

**CAPITOLATO TECNICO / POLIZZA DI ASSICURAZIONE
RESPONSABILITA' CIVILE (R.C.T. / R.C.O.)**

CIG n. _____

STIPULATA TRA



E

La Compagnia Assicuratrice _____

Agenzia di _____

Durata del contratto

Dalle ore 24:00 del	
Alle ore 24:00 del	
I° rata dalle ore 24:00 del	
Alle ore 24:00 del	
Rate successive annuali, con scadenza alle ore 24:00 di ogni	

**SOMMARIO**

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ	3
Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto di assicurazione	3
Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione R.C.T. / R.C.O.	4
Art. 1.3 – Attività (descrizione del rischio)	5
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	6
Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede contrattuale	6
Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio	6
Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori	6
Art. 2.4 – Durata dell'Assicurazione	7
Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro	7
Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto	7
Art. 2.7 – Regolazione del premio (ove convenuta – vedi Sez. V)	7
Art. 2.8 – Oneri fiscali	8
Art. 2.9 – Coassicurazione e delega	8
Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni	8
Art. 2.11 – Gestione del contratto	8
Art. 2.12 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente	9
Art. 2.13 – Interpretazione del contratto	9
Art. 2.14 – Tracciabilità flussi finanziari	9
Art. 2.15 – Legittimazione	9
Art. 2.16 – Disciplina dell'appalto	9
SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI RCT/RCO	10
Art. 3.1 - Assicurati	10
Art. 3.2 - Assicurati aggiuntivi	10
Art. 3.3 - Oggetto dell'Assicurazione – Responsabilità Civile Verso Terzi (R.C.T.)	10
Art. 3.4 - Oggetto dell'Assicurazione - Responsabilità Civile Verso Prestatori d' opera (R.C.O.)	10
Art. 3.5 – Rivalsa INPS ed INAIL	11
Art. 3.6 – Precisazioni sulla qualifica di “Terzo”	11
Art. 3.7 - Responsabilità Civile Personale e Professionale	12
Art. 3.8 – Esclusioni	12
Art. 3.9 – Precisazioni ed estensioni	13
Art. 3.10 – Estensioni di garanzia soggette a limitazioni	15
Art. 3.11 - Rischi Atomici, Danni da Inquinamento, Danni da Esplosivi	17
Art. 3.12 – Ambito territoriale	17
Art. 3.13 – Regime temporale	17
SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI	18
Art. 4.1 – Denuncia di sinistro	18
Art. 4.2 – Sinistri RCT MedMal - Premesse	18
Art. 4.3 – Sinistri RCT MedMal - Procedure per la gestione	18
Art. 4.3.1 – Sinistri RCT/RCO non MedMal - Procedure per la gestione	20
Art. 4.4 – Diritto di surrogazione e rinuncia alla rivalsa	20
Art. 4.5 - Gestione delle vertenze di danno	20
Art. 4.6 - Rapporto sinistri	21
SEZIONE 5 – MASSIMALI, SOTTOLIMITI DI RISARCIMENTO, SIR E CALCOLO DEL PREMIO	22
Art. 5.1 – Massimali	22
Art. 5.2 – Sottolimiti di risarcimento; <i>franchigie e scoperti; SIR</i>	22
Art. 5.3 – Calcolo del premio	22
Art. 5.4 – Riparto di coassicurazione	23
Art. 5.5 – Disposizione finale	23

**SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ****Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto di assicurazione**

Contraente / Azienda / IRCCS CROB	Il soggetto che stipula l' <i>assicurazione</i> .
Stazione Appaltante / SA	SUA-RB – Stazione Unica Appaltante della Regione Basilicata
CAVS (se del caso)	Comitato Aziendale per la Valutazione dei Sinistri
Assicurato	il soggetto il cui interesse è tutelato dall' <i>Assicurazione</i> .
Assicurato aggiuntivo	I soggetti autorizzati della cui opera il <i>Contraente</i> si avvale a qualunque titolo ed i soggetti a cui è riconosciuta tale qualifica nel testo contrattuale.
Società / Assicuratori	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che prestano l' <i>Assicurazione</i> .
Broker	Il soggetto incaricato della assistenza e consulenza nella gestione amministrativa e tecnica del contratto di Assicurazione per tutto il tempo della durata della polizza, inclusi proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni della stessa polizza.
Assicurazione	Il contratto di <i>Assicurazione</i> - Le garanzie prestate col contratto di <i>Assicurazione</i> .
Polizza	Il documento contrattuale che prova l' <i>Assicurazione</i> .
Capitolato Speciale / Capitolato Tecnico / CSA	Il complesso delle norme, rappresentate in <i>polizza</i> , che regolano il rapporto contrattuale.
Garanzia	La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo.
Indennizzo / Indennità / Risarcimento	La somma dovuta dalla <i>Società</i> in caso di <i>sinistro</i> .
Massimali	Le somme massime che la <i>Società</i> è obbligata contrattualmente a pagare in caso di <i>sinistro</i> .
Massimale per anno	La massima esposizione della <i>Società</i> a titolo di <i>indennizzi</i> per uno o più <i>sinistri</i> ascrivibili alla medesima <i>annualità assicurativa / periodo assicurativo</i> .
Massimale per sinistro	L'importo massimo dell' <i>indennizzo</i> per ogni <i>sinistro</i> , incluso il <i>sinistro in serie</i> , qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o sofferto danni a cose di loro proprietà
Periodo assicurativo / Annualità assicurativa	Ciascun periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria o di cessazione dell' <i>Assicurazione</i>
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal <i>Contraente</i> alla <i>Società</i> .
Franchigia	L'importo che, determinato a termini di polizza per ciascun <i>sinistro</i> , viene detratto dall'ammontare del danno e rimane a carico dell' <i>Assicurato</i> .
Scoperto	La percentuale di danno convenuta a carico del <i>Contraente</i> e determinata a termini di <i>polizza</i> per ciascun <i>sinistro</i> .

**Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione R.C.T. / R.C.O.**

Cose	Si intendono ogni bene avente valore economico e gli animali;
Danno corporale	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone, ivi compreso, a titolo esemplificativo e non esaustivo: il danno alla salute o biologico, nonché il danno morale.
Danno materiale	Il pregiudizio economico conseguente a ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di cose.
Danno Medical Malpractice (MedMal)	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone, ivi compreso, a titolo esemplificativo e non esaustivo: il danno alla salute o biologico, nonché il danno morale, connesso allo svolgimento dell'attività medico-sanitaria ed alle attività, servizi e competenze accessorie, complementari, connesse collegate, preliminari e conseguenti alla suddetta attività principale.
Danno patrimoniale	Il pregiudizio economico subito in conseguenza del <i>sinistro</i> .
Prestatori di opera	Tutte le persone fisiche di cui l'Assicurato si avvale, anche occasionalmente, nell'esercizio dell'attività assicurata, in una delle forme consentite dalla legislazione
Regime temporale "Claims made"	Letteralmente "a richiesta fatta". Vale per i sinistri, ovvero le richieste di risarcimento pervenute al Contraente / Assicurato per la prima volta durante l'efficacia dell'assicurazione, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni avvenuti non prima della data di retroattività convenuta.
Richiesta di risarcimento	<p>quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene portata a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none">a) qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta con la quale il terzo avanza formale richiesta di essere risarcito di danni o <i>perdite patrimoniali</i> sia dirette che indirette;b) la notifica, all'Assicurato, di un atto con cui – in un procedimento penale – un Terzo si sia costituito "parte civile";c) la comunicazione con ogni mezzo idoneo ai sensi dell'art. 8 primo comma del D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28 della domanda di mediazione;d) provvedimento di sequestro disposto dall'autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 253 e segg., 321 e segg. del c.p.p. <p>Per quanto concerne gli atti di cui alle lettere a), b), c), qualora gli stessi siano ricevuti dell'Assicurato/persona fisica, si considerano "richiesta di risarcimento" soltanto nel momento in cui il Contraente ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta da parte dell'Assicurato/persona fisica.</p> <p>Se l'Azienda che ha ricevuto gli atti di cui alle lettere a), b), c), d) è diversa dal Contraente, ai fini della denuncia sulla presente polizza, la richiesta di risarcimento si considera conosciuta per la prima volta nel momento in cui il Contraente ne abbia ricevuto comunicazione scritta.</p>
Sinistro	(secondo il regime temporale c.d. <i>claims made</i>) la <i>richiesta di risarcimento</i> in forma scritta fatta nei confronti dell'Assicurato per la prima volta durante il periodo di efficacia dell'assicurazione.
Sinistri in serie	Tutti i <i>sinistri</i> originati dallo stesso evento o da uno stesso atto illecito o errore o omissione, oppure da più atti, errori o omissioni che abbiano una causa comune e comunque e identica sia nella sua eziologia che nella temporaneità, sempreché il primo <i>sinistro</i> rientri nei termini temporali previsti dall'art. "Regime temporale". Pertanto, più <i>richieste di risarcimento</i> originate da una stessa causa sono considerate come un unico <i>sinistro</i> .
S.I.R. (Self Insurance Retention)	L'importo che per ogni sinistro RCT derivante da <i>Medical Malpractice</i> il Contraente tiene a proprio carico, anche in termini di gestione e relativi costi.
Conciliazione	La composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della <i>mediazione</i> , ai sensi del D. Lgs. 4.3.2010, n. 28 e ss.mm.ii.



Mediazione	L'attività svolta da un terzo soggetto imparziale finalizzata ad assistere due o più soggetti, sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, che nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa, ai sensi del D. Lgs. 04.03.2010, n. 28 e ss.mm.ii..
Retribuzione annua lorda (al solo fine del conteggio del premio)	<p>Le retribuzioni lorde desumibili dal bilancio d'esercizio del Contraente in favore dei <i>Prestatori di lavoro e del personale ad esso equiparato</i>, nonché, ove non fossero già comprese, anche quelle lorde erogate in favore del personale in rapporto convenzionato e/o di servizio con il Contraente stesso, ivi compresi pure gli emolumenti percepiti dal personale abilitato all'attività intramuraria (intra moenia), se prevista e compresa in garanzia.</p> <p>Le voci suddette devono intendersi al netto:</p> <ul style="list-style-type: none">- delle ritenute per oneri previdenziali a carico del Contraente- di eventuali emolumenti a vario titolo corrisposti come arretrati relativi agli anni precedenti

Art. 1.3 – Attività (descrizione del rischio)

L'*Assicurazione* è prestata per la responsabilità civile derivante a sensi di legge all'*Assicurato* in relazione allo svolgimento delle proprie attività istituzionali, ai sensi delle leggi comunitarie, nazionali, regionali, del proprio statuto e di tutte le disposizioni interne dei soggetti competenti, purché non in contrasto con le sopradette norme e comunque tutte le attività di fatto svolte, compreso la gestione delle Case Famiglia e/o Case Riposo. Tutte le eventuali variazioni che interverranno alle normative e disposizioni innanzi richiamate saranno automaticamente recepite.

Si intendono comprese tutte le attività, servizi e competenze accessorie, complementari, connesse collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, comunque ed ovunque svolte/i, nessuna/o esclusa/o né eccettuata/o.

Il *Contraente/Assicurato* qualora non gestisca in proprio servizi attività e competenze, può avvalersi di ditte o altri Enti appositamente delegati; è prassi comune che tali soggetti stipolino autonomamente apposite polizze di responsabilità civile per danni provocati a terzi. Pertanto, se un *sinistro* occorso nell'ambito delle attività demandate a tali soggetti è coperto sia pure parzialmente da altra assicurazione, si conviene che l'*Assicurazione* prestata con la presente *polizza* opererà "a secondo rischio", vale a dire solo dopo che il *massimale* o i *massimali* previsti dalle altre assicurazioni si sono esauriti ovvero nel caso che l'evento non risulti garantito da detta *polizza* (sia per mancanza di copertura assicurativa che per carenza contrattuale), fermo in ogni caso i sottolimiti di indennizzo stabiliti nel presente contratto assicurativo, sempre che venga accertata alcuna responsabilità civile a carico dell'*Assicurato*.

...●...

**SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE****Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede contrattuale**

In deroga agli artt. 1892, 1893 1894 C.C. l'omissione della dichiarazione da parte dell'*Assicurato* di una circostanza che eventualmente modifichi o aggravi il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto all'*indennizzo*, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, con l'intesa che il *Contraente* avrà l'obbligo di corrispondere alla *Società* il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti si sono verificate. Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del *sinistro* della modifica delle attività del *Contraente* a seguito di variazione della normativa vigente. Nel caso di diminuzione del rischio, la *Società* è tenuta a ridurre il *premio* o la parte di *premio* successivi alla comunicazione del *Contraente* ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio

L'*Assicurazione* ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in *polizza*, se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

In ogni caso, a parziale deroga dell'art. 1901 C.C., tenuto conto che il *Contraente*, per le proprie modalità amministrative, effettua i pagamenti solo tramite ordinativi bancari, preventivamente deliberati dagli uffici competenti, si conviene tra le parti che ogni copertura inerente la presente *polizza* decorre:

- per la rata iniziale di perfezionamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del contratto indicato in *polizza* a condizione che l'ordine di pagamento del relativo *premio* sia effettuato dal *Contraente* entro 60 giorni dalla data di decorrenza della *polizza*, e venga comunicato alla *Società*;
- per le rate di *premio* successive, dalle ore 24:00 del giorno di scadenza della rata a condizione che l'ordine di pagamento del relativo *premio* sia effettuato dal *Contraente* entro 60 giorni dalla data di scadenza della rata e venga comunicato alla *Società*;
- per le appendici, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del titolo, a condizione che l'ordine di pagamento del relativo *premio* sia effettuato dal *Contraente* entro il 60° giorno dal ricevimento del documento, emesso dalla *Società* e venga comunicato alla *Società* stessa;
- per le appendici a premio zero, dalle ore 24:00 del giorno di comunicazione del *Contraente* al *Broker*, o alla *Società*.

Se il *Contraente/Assicurato* non paga entro tali termini, l'*Assicurazione* resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno dell'ordinativo di pagamento, sempre che ne venga data tempestiva comunicazione alla *Società*.

Effettuato il pagamento, l'*Assicurazione* verrà ripristinata senza soluzione di continuità anche relativamente al periodo in cui questa è stata sospesa, con la sola esclusione dei *sinistri* di cui il *Contraente* fosse venuto a conoscenza nel periodo di scopertura e che risultassero accaduti in tale periodo. I premi devono essere pagati alla *Società* per il tramite del *Broker*, il quale, verificato l'effettivo accredito, provvederà a perfezionare gli adempimenti amministrativi di propria competenza nei confronti della *Società*. Gli Assicuratori riconoscono esplicitamente che il pagamento fatto al *Broker* è liberatorio per il *Contraente*, al quale, pertanto, nulla potrà essere eccepiuto.

Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il *Contraente* è esonerato dall'obbligo di denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli *Assicurati* avessero in corso o stipulassero in proprio ed i *sinistri* dai medesimi sofferti; l'*Assicurato* ha l'obbligo di farlo in caso di *sinistro*, e sempre che ne sia a conoscenza, ai sensi dell'art. 1910 C.C., dando avviso a tutti gli assicuratori ed indicando a ciascuno il nome degli altri.

Permane, invece, l'obbligo per il *Contraente* di denunciare le eventuali altre assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente *polizza*, con la sola eccezione delle eventuali polizze stipulate "a secondo rischio".

Se un *sinistro* è coperto anche da altra assicurazione stipulata dallo stesso *Contraente* successivamente alla stipula della presente *Assicurazione* e che non risulti a secondo rischio, l'*Assicurazione* prestata con questa *polizza* opererà "a secondo rischio", vale a dire dopo che il *massimale* o i *massimali* previsti dall'altra assicurazione si sono esauriti, sempre che l'altra assicurazione risulti operante e preveda in garanzia il *sinistro* e fermi in ogni caso i limiti di risarcimento stabiliti in questa *polizza* e applicabili al caso.



Art. 2.4 – Durata dell'Assicurazione

Il presente contratto ha la durata e la rateizzazione indicate in frontespizio.

Alla scadenza, previa verifica della congruità delle condizioni, è facoltà del *Contraente* / SA procedere al riaffidamento per ulteriori anni due. In ogni caso, è facoltà del *Contraente* / SA, alla scadenza del contratto e nelle more del perfezionamento delle ordinarie procedure di scelta del nuovo fornitore, richiedere la proroga tecnica dei servizi per il periodo massimo di mesi sei, agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per il *Contraente* / SA. In tali casi l'Aggiudicatario è espressamente tenuto ed obbligato a garantire copertura assicurativa a semplice richiesta scritta del *Contraente* / SA.

Alla scadenza definitiva, il contratto si intenderà cessato senza obbligo di ulteriori comunicazioni.

Al *Contraente* competerà comunque il pagamento di eventuali regolazioni maturate sino alla definitiva scadenza della polizza e dell'eventuale riaffidamento / proroga.

Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro

Salvo proposizione di variante a sensi del Disciplinare di gara (elevazione termine di preavviso)

La Società ed il *Contraente* / SA possono recedere dal presente contratto dopo ogni *sinistro* e fino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*, con preavviso di 120 giorni. In tale evenienza tutte le garanzie rimarranno operanti per ulteriori 120 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso e la Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di *premio* imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Nel caso in cui le parti si siano avvalse della disdetta di cui all' Art. 2.6 – “Cessazione anticipata del contratto”, la facoltà concessa dal presente articolo non è operante.

Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso, da parte della Società, è subordinato al contestuale invio del “Rapporto sinistri” di cui al successivo articolo 4.6, debitamente aggiornato.

Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto

1) La Società ed il *Contraente* / SA possono recedere anticipatamente dal presente contratto al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 120 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del *Contraente* / SA di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino ad un massimo di sei mesi. In tal caso, la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

2) Il *Contraente* / SA può recedere anticipatamente dal presente contratto in presenza di disposizioni regionali aventi carattere cogente in tema di politiche della gestione del rischio clinico, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 60 giorni di preavviso, fermo restando il *periodo* minimo assicurativo di mesi sei.

Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso, da parte della Società, è subordinato al contestuale invio del “Rapporto sinistri” di cui al successivo articolo 4.6, debitamente aggiornato.

Art. 2.7 – Regolazione del premio (ove convenuta – vedi Sez. V)

Qualora il *premio* viene convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun *periodo assicurativo* annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del *premio*.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni *periodo assicurativo* il *Contraente* fornirà per iscritto alla Società e su sua richiesta i dati necessari per poter effettuare ad effettuare la regolazione di premio.

Se il *Contraente/assicurato* non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, la Società deve fissare mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a giorni 30, trascorso il quale la Società potrà agire giudizialmente.

In deroga a quanto sopra indicato, si conviene che nessuna regolazione è dovuta dal *Contraente* nella eventualità che gli elementi presi come base per il conteggio del *premio* non superino il 5% dei parametri presunti iniziali dichiarati. La regolazione è dovuta solo per i parametri che eccedono tale soglia di esenzione.

Viene stabilito in ogni caso un *premio* minimo pari al 85% del premio indicato nel frontespizio di polizza.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il *Contraente* è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari.



Ove il *Contraente* abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte o incomplete, la *Società* riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di *premio* competente e non percepita. Tuttavia l'eventuale pagamento dei *sinistri* di competenza del *periodo* a cui si riferiscono le indicazioni inesatte o incomplete, sarà automaticamente sospeso fino a quando non sia ripristinata la regolarità amministrativa degli adempimenti suddetti.

Art. 2.8 – Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi, e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, agli indennizzi alle *polizze* ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico del *Contraente*, anche se il pagamento è stato anticipato dalla *Società*.

Art. 2.9 – Coassicurazione e delega

Qualora l'*assicurazione* sia ripartita per quote tra più Compagnie (*Società*) indicate in *polizza*, ognuna è tenuta alla prestazione in proporzione alla rispettiva quota.

Il *Contraente* dichiara di aver affidato la consulenza ed assistenza nella gestione del presente contratto al *Broker*, e le Imprese coassicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla *Società* (delegataria) indicata in sede di offerta e riportata nel frontespizio della presente *polizza*; di conseguenza tutti i rapporti relativi alla presente *assicurazione* saranno intrattenuti dal *Contraente* o dal *Broker*, direttamente con la *Società* delegataria che provvederà ad informare le coassicuratrici.

In particolare tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso, alla denuncia e conseguente gestione dei *sinistri* si intendono fatte o ricevute dalla delegataria in nome e per conto di tutte le Imprese coassicuratrici e la comunicazione data alla stessa si intenderà efficace nei confronti di tutti le altre coassicuratrici anche ai fini della messa in mora e dell'interruzione della prescrizione.

Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione *nonché* relativi alla *rappresentanza processuale*, (se del caso) fatta soltanto eccezione per l'incasso dei *premi* di *polizza* la cui regolazione verrà effettuata dal *Contraente* per il tramite del *Broker*, direttamente nei confronti di ogni Compagnia coassicuratrice.

La sottoscritta *Società* delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Imprese coassicuratrici indicate negli atti contrattuali a firmarli anche in nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla *Società* delegataria sui documenti di *assicurazione* li rende, ad ogni effetto, validi anche per le quote delle coassicuratrici.

Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'*Assicurato* ed il *Broker*, sono tenuti devono essere indirizzate alla Direzione per l'Italia della *Società* oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*.

Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte, per essere valide, per iscritto anche a mezzo utilizzo del telefax o anche posta elettronica certificata.

Art. 2.11 – Gestione del contratto

Ad ogni effetto di legge le parti contraenti riconoscono all'ATI tra le Società Consulbrokers Spa e GBSAPRI SpA con la Consulbrokers Spa in posizione di capogruppo, Viale Marconi n. 90 - 85100 Potenza, tel. +39 0971.54732, telefax 0971.472686 (ATI in seguito denominata anche e più brevemente "Broker"), il ruolo di cui al D. Lgs 209/2005 (ex legge 792/84) per quanto concerne la predisposizione del Capitolato speciale di appalto e la assistenza e consulenza nelle fasi di gara. Il Broker fornirà, inoltre, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutto il tempo residuo della polizza, sino alla scadenza, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni dello stesso contratto assicurativo.

La remunerazione del broker è posta a carico della Società aggiudicataria del contratto nella misura stabilita nei documenti di gara. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non rappresenta un costo aggiuntivo per l'Amministrazione appaltante.

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente polizza, si conviene espressamente che ogni comunicazione fatta dall'*Assicurato* al *Broker* si intenderà come fatta alla Compagnia e alle coassicuratrici, fermo restando quanto previsto al precedente art. 2.2 per quanto attiene alla copertura assicurativa / pagamento del premio, come pure ogni comunicazione fatta dal *Broker* alla Compagnia, nel nome e per conto dell'*Assicurato*, si intenderà fatta dall'*Assicurato* stesso.

**Art. 2.12 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente**

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni dattiloscritte, valgono unicamente le norme del Codice Civile. Si intendono pertanto abrogate tutte le condizioni di assicurazione eventualmente riportate a stampa. Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede dell'Assicurato.

Art. 2.13 – Interpretazione del contratto

Si conviene tra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al *Contraente* / *Assicurato* su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione, fermo restando quanto innanzi precisato.

Art. 2.14 – Tracciabilità flussi finanziari

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 recante "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" la *Società* aggiudicataria, pena la nullità assoluta del presente contratto, assume, per sé e per i subcontraenti o subappaltatori, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla suddetta legge.

Art. 2.15 – Legittimazione

Si prende atto che la presente *polizza* viene stipulata dall'*Ente Contraente* a favore degli *Assicurati*.

La Pubblica Amministrazione assume pertanto la veste di *Contraente*, ovvero della persona giuridica che stipula l'*Assicurazione*, adempie agli obblighi previsti dall'*Assicurazione* stessa, ed esercita conseguentemente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli *Assicurati* che s'intende espressamente acquisito e prestato in sede di promozione e stipula del presente contratto anche se qui non formalmente riprodotto e rappresentato.

Art. 2.16 – Disciplina dell'appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione della presente *polizza*, ancorché non allegati.



**SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI RCT/RCO**

Le *garanzie* di cui al presente *Capitolato Speciale* devono intendersi operanti anche in relazione alla c.d. attività "intramuraria", assimilata, ai fini della legge ed ai fini fiscali, al lavoro dipendente.

La suddetta estensione è operante anche quando sia svolta all' esterno presso altre strutture e sino a diversa esplicita richiesta da parte del *Contraente*.

Art. 3.1 - Assicurati

i soggetti il cui interesse è tutelato dall'assicurazione e pertanto:

1. l'*Azienda Contraente* nonché;
2. il legale rappresentante, Direttore Generale, del *Contraente*;
3. il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, (che compongono la Direzione strategica unitamente al Direttore Generale), i Componenti del Collegio Sindacale;
4. i componenti del Comitato Etico;
5. tutti gli organismi aziendali, i dirigenti, i funzionari e i dipendenti (e personale ad essi assimilato) del *Contraente*.

Art. 3.2 - Assicurati aggiuntivi

1. Qualsiasi persona fisica o giuridica per la quale la legge, convenzione o contratto od altra disposizione impone al *Contraente* l'obbligo di *assicurazione* di Responsabilità Civile.
2. Qualsiasi soggetto autorizzato della cui opera il *Contraente* si avvale a qualunque titolo ed in genere i diversi Soggetti a cui è riconosciuta tale qualifica nel testo contrattuale o dalla legge.

A titolo esemplificativo e non limitativo si considerano assicurati aggiuntivi :

- ✓ Personale medico e sanitario a rapporto convenzionale;
- ✓ Personale universitario convenzionato;
- ✓ Personale a contratto, inclusi i medici contrattisti;
- ✓ Medici specialisti in formazione;
- ✓ Personale del Servizio di Volontariato Civile ed appartenenti ad associazioni di volontariato autorizzate;
- ✓ Assegnisti borsisti, tirocinanti e frequentatori;
- ✓ Personale volontario dei Servizi sociali;
- ✓ Soggetti disabili e, in genere, tutti i Soggetti assistiti nell' ambito di programmi di inserimento educativo, socializzante terapeutico o riabilitativo e loro tutori anche durante le attività esterne, inclusa la responsabilità delle famiglie affidatarie, con esclusione dei danni alle cose oggetto o strumento di tali attività.

Art. 3.3 - Oggetto dell'Assicurazione – Responsabilità Civile Verso Terzi (R.C.T.)

La *Società* si obbliga a tenere indenne l'*Assicurato*, nei limiti dei massimali di seguito stabiliti, di quanto questo sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitali, interessi, rivalutazione e spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per tutti i danni non espressamente esclusi involontariamente cagionati a terzi, per morte lesioni personali, per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione allo svolgimento delle attività per le quali è prestata l'*assicurazione*. L'*assicurazione* vale anche per la responsabilità civile che possa derivare al *Contraente/Assicurato* da fatto commesso con dolo o colpa grave di persone delle quali o con le quali debba rispondere. In questo caso la *Società*, ha il diritto di surroga nei confronti di tali soggetti, come previsto dall'art. 1916 Cod. Civ..

Art. 3.4 - Oggetto dell'Assicurazione - Responsabilità Civile Verso Prestatori d' opera (R.C.O.)

La *Società* si obbliga a tenere indenne l'*Assicurato*, nei limiti dei massimali di seguito stabiliti, 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, del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, del D.Lgs. 10 settembre 2003 n. 276 e loro successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni per gli infortuni sofferti da Prestatori d'opera da Lui dipendenti, dai lavoratori parasubordinati e dai lavoratori con rapporto di lavoro regolare, disciplinato da tutte le forme previste dal citato D.Lgs. 276/2003, addetti alle attività per le quali è prestata l'*Assicurazione*;
2. ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nei casi di cui al precedente punto 1), cagionati ai suindicati prestatori d'opera da infortuni dai quali sia derivata morte o invalidità permanente.



L'assicurazione si estende anche a coloro (studenti, borsisti, allievi, tirocinanti, specializzandi ecc) che prestano servizio presso l'Assicurato per addestramento, corsi di istruzione professionale, studi, prove ed altro e che per essere assimilati agli apprendisti vengono assicurati contro gli infortuni sul lavoro a norma di legge.

I dipendenti soggetti all'assicurazione obbligatoria INAIL inviati all'estero saranno considerati terzi qualora l'INAIL non riconosca la propria copertura assicurativa. La Società si impegna a tacitare civilmente la controparte indipendentemente dalla perseguibilità d'ufficio del reato commesso dall'Assicurato o da persona della quale questi debba rispondere, ai sensi dell'art. 2049 C.C., ed indipendentemente dall'accertamento giudiziale. A questo riguardo si conviene che ogni decisione in merito sarà di volta in volta concordata tra il Contraente e la Società, tenendo conto degli interessi del Contraente, dell'Assicurato e delle persone delle quali il Contraente e l'Assicurato debbano rispondere ai sensi del citato articolo 2049 c.c.

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che l'Assicurato sia in regola con gli obblighi derivanti dall'assicurazione di legge. L'assicurazione conserva tuttavia la propria validità anche se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi di cui sopra a condizione che:

- * l'irregolarità derivi esclusivamente da errata o dubbia interpretazione delle norme di legge vigenti in materia;
- * il Contraente corrisponda alla Società il premio derivante dalle retribuzioni dei dipendenti risultanti non in regola con gli obblighi di legge, con effetto dalla ultima scadenza annuale anteriore al momento dell'infortunio, con il minimo di mesi sei.

L'assicurazione comprende le malattie professionali di cui al DPR 1124/65 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, come modificato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988, contemplate dal DPR n. 482/1975, nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali dalla magistratura.

La garanzia non vale:

- a. per i casi di discriminazione razziale, sessuale e mobbing;
- b. per le malattie professionali connesse alla lavorazione e/o esposizione all'amianto;
- c. per le malattie professionali che siano la diretta conseguenza:
 - c.1 della intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte dei legali rappresentanti del Contraente;
 - c.2 della intenzionale mancata prevenzione del danno, per omesse riparazioni o adattamento dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni, da parte dei rappresentanti legali del Contraente. Questa esclusione cessa di avere effetto successivamente all'adozione di accorgimenti ragionevolmente idonei, in rapporto alla circostanza di fatto e di diritto, a porre rimedio alla preesistente situazione;
 - c.3 manifestatesi per la prima volta trascorsi 12 mesi dalla cessazione dell'assicurazione o del rapporto di lavoro.

La Società ha diritto di eseguire in qualsiasi momento ispezioni per verifiche e/o controlli sullo stato dei locali del Contraente, ispezioni per le quali lo stesso Contraente è tenuto a consentire il libero accesso ed a fornire notizie e la documentazione necessaria.

Art. 3.5 – Rivalsa INPS ed INAIL

Tanto l'assicurazione RCT quanto l'assicurazione RCO valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ed INAIL ai sensi articolo 14 della Legge 12 giugno 1984, n. 222 e ss.mm.ii.

Art. 3.6 – Precisazioni sulla qualifica di "Terzo"

Si conviene tra le parti che tutti i soggetti, sia persone fisiche che giuridiche, agli effetti della presente polizza vengono considerati "Terzi" rispetto all'Assicurato, con esclusione:

- dei prestatori di lavoro, dipendenti dell'Assicurato, soggetti all'assicurazione obbligatoria (INAIL), in occasione di servizio, operando nei loro confronti la garanzia RCO.
- dei soggetti non dipendenti dell'Assicurato per i quali lo stesso debba provvedere alla copertura obbligatoria (INAIL), in quanto opera la garanzia RCO.

Pertanto i prestatori di lavoro sopra definiti sono considerati terzi qualora subiscano il danno mentre non sono in servizio ed in caso di danno a cose di loro proprietà.

A titolo di maggiore precisazione sono considerati terzi:

- tutti coloro che non rientrano nel novero dei prestatori di lavoro come sopra definiti, anche nel caso di partecipazione alle attività dell'Assicurato stesso, manuali e non, a qualsiasi titolo intraprese, nonché per la presenza a qualsiasi titolo e scopo, nell'ambito delle suddette attività.
- i fornitori che a qualsiasi titolo intrattengono rapporti con il Contraente.
- i dipendenti delle Ditte, degli Istituti, degli Enti e dei privati ospitanti gli assistiti, nonché i loro frequentatori.

Il legale rappresentante ed i suoi famigliari verranno considerato terzi limitatamente ai danni subiti a persone e cose in qualità di cittadino e/o utente o a essi cagionati da fabbricati e loro pertinenze (comunque adibite), macchinari, impianti ed attrezzature in uso al *Contraente*.

Art. 3.7 - Responsabilità Civile Personale e Professionale

L'assicurazione vale per :

- a) la responsabilità civile professionale del personale medico, ivi compresi i sanitari non alle dipendenze del *Contraente* quando agiscono per conto del *Contraente* stesso;
- b) la responsabilità civile che possa gravare personalmente su tutti i dipendenti e i collaboratori anche convenzionati, a qualsiasi ruolo appartenenti, sui consulenti di cui il *Contraente* si avvale nell'esercizio della sua attività, su ogni operatore, frequentatore, volontario, specializzando, dottorando, tirocinante, allievo, assegnista, borsista, operante per conto del *Contraente*, comprese le famiglie alle quali il *Contraente* assegna minori a fini assistenziali, di adozione o affidamento;
- c) la responsabilità civile anche personale derivante all'*Assicurato* (compresi i dirigenti, funzionari e dipendenti del *Contraente*) ai sensi del d.lgs. n. 81/2008 ed eventuali successive modifiche ed integrazioni;
- d) la responsabilità civile derivante all'*Assicurato* (compresi i dirigenti, funzionari e dipendenti del *Contraente*) per qualsiasi danno subito da pazienti anche ad opera di sanitari non dipendenti dell' *Assicurato* e per i quali la legge attribuisca a questi una qualsiasi responsabilità e salvo il diritto della *Società* ad agire in surrogazione nei loro confronti ex art. 1916 Cod. Civ., sussistendone i presupposti;
- e) la responsabilità civile derivante ai dirigenti medici e al personale del comparto di supporto per danni cagionati nell'espletamento della libera professione intramoenia, anche allargata;
- f) la responsabilità civile che possa gravare, collegialmente o individualmente, sui componenti del Comitato Etico, anche regionale;
- g) la responsabilità personale degli anziani, dei portatori di handicap anche mentali nonché dei soggetti seguiti dai competenti servizi del *Contraente* per danni - da loro e tra loro - cagionati durante il tirocinio lavorativo presso aziende private o centri e/o durante il periodo di dimora presso famiglie affidatarie, compresi i danni arrecati alle famiglie affidatarie stesse;
- h) la responsabilità personale di studenti o altri ospiti dei centri gestiti dal *Contraente*; da fatto commesso da minori durante il periodo di dimora presso famiglie ai fini della loro assistenza, adozione o affidamento, comprese le lesioni alla persona arrecate ai membri della famiglia affidataria;

L'*Assicurazione* conserva la propria efficacia anche in relazione alla responsabilità civile personale e professionale dei collaboratori (dipendenti e non) del *Contraente* che svolgono attività presso altre strutture in virtù di convenzioni o specifici contratti e accordi stipulati con l'*Assicurato* o il *Contraente* stesso.

Nel caso in cui il danno sia dovuto a dolo di tutti i soggetti di cui sopra e/o a colpa grave di quelli assoggettati alla giurisdizione della Corte dei Conti, la *Società*, manlevando in ogni caso il *Contraente*, si riserva il diritto di rivalsa esclusivamente nei confronti di tali soggetti, fatta eccezione per i casi nei quali sussista eventualmente obbligo di legge contrastante.

Art. 3.8 – Esclusioni

1. L'*assicurazione* non comprende i danni conseguenti a fatti o circostanze pregresse già note al *Contraente* o all'*Assicurato* prima della data di effetto di questa assicurazione. Per fatti o circostanze pregresse già note si intendono:

- relativamente al *Contraente/Assicurato* persona giuridica le circostanze ed i fatti dannosi suscettibili di poter cagionare un sinistro di cui sia a conoscenza per iscritto l'ufficio competente ad effettuare la denuncia;
- relativamente e limitatamente all'*Assicurato*/persona fisica i casi in cui l'*Assicurato* abbia ricevuto una richiesta di risarcimento; in questi casi l'assicurazione rimane valida per il *Contraente*/persona giuridica che non è stato informato per iscritto.

Ad ogni buon conto le Parti precisano e danno atto che non si considerano fatti e circostanze pregresse note:

- le segnalazioni interne non accompagnate da espressa richiesta di risarcimento;
- qualunque lamentela avanzata dagli utenti anche tramite associazioni, difensore civico, tribunale del malato, etc., per le quali l'URP provvede a fornire risposta;
- le acquisizioni di documentazione clinica da parte di Autorità Giudiziaria che non siano accompagnate da espressa richiesta di risarcimento.

Si precisa che l'assicurazione comprende le richieste di risarcimento eventualmente pervenute al *Contraente* dopo il 30 giugno 2019, a condizione inderogabile che le stesse non potessero essere validamente denunciate ai



precedenti assicuratori e purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni avvenuti non prima della data di retroattività convenuta.

