



BHItalia[®]
Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway

Inviare il modulo compilato, datato e sottoscritto a:
email: assicurazioni@uilfpl.it
oppure
fax: 06/86508234

CONVENZIONE ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE”
per il Personale della “**DIRIGENZA MEDICA e SANITARIA**” delle Aziende del S.S.N.
ed Enti Pubblici iscritto al Sindacato
UIL FEDERAZIONE POTERI LOCALI
Polizza Convenzione BH Italia n°2015RCG00080-640136
Annualità 31.12.2016 – 31.12.2017

DA COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Il / la sottoscritto / a,
nato / a **il**/...../...../,
residente in **Prov.**..... **CAP**.....,
via / piazza, **n°**,
codice fiscale,
indirizzo e-mail,
telefono fisso **telefono mobile**,
iscritto al Sindacato UIL Federazione Poteri Locali
con tessera valida in qualità di (riportare la qualifica indicata nel prospetto “Categorie e Premi” allegato)
....., **presso l’Azienda**
.....,

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE”
con decorrenza dalle ore 24:00 del..... alle ore 24:00 del 31/12/2017.
(vedi Tabella “Categorie e Premi” allegata).

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

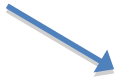
(A) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell’assicurazione sono quelli previsti dalla Polizza Convenzione BH Italia stipulata con la Compagnia di Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l’Italia di cui il sottoscritto ha preso visione;

(B) L’operatività temporale dell’Assicurazione è regolata dall’Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata “Claims Made”. La garanzia vale per i sinistri denunciati dall’Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in polizza;

(C) Non è a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi coperti dalla presente polizza in dipendenza dell’attività esercitata dall’Assicurato stesso con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione e che si siano



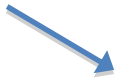
concretizzati con notifica certa e/o richiesta di risarcimento da parte di terzi e/o da parte dell'Azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.



Data FIRMA

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) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Convenzione BH Italia stipulata con la Compagnia di Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia;**
- (B) Formulazione temporale dell'assicurazione "Claims Made";**
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.**



Data FIRMA

Il Sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 "Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali" ed acconsente, ai sensi della predetta normativa, al trattamento degli stessi.

Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento da parte di Innovazione Insurance Brokers Srl dei dati personali da Lei comunicatici al momento della richiesta di accensione della polizza in oggetto con la Compagnia di Assicurazione nonché di quelli che saranno raccolti nel corso del nostro rapporto, in relazione alle denunce di sinistro e/o alle richieste di indennizzo da Lei eventualmente avanzate per il nostro tramite alla medesima Compagnia di Assicurazione.

I dati personali già in nostro possesso e quelli che di volta in volta Le richiederemo o che Lei ci conferirà sono per lo più indispensabili per l'accensione della polizza e per la gestione da parte nostra del Suo rapporto con la Compagnia di Assicurazione.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di comunicarci i dati personali sopra detti potrà comportare, a seconda dei casi, l'impossibilità di stipulare la polizza o quella di gestire i sinistri e dare corso alle Sue richieste di indennizzo.

Nell'ambito di Innovazione Insurance Brokers Srl, il trattamento di tutti i dati che La riguardano (sia quelli comuni, sia quelli sensibili) viene effettuato esclusivamente da parte di soggetti incaricati ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. 196/03, ed avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali i dati sono stati raccolti e sotto la supervisione del competente Responsabile del trattamento.

I Suoi dati saranno altresì comunicati alla Compagnia di Assicurazione, ai fini dell'accensione della polizza e della successiva gestione dei sinistri e corresponsione degli indennizzi; inoltre, essi potrebbero essere trasmessi a soggetti incaricati di fornire consulenza in materia legale, contabile e fiscale.

Alcuni dati da Lei forniti potrebbero inoltre essere registrati da Innovazione Insurance Brokers Srl in banche dati ubicate all'estero.

Il Responsabile per il trattamento dei dati che La riguardano è domiciliato per la carica presso la sede di Innovazione Insurance Brokers Srl, in Via Fieschi 6/5, 16121 Genova.

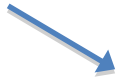
Al sopraindicato responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti riconosciuti in Suo favore dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/03.

In particolare, Lei potrà: (i) ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano ed averne comunicazione in forma intelligibile; (ii) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici; (iii) chiedere l'aggiornamento, la rettificazione o - se vi ha interesse - l'integrazione dei dati che La riguardano; (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima



o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;
(v) opporsi a qualunque trattamento finalizzato all'invio di materiale pubblicitario, alla vendita diretta, al compimento di ricerche di mercato e alla comunicazione commerciale.

La preghiamo di prestare il Suo consenso al trattamento sopra descritto.



Data FIRMA

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI:

- essere iscritto al Sindacato UIL-FPL con tessera valida n°....., presso la sede territoriale UIL FPL di
- aver regolarmente versato il premio corrispondente alla propria categoria professionale previsto per l'adesione, come da prospetto "Categorie e Premi" allegato, secondo le seguenti modalità:

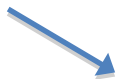
BENEFICIARIO: INNOVAZIONE Insurance Brokers S.r.l.

