetto al termine di accertamento dei postumi permanenti dell'Invalidità derivante dall'Infortunio o all'accertamento medico legale della **Compagnia**, qualora la Morte sia sopraggiunta per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità, di dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei suddetti postumi.

Art. 47) ESTENSIONI DI GARANZIA

Le seguenti estensioni di copertura sono sempre valide, operanti e già incluse nel **Premio**.

Art. 47.1 – MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di **Infortunio** indennizzabile a termini di **Polizza**, il corpo dell'**Assicurato** non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Compagnia liquiderà il capitale previsto per il caso **Morte** ai Beneficiari in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 12 (dodici) mesi dal mancato ritrovamento del corpo certificato da una pubblica autorità. Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'Indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'**Invalidità Permanente** eventualmente subita.

Art. 47.2 – RISCHIO VOLO

Fermo quanto previsto dall'Art. 49 – Esclusioni, la garanzia si intende estesa agli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tale attività con apposita abilitazione, tranne nel caso in cui tale attività:

- sia esercitata da compagnie aeree in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- sia esercitata da aeroclub;
- venga svolta su apparecchi per il volo da diporto o sportivi (quali per esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio ecc.).

Art. 48) – SUPERVALUTAZIONE ARTI SUPERIORI, VISTA, VOCE E UDITO

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 45, a seguito di un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che abbia come conseguenza diretta la perdita anatomica o funzionale totale di organi o arti di seguito elencati, la Compagnia riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando le seguenti percentuali:

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE	DOMINANTE (%)	NON DOMINANTE (%)
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, di un arto superiore	100	90
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, di un avambraccio	100	70
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, di una mano	100	70
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, del pollice	80	50
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, dell'indice	60	50
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, del medio	50	40
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, dell'anulare	25	20
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, del mignolo	25	20

Perdita totale, anatomica o funzionale totale, della falange ungueale del pollice	60	40
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, della falange ungueale dell'indice	40	20
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, della falange ungueale del medio	15	10
Perdita totale o parziale contemporanea di due dita della stessa mano, si sommano le singole percentuali di invalidità ma comunque sino ad un massimo del	100	100
Perdita totale della vista di ambedue gli occhi (cecità assoluta bilaterale)	100	100
Perdita totale della vista da un occhio (cecità assoluta monolaterale)	50	50
Sordità' completa bilaterale	100	100
Sordità' completa unilaterale	30	30
Perdita totale e definitiva della voce	50	50

In caso di perdita o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali come sopra determinate nella Tabella 1 saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In tutti i restanti casi non contemplati nel presente Articolo, e nei casi di perdita anatomica o funzionale parziale dei suddetti organi ed arti, la Compagnia riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando la Tabella di Indennizzo indicata in Polizza all'Art. 45.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alle somme delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. Resta inoltre inteso che nel caso in cui il Sinistro comporti la perdita anatomica o funzionale totale dell'arto la valutazione è comprensiva anche delle ulteriori perdite anatomiche relative.

La **Somma Assicurata** per la presente garanzia è da intendersi pari alla **Somma Assicurata** per il caso **Invalidità Permanente da Infortunio** ma la Compagnia liquiderà unicamente la percentuale prevista dalla Tabella 1, senza cumulabilità con la garanzia **Invalidità Permanente da Infortunio**.

Art. 49) ESCLUSIONI

Sono escluse dalla presente **Assicurazione le richieste di Indennizzo e gli Infortuni** derivanti da:

- Ogni attività che non abbia carattere professionale (c.d. Rischio Extra-Professionale).
- Invalidità preesistenti alla stipula della presente **Polizza**;
- Attacchi di cuore, incidenti cerebrovascolari, epilessia, malore o incoscienza;
- Ernie traumatiche e da sforzo;
- Guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- Eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- le conseguenze dirette di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni;
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);



- i. Indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i Sinistri direttamente o indirettamente originati da qualsiasi pandemia, epidemia, infezione, esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica;
- j. Delitti e/o Fatti dolosi compiuti o tentati dall'**Assicurato**;
- k. Pratica dei seguenti sport, anche se svolti a carattere ricreativo: downhill, parkour, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo in solitaria, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci e snowboard acrobatici e/o estremi, sci alpinismo, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (free-climbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, immersioni con autorespiratore;
- l. Sono comunque esclusi gli **infortuni** derivanti dalla pratica professionale di qualsiasi sport e/o che comunque comporti remunerazione;
- m. Partecipazione a corse e gare (e relative prove) sportive, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- n. Partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- o. Voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato, salvo quanto previsto dall'Art 47.2- Rischio Volo;
- p. Abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- q. Stato di intossicazione alcolica, corrispondente ad un tasso alcolemico pari o superiore ai valori riportati nell'art. 186, comma 2, lett. b) del Codice della Strada;
- r. Arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- s. Colpa grave dell'Assicurato e atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- t. Suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- u. Atti di Terrorismo e tumulti popolari;
- v. Sostanze tossiche di qualsiasi tipo, ivi compresi amianto/asbesto;
- w. Il rimborso delle Spese Mediche da Infortunio;
- x. Contagio da virus HIV, HBV e HCV;
- y. Le richieste di Indennizzo inerenti a operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da Infortunio.
- z. L'**Assicurazione** non copre i danni relativi a qualsiasi perdita di utilizzo, riduzione della funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino, riproduzione, perdita o furto di qualsiasi dato informatico (definito come qualsiasi informazione leggibile, compresi programmi e software, a prescindere dalla forma o modo in cui viene utilizzata, consultata, trasmessa, elaborata, aperta o memorizzata da un sistema informatico), od ogni altro ammontare relativo al valore del dato informatico stesso. Sono parimenti esclusi i danni direttamente o indirettamente causati e/o derivanti da e/o connessi e/o attribuibili anche in parte a eventi come atti cyber e/o incidenti cyber ivi inclusa ogni azione adottata per controllarli, prevenirli, terminarli o porvi comunque rimedio.
- aa. **Infortuni** dovuti, derivati, causati, risultanti da o connessi, anche solo in parte a: 1) Coronavirus 2 (Sars-Cov-2) e/o ogni sua mutazione, ceppo, evoluzione o variazione; 2) Sindrome respiratoria acuta e varianti patologiche connesse (Covid-19) dovute a Coronavirus 2 e/o ogni sua mutazione, evoluzione o variazione; 3) qualsiasi sindrome, condizione, patologia o infezione: a) da virus quali quelli indicati nei precedenti punti 1) e/o 2) e/o ad ogni loro mutazione, evoluzione o variazione; e/o b) da virus simili

e/o analoghi a quelli indicati nei precedenti punti 1) e/o 2), comunque denominati, e/o ad ogni loro mutazione, evoluzione o variazione.

Art. 50) FRANCHIGIA IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Invalidità permanente: la **liquidazione verrà determinata con l'applicazione di una franchigia fissa al 10%**.

La franchigia viene sempre applicata, indipendentemente dal grado di invalidità accertato.

- **Se l'invalidità permanente accertata è inferiore o pari a 10 punti percentuali, non è dovuto alcun risarcimento.**
- **Se l'invalidità permanente accertata è superiore a 10 punti percentuali, il risarcimento sarà calcolato deducendo i 10 punti di franchigia.**

Art. 51) GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 51.1 – DENUNCIA DI SINISTRO

L'Assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, ovvero in caso di morte il beneficiario, deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità.

Con la denuncia del sinistro, è richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta dell'Assicuratore, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

Per la garanzia "**Invalidità permanente**" alla denuncia deve far seguito la seguente documentazione:

- certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze dell'**infortunio**; -
- certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica dall'**infortunio**; - copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

Art. 51.2 – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Il pagamento avviene a ricovero ultimato o al termine della convalescenza prescritta. L'Assicuratore indennizza le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'**infortunio**.

Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'**infortunio** avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Non è pertanto indennizzabile il maggior pregiudizio arrecato da invalidità o malattie o minorazioni preesistenti (sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con l'**infortunio** denunciato). Quindi, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la valutazione sarà diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore **provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso**.

Il pagamento da parte dell'Assicuratore all'Assicurato, o ai suoi eredi in caso di decesso, viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Art. 51.3 – VALUTAZIONE DEL DANNO ED OPERAZIONI PERITALI

Premesso che l'**Assicuratore** si riserva di determinare l'efficacia della **Polizza** e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le **Parti**. Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

La presente **Polizza** è emessa in due originali ad un solo effetto.

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. 17 Esclusioni**
- Art. 18 Eccezioni Opponibili**
- Art. 19 Inizio e Termine della Garanzia - Formula "Claims Made"**
- Art. 20 Garanzia Postuma in Caso di Cessazione Definitiva dell'Attività Professionale**
- Art. 21 Franchigia**
- Art. 22 Denuncia dei Sinistri e Gestione delle Vertenze di Danno - Spese Legali**
- Art. 25 Responsabilità Solidale**
- Art. 26 Studi Associati o Società**
- Art. 29 Crediti Formativi ECM - Obbligatorietà per il loro raggiungimento**
- Art. 30 Estensione Territoriale**
- Art. 31 Clausola Risolutiva Espressa**
- Art. 32 Esclusioni Sanzioni Internazionali**

Art. 35 Estensione - Garanzia Postuma della Garanzia di Tutela Legale in Caso di Cessazione Definitiva dell'attività

Art. 36 Quali spese rimborsa DAS?

Art. 38 Quando comincia la copertura assicurativa di Tutela Legale e quando un Sinistro di Tutela Legale è in garanzia

Art. 39 Esclusioni

Art. 40 Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro di Tutela Legale- Gestione Sinistri di Tutela Legale

Art. 49 Esclusioni

Art. 50 Franchigia in caso di Invalidità Permanente

LA SOCIETÀ

BH Italia®

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 | Email: direzione@bh-italia.com
Iscritta nella Sezione II dell'Albo Imprese IVASS N° 2.00005 in data 11.5.2021
Codice IVASS Impresa: X501R | Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965



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

CLASSE DI ASSEGNAZIONE DI RISCHIO	SINISTRI DENUNCIATI ULTIMI 5 ANNI	ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE	REQUISITI DA SODDISFARE
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 SINISTRI 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	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
UNDICI	DIECI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
DODICI	UNDICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
TREDICI	DODICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
QUATTORDICI	TREDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
QUINDICI	QUATTORDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
SEDICI	QUINDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
DICIASSETTE	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
DICIOTTO	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO

TARIFE ODONTOIATRI/DENTISTI/IGIENISTI DENTALI

CLASSE DI ACCESSO "UNO" ALLA POLIZZA COLLETTIVA

		MASSIMALI PER SINISTRO (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

() Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato**

(*) Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000**

CLASSE DI RISCHIO INTERNA "UNO-A"

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

(**) Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato

() Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000***

CLASSE DI RISCHIO INTERNA "UNO-B"

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

() Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato**

(*) Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000**

CLASSE DI ACCESSO "DUE"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE DUE", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

() Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato**

(*) Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000**

CLASSE DI ACCESSO "TRE"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE TRE", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA “A”			
☐	tecniche finalizzate all’osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA “B” altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

() Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato**

(*) Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000**

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. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

(**) Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato

() Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000***

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. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

(**) Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato

() Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000***

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. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

(**) Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato

() Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000***

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. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

(**) Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato

() Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000***

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. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

(**) Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato

() Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000***

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. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

(**) Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato

() Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000***

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. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

(**) Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato

() Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000***

CLASSE DI RISCHIO INTERNA "UNDICI"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE UNDICI", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

(**) Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato

() Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000***

CLASSE DI RISCHIO INTERNA "DODICI"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE DODICI", **sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione**, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

(**) Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato

() Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000***

CLASSE DI RISCHIO INTERNA "TREDICI"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE TREDICI", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

(**) Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato

() Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000***

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. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

() Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato**

(*) Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000**

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. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

() Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato**

(*) Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000**

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. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

() Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato**

(*) Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000**

CLASSE DI RISCHIO INTERNA "DICIASSETTE"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE DICIASSETTE", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

() Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato**

(*) Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000**

CLASSE DI RISCHIO INTERNA "DICIOTTO"

Tutti gli Assicurati della Polizza Collettiva, assegnatari della "CLASSE DICIOTTO", sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione:

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

		MASSIMALI (**)		
		☐ € 2.000.000,00	☐ € 3.000.000,00	☐ € 5.000.000,00
		PREMI (IMPOSTE INCLUSE)		
☐	SENZA IMPLANTOLOGIA			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "A"			
☐	tecniche finalizzate all'osteointegrazione			
☐	CON IMPLANTOLOGIA "B" altre metodiche			
☐	NEOLAUREATO (*)			
☐	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.

() Il Massimale Aggregato Annuo è pari a tre volte il Massimale per Sinistro selezionato**

(*) Per la Specialità Assicurabile "Igienista Dentale" è presente anche l'opzione con Massimale per Sinistro pari a € 1.000.000**

FACSIMILE CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

ODONTOFLEX PLUS _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*

RC PROFESSIONALE				
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%)			
TUTELA LEGALE (Garanzia Accessoria Opzionale)				
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 21.25%)	(include imposte del 21.25%)			
INFORTUNI (Garanzia Accessoria Opzionale)				
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 2.50%)	(include imposte del 2.50%)			

*** 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 FA PARTE DI UNO STUDIO ASSOCIATO / SOCIETÀ, IL PREMIO DELLA PRESENTE POLIZZA È STATO PAGATO DA:	Denominazione dello Studio Associato / Società	Partita IVA

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE:	MOD. 162 25 SET INFORMATIVO RCG ODONTOFLEX PLUS - ED. 11.03.2025
ATTIVITÀ ASSICURATA:	
DATA/N ISCRIZIONE ORDINE:	
DATA DI RETROATTIVITÀ	
MASSIMALE PER SINISTRO GARANZIA TUTELA LEGALE	
SOMMA ASSICURATA PER INVALIDITÀ PERMANENTE GARANZIA INFORTUNI	
SOMMA ASSICURATA PER MORTE GARANZIA INFORTUNI	

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	☐ NO	☐ SI	Ragione Sociale (campo obbligatorio)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---

CONTRAENTE DELLA POLIZZA COLLETTIVA (tutti i campi sono obbligatori)

Ragione Sociale	+SIMPLE ITALIA AGENCY S.r.l.		
Partita IVA	03416570277		
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	Via Sarca 336/F - 20126 - Milano (MI) - Italia		
Indirizzo E-mail	informazioni@plussimple.com		
Indirizzo PEC	plussimpleagency@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 ¹ – PEC	*	E-mail pers.:	PEC:
1: Utilizzato per accedere all'Area Riservata			
N. Telefono - N. Fax - N. Cellulare	N. Tel:	N. Fax:	N. Cell:
Iscritto all'Ordine della provincia di ... / N° Iscrizione	Ordine della provincia di		

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'impiantologia. 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.)? ^{1,2}

☐ 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

CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

1. MASSIMALE:

☐ € 2.000.000,00

☐ € 3.000.000,00

☐ € 5.000.000,00

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 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.

7. RIMBORSO DEI COMPENSI:

L'Aderente richiede l'estensione al Rimborso dei Compensi? SI ☐ NO ☐

Si precisa che la presente garanzia ai sensi dell'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione è acquistabile esclusivamente per i soggetti assegnatari delle classi di merito UNO, UNO A e UNO B ed è soggetta al Massimale di Euro 10.000,00 per Sinistro e per anno.

8. RINUNCIA ALL'INEFFICACIA DELLA POLIZZA PER OMISSIONE ADEMPIMENTO CREDITI ECM:

L'Aderente richiede la rinuncia all'inefficiacia della polizza in caso di omesso adempimento dei Crediti ECM? SI ☐ NO ☐

9. ESTENSIONE ALLA GARANZIA DI TUTELA LEGALE:

L'Aderente richiede di estendere la copertura di Polizza alla garanzia di Tutela Legale? SI ☐ NO ☐

10. ESTENSIONE ALLA GARANZIA DI INFORTUNI:

L'Aderente richiede di estendere la copertura di Polizza alla garanzia Infortuni? SI ☐ NO ☐

Indicare Beneficiario se diverso dagli eredi in caso di morte: _____

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 normative¹? ☐ SI ☐ NO

CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

1. MASSIMALE:

☐ €1.000.000,00 ☐ €2.000.000,00 ☐ €3.000.000,00 ☐ €5.000.000,00

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) _____

5. ESTENSIONE ALLA GARANZIA DI TUTELA LEGALE:

L'Aderente richiede di estendere la copertura di Polizza alla garanzia di Tutela Legale? SI ☐ NO ☐

6. ESTENSIONE ALLA GARANZIA DI INFORTUNI:

L'Aderente richiede di estendere la copertura di Polizza alla garanzia Infortuni? SI ☐ NO ☐

Indicare Beneficiario se diverso dagli eredi in caso di morte: _____

(*) 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 SPECIALTÀ 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. Fatti Noti o Circostanze _____
Fornire le seguenti informazioni:				
i. Data comunicazione formale del reclamante		_____	Controparte	_____
Eventuale somma reclamata		_____	Eri assicurato?	☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore)
Breve descrizione del danno		_____		

ii. Data comunicazione formale del reclamante		_____	Controparte	_____
Eventuale somma reclamata		_____	Eri assicurato?	☐ NO ☐ 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. 162 25 Set Informativo RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 11.03.2025"** prima della sottoscrizione del presente **Modulo di Adesione**;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel **Mod. 462 25 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 11.03.2025** 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 nella **Polizza Collettiva N° 20xxRCG00xx-xxxxx** e tutti i relativi **Allegati ed Atti di Variazione** indicati nel **Punto 12 della Scheda di Polizza**;
- (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. 462 25 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 11.03.2025"**;
- (D) Esclusione di **Fatti e Circostanze** pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione ai sensi dell'Art. 17) **ESCLUSIONI, par. a)** delle Condizioni di Assicurazione **"Mod. 462 25 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 11.03.2025"**.

Ai sensi e per gli effetti degli Art. 1341 e 1342 C.C. l'Assicurato dichiara di accettare specificatamente i contenuti degli artt.:

L'ASSICURAZIONE IN GENERALE E RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

- 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. 17 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. 25 Responsabilità Solidale
- Art. 29 Crediti Formativi ECM - Obbligatorietà per il loro raggiungimento
- Art. 30 Estensione Territoriale
- Art. 31 Clausola Risolutiva Espressa
- Art. 32 Esclusioni Sanzioni Internazionali

GARANZIA TUTELA LEGALE (ACCESSORIA)

- Art. 35 Estensione - Garanzia Postuma della Garanzia di Tutela Legale in Caso di Cessazione Definitiva dell'attività
- Art. 36 Quali spese rimborsa DAS?
- Art. 38 Quando comincia la copertura assicurativa di Tutela Legale e quando un Sinistro di Tutela Legale è in garanzia
- Art. 39 Esclusioni
- Art. 40 Obblighi dell'Assicurato in Caso di Sinistro di Tutela Legale- Gestione Sinistri di Tutela Legale

GARANZIA INFORTUNI (ACCESSORIA)

- Art. 49 Esclusioni
- Art. 50 Franchigia in caso di Invalidità Permanente

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 511 25 Informativa Clienti – Ed 07.03.2025 "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

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

Data

FIRMA DELL'ADERENTE

INFORMATIVA CLIENTI

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. 511 25 Informativa Clienti - Ed. 07.03.2025

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 anche come "**La Rappresentanza**"), con sede in Milano (20122), Corso Italia, 13 (di seguito denominata la "Società" o il "Titolare") - Vi informiamo di quanto segue.

1. FINALITA' TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono raccolti al fine dell'emissione di polizze assicurative. Tutti i dati personali vengono trattati dalla **Rappresentanza** 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;
- dettagli identificativi;
- informazioni finanziarie;
- informazioni utili alla valutazione dei rischi;
- informazioni di polizza;
- informazioni in materia creditizia e antifrode;
- storico sinistri.

Il trattamento è finalizzato:

- concludere i contratti per i servizi del titolare
- 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;

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 dalla **Rappresentanza** (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 **La Rappresentanza** 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 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 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 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.

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

- accedere ai dati personali, ottenendo informazioni sulla provenienza, sulle finalità e sulle modalità di trattamento dei suddetti;
- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano;

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

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

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento in ambito italiano è **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, con sede in Corso Italia 13, 20122 Milano (MI), Italia (PEC: bh-italia@legalmail.it).

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Generale