2. Dall'assicurazione sono esclusi i danni:

- a) da furto, eccettuati i casi seguenti che invece sono compresi nell'assicurazione a condizione che il fatto sia stato oggetto di regolare denuncia alla competente autorità:
 - a.1) perpetrato mediante l'utilizzazione di ponteggi eretti dall'Assicurato o dalle imprese di cui si
 - a.2) sottrazione di cose di terzi riposte in armadi o mobili chiusi a chiave o con lucchetti ovvero riposte presso guardaroba o depositi custoditi dall'Assicurato o appartenenti a qualunque soggetto del cui operato lo stesso debba legalmente rispondere.
- b) riconducibili ai rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 209/2005 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione (R.C.A.).
- c) in relazione all'impiego di natanti a motore o di aeromobili;
- d) in relazione all'impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti da persona non abilitata a norma delle disposizioni vigenti e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;
- e) relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*), le penalità, le multe, le ammende o altre sanzioni comminate al Contraente o all'Assicurato
- f) per danni alle cose e/o opere di terzi sulle quali si eseguono i lavori oggetto della attività;
- g) per danni alle cose che il Contraente abbia in custodia o detenga a qualsiasi titolo, in conseguenza di incendio;
- h) derivanti da violazione civile del rapporto con i terzi e/o i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione persecuzione, *mobbing*, molestie, violenze, abusi sessuali e simili);
- i) derivanti da omissione, errore o ritardo nella stipulazione, nell'aggiornamento o nel rinnovo di adeguate coperture assicurative, cauzioni o fidejussioni o altre garanzie finanziarie, nel pagamento dei relativi premi o altri corrispettivi;
- j) in relazione ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data di retroattività stabilita al successivo art. 3.13 - "Regime temporale".
- k) che abbiano origine o siano connesse con l'esposizione a muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali negli stabilimenti del Contraente.
- l) di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da, che siano la conseguenza di o siano connessi con qualsiasi atto di terrorismo indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca simultaneamente o in una qualsiasi altra sequenza al sinistro.

Ai fini della presente esclusione, si conviene che per "atto di terrorismo" si comprende un atto che comprende ma che non è limitato a: l'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di queste da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano individualmente o per conto o in connessione con qualsiasi organizzazione/i o governo/i e commesso per finalità politiche, religione, ideologiche o scopi simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di intimorire la popolazione o una qualsiasi parte di essa:

Con la presente esclusione si escludono anche i danni di qualsiasi natura derivanti da, che siano la conseguenza di o siano connessi con qualsiasi azione intrapresa per il controllo, la prevenzione o la repressione del terrorismo o che in qualsiasi modo sia in relazione ad un qualsiasi atto di terrorismo.

Nel caso in cui la Società affermi che in virtù della presente esclusione un eventuale danno non è coperto da garanzia, l'onere della prova sarà a carico dell'Assicurato.
- m) in relazione ad atti di sabotaggio e atti di guerra;
- n) derivanti da fatti o circostanze note al Contraente alla data di decorrenza dell'Assicurazione.

L'assicurazione comunque non è operante – per nessuna delle garanzie prestate – per i danni di qualsiasi natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualsiasi forma o natura l'amianto, né per i danni derivanti da campi elettromagnetici.

Art. 3.9 – Precisazioni ed estensioni

Fermo restando il principio contrattuale secondo il quale ciò che non viene espressamente escluso e/o delimitato rientra nell'operatività della garanzia, a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo, l'assicurazione vale anche per la responsabilità civile:

1. derivante da **proprietà o conduzione** e/o uso conduzione, a qualsiasi titolo o destinazione, **di fabbricati** e loro parti, compreso impianti e pertinenze nonché i lavori di ordinaria manutenzione;



2. derivante da **proprietà e/o uso di attrezzature, dispositivi, macchinari**, strumentazioni, impianti, mezzi di trasporto interni ed automezzi non soggetti alla L. 990/69 e ss.ii.mm., impiegati nello svolgimento dell'intero complesso di attività o servizi, senza esclusione alcuna;
3. derivante da **proprietà e/o uso di apparecchi** ad uso medico ed elettromedicale, diagnostico, terapeutico, anche se di proprietà di terzi, compresi apparecchi a raggi X, risonanza magnetica, radioisotopi, radionuclidi e altre apparecchiature simili; è compresa anche la RC derivante dagli interventi di chirurgia refrattiva, per tali intendendosi gli interventi di chirurgia incisionale, con uso di laser a eccimeri e con impiego di microcheratomo. La presente precisazione / estensione opera a parziale deroga di quanto previsto all'art. precedente – Esclusioni;
4. derivante da **prestazioni erogate al domicilio degli assistiti** e/o comunque al di fuori delle strutture ospedaliere/sanitarie del *Contraente*, anche presso altre strutture socio-sanitarie (case di cura, case di riposo, comunità terapeutiche, etc.) compresi i viaggi o gli spostamenti di pazienti, eventualmente ammalati di mente, anche per i danni cagionati da pazienti stessi a terzi e o ad altri pazienti;
5. per danni cagionati in relazione all'**utilizzo da parte degli assistiti**, anche presso il loro domicilio, **delle apparecchiature cedute loro in uso**, temporaneamente, dal *Contraente*;
6. derivante da **gestione di ambulatori, guardie mediche, pronto soccorso, farmacie ad uso interno**, incluso smercio, **gabinetti di analisi e di cura specialistica**, purché facenti parte della *Azienda* o agenti per conto della stessa;
7. derivante da **servizio di guardia medica interno e non**;
8. in relazione a **interventi chirurgici, trasfusioni, analisi, prescrizione e somministrazione di farmaci ed ogni altra procedura medico sanitaria** che il *Contraente* o i suoi preposti intendano adottare;
9. per **danni corporali** conseguenti ad **interventi estetici e fisionomici** purché determinati da errore tecnico nell'intervento, con esclusione delle pretese della mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunta dall'*Assicurato*.
10. per danni conseguenti al **trasporto dei pazienti a terzi autorizzati con ambulanze** e qualsiasi mezzo di proprietà ed in uso al *Contraente* e per le quali il *Contraente* è responsabile; in particolare per le cure somministrate durante il trasporto e/o conseguenti a malfunzionamento delle attrezzature presenti sui mezzi, ferma l'esclusione di tutti i rischi connessi alla circolazione;
11. derivante da **operazioni di disinfezione, disinfestazione** e comunque eseguite;
12. derivante dall'esistenza e dall'esercizio di **laboratori chimici e di analisi**, compreso il rischio conseguente alla elaborazione di testi e referti;
13. in relazione a **iniziative didattiche, ricreative, terapeutiche** realizzate nell'esercizio di funzioni di servizi anche accessori o complementari di ordinaria gestione o deliberati in sede amministrativa;
14. in relazione a **organizzazione e/o gestione di convegni, congressi, seminari, simposi, manifestazioni, corsi di aggiornamento** sia all'interno che all'esterno delle proprie strutture con partecipazioni di terzi, compreso il rischio derivante dall'organizzazione di visite guidate o altra attività connessa a ciascuna delle citate manifestazioni;
15. ai sensi dell'art. 2049 C.C. (**committenza generica**) per danni cagionati a terzi dalle ditte appaltatrici, dai dipendenti delle stesse o comunque da tutti coloro che, non in rapporto di dipendenza, partecipano in modo continuativo o saltuario alle attività dell'*Assicurato*;
La presente *garanzia* è operante solo dopo che il *massimale* o i *massimali* previsti dalle assicurazioni eventualmente stipulate dalle suddette ditte si sono esauriti, fermo in ogni caso i sottolimiti di indennizzo stabiliti in questa *polizza*, sempreché si accerti responsabilità civile che possa ricadere sul *Contraente*;
16. per **danni connessi al D.Lgs. 81/08 (ex D.Lgs. 626/94)**, siano essi dei dipendenti del *Contraente/Assicurato*, siano essi dei professionisti non dipendenti abilitati ad assumere tale incarico, l'*assicurazione* si estende alla responsabilità civile derivante al *Contraente/Assicurato* per i fatti connessi alla normativa di cui al D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Relativamente alla corresponsabilità del *Contraente*, in qualità di committente, prevista al punto 4. dell'art. 26 del D. lgs. 81/2008, resta convenuto che l'*assicurazione* risponde per tutti i danni per i quali il lavoratore, dipendente dall'appaltatore o dal subappaltatore, non risulti indennizzato ad opera dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) o dell'Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA).
17. per **danni connessi al D.Lgs. 494/96**, l'*assicurazione* comprende la responsabilità civile derivante al *Contraente/Assicurato* ai sensi del D.Lgs. 494/96 (e successive modifiche e/o integrazioni) nella sua qualità di committente dei lavori rientranti nel campo di applicazione del decreto legislativo stesso. Le imprese esecutrici dei lavori (nonché i loro titolari e/o dipendenti) sono considerati terzi. La *garanzia* è valida a condizione che il *Contraente/Assicurato* abbia designato il responsabile dei lavori, nonché, ove imposto dal decreto legislativo suddetto, il coordinatore per la progettazione ed il coordinatore dell'esecuzione dei lavori.



18. derivante da gestione **mense interne, servizio di ristorazione**, compreso il rischio di somministrazione di cibi e/o bevande, anche se distribuiti da apparecchi automatici, anche di proprietà di terzi. In caso in cui la gestione dei servizi è affidata a terzi, la presente assicurazione comprende soltanto la eventuale R.C. del *Contraente*;
19. derivante da proprietà, uso ed installazione di **insegne, attrezzature, cartelli pubblicitari e striscioni** ovunque ubicati nel territorio nazionale con l'intesa che, qualora la manutenzione sia affidata a terzi, la presente estensione vale per la R.C. derivante all'*Assicurato* esclusivamente quale committente;
20. ai sensi dell'art. 2049 C.C. per danni cagionati a terzi dai suoi dipendenti in relazione alla **guida di veicoli** purché i medesimi non siano di proprietà od in usufrutto del *Contraente* od allo stesso intestati al P.R.A., ovvero a lui locati. La *garanzia* vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate e per i danni cagionati con l'uso di biciclette. La *garanzia* è operante solo dopo esaurimento di ogni altra copertura di cui benefici il proprietario e/o conducente del veicolo che abbia cagionato il danno. La *garanzia* vale anche per **danni corporali** cagionati alle persone trasportate.
21. derivante da **ritardato e/o omesso soccorso**, in conseguenza di fatto accidentale verificatosi in relazione a tale specifica attività;
22. derivante da servizio di vigilanza effettuato anche con guardiani armati e cani. La presente *garanzia* è operante solo dopo che il *massimale* o i *massimali* eventualmente previsti dalle assicurazioni stipulate dalle ditte addette alla vigilanza si sono esauriti, fermo in ogni caso i sottolimiti di indennizzo stabiliti in questa *polizza*, sempreché si accerti responsabilità civile che possa ricadere sul *Contraente*;
23. relativamente ai **parchi e giardini** annessi ai fabbricati ad uso dei complessi ospedalieri per la responsabilità civile per danni arrecati a terzi, nella sua qualità di proprietario e conduttore, dalle cose immobili per loro natura o destinazione ivi esistenti (compreso alberi e piante in genere), nonché dalle macchine agricole adibite a lavori agricoli nei parchi e giardini medesimi;
24. per la presenza nei reparti pediatrici delle madri (o di altra persona validamente sostitutiva) dei bambini ricoverati;
25. in relazione a **attività sportive e ricreative aziendali** anche svolte tramite CRAL aventi autonoma personalità giuridica;
26. derivante da **attività svolte dalla squadra antincendio**;
27. derivante da **colpa grave e/o dolo** delle persone di cui il *Contraente/Assicurato* deve rispondere, a sensi di legge.

Si precisa, infine, che l'erogazione di tutti i servizi può essere effettuata sia direttamente che tramite:

- persone a rapporto convenzionale, incarichi occasionali vari, affidamento e/o concessione a terzi, persone impegnate in lavori socialmente utili;
- studenti, ricercatori, praticanti, volontari, collaboratori a qualsiasi titolo;
- convenzioni con le Associazioni Volontaristiche/Servizio Civile;
- stagisti, borsisti e tirocinanti ammessi a frequentare le strutture a titolo volontaristico e/o di perfezionamento professionale;
- consulenti a qualsiasi livello della struttura, anche in forza di contratti a partita Iva; a fine *annualità* dovranno essere comunicati i compensi