IBAN: **IT 73 E 03069 01400 100000069921**

IMPORTO: €

NUMERO SEPA di transazione (si prega di allegare copia bonifico):

CAUSALE UIL Nome, Cognome, data di nascita **(da riportare esattamente come indicato)**



Luogo Data

FIRMA



Estratto Condizioni “Convenzione RC Sanitaria UIL-FPL Dirigenza Medica e Sanitaria”

- . Polizza: Convenzione Responsabilità Civile “Colpa Grave” Personale S.S.N. UIL-FPL.
- . Assicuratore: Berkshire Hathaway International Insurance Limited (BH Italia).
- . Chi può aderire facoltativamente: Tutto il Personale a qualsiasi titolo inquadrato nelle aziende del S.S.N. e/o Dipendenti di Enti Pubblici iscritto al Sindacato UIL-FPL ed esercente attività di natura medico-sanitaria.

- . Oggetto dell’Assicurazione: La Società si obbliga a tenere indenne l’Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni (dove per “danno” si intende il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici) causati a Terzi, inclusi i pazienti, nel caso di:
 - 1) azione diretta del Terzo danneggiato;
 - 2) azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazioni dell’Azienda Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e dal CCNL;
 - 3) azione di rivalsa esperita dall’Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla Legge;
 - 4) ulteriori danni nella misura massima del 10% del danno indennizzato (es. danno d’immagine all’Ente).

- . Forma Contrattuale: “Claims Made” In regime di claims made si assume che il sinistro venga "attivato" dalla richiesta di risarcimento che l’Assicurato riceve, e pertanto le relative garanzie si attivano dal momento in cui tale richiesta è ricevuta.

- . Retroattività: 31 Gennaio 2001 (data di inizio copertura dell’attività professionale esercitata).
- . Estensione Ultrattiva della copertura (Garanzia Postuma): al termine dell’annualità assicurativa in corso al momento della cessazione del rapporto di servizio, 5 anni al costo di 1 annualità di premio oppure 10 anni al costo di 3 annualità di premio per la copertura dei danni cagionati durante il periodo di efficacia della Convenzione (compresa retroattività).

- . Massimale: € 5.000.000 per sinistro - Massimali aggregati: € 25.000.000 per Ente di appartenenza - € 60.000.000 per Regione di appartenenza.

- . Copertura degli atti di solidarietà: in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell’attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000.

- . Copertura dell’attività esercitata in “intraoena” in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti.

- . Spese Legali e gestione delle Vertenze: Gli Assicuratori rispondono, in aggiunta al Massimale, delle spese legali sostenute per la difesa dell’Assicurato per sinistri rientranti nella copertura assicurativa nella misura di ¼ del massimale. Gli Assicuratori non riconoscono le spese sostenute dall’Assicurato per Legali o Tecnici o Consulenti che non siano da essi designati o approvati.

- . Copertura multiple mansioni: attraverso il pagamento di un premio pari al 75% della somma dei premi previsti per ciascun incarico, è possibile coprire anche le ulteriori mansioni svolte presso Enti diversi rispetto al principale Ente di appartenenza.

- . Franchigia: nessuna

- . Consulente Assicurativo: Ai sensi dell’art. 61 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006 si precisa che il servizio di consulenza assicurativa viene prestato dall’intermediario Innovazione Insurance Brokers Srl, Via Fieschi 6/5, 16121 Genova - tel. 010-0980407 - fax 010/2516628 info@innovazionebrokers.com. Innovazione Insurance



Brokers Srl è iscritta al Registro Unico degli Intermediari dal 2 novembre 2011 con numero di iscrizione B000396748. L'intermediario è soggetto al controllo dell'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni).

TABELLA “Categorie e Premi”

Il premio annuo pro-capite è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica come di seguito indicato.

Essendo facoltà degli Assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno, mantenendo ferma la scadenza del 31 Dicembre, si conviene di calcolare il premio in ragione di 1/12 per ogni mese di garanzia.

La copertura Assicurativa decorre dal giorno di perfezionamento dell'adesione (invio del modulo di adesione e versamento del premio).

Premi annui per **adesioni** alla Convenzione effettuate **dal 01/01/2017 al 28/02/2017** – Scadenza adesione 31/12/2017

QUALIFICA dell'ASSICURATO	Massimale € 5.000.000,00
Direttore Medico e Veterinario	€ 482,00
Dirigente Medico e Veterinario	€ 482,00
Medici Convenzionati (no Medici di Base)	€ 393,00
Medici Contrattisti	€ 393,00
Dirigente Sanitario non Medico	€ 336,00
Medici Specialisti in formazione	€ 336,00
Direttore Generale	€ 169,00
Direttore Amministrativo	€ 169,00
Dirigenti non Sanitari	€ 169,00
Dirigente Sanitario e Sociale	€ 169,00
Componenti Comitato Etico	€ 169,00

Premi mensili per **adesioni** alla Convenzione effettuate **successivamente al 28/02/2017** – Scadenza adesione 31/12/2017.

Ferma la scadenza del 31/12/2017, in caso di adesione successiva al 28/02/2017 sarà necessario conteggiare i mesi di copertura richiesti compreso il mese in cui l'adesione viene effettuata, moltiplicandoli per gli importi mensili sotto indicati.

QUALIFICA dell'ASSICURATO	Massimale € 5.000.000,00
Direttore Medico e Veterinario	€ 40,20
Dirigente Medico e Veterinario	€ 40,20
Medici Convenzionati (no Medici di Base)	€ 32,75
Medici Contrattisti	€ 32,75
Dirigente Sanitario non medico	€ 28,00
Medici Specialisti in formazione	€ 28,00
Direttore Generale	€ 14,10
Direttore Amministrativo	€ 14,10
Dirigenti non Sanitari	€ 14,10
Dirigente Sanitario e Sociale	€ 14,10
Componenti Comitato Etico	€ 14,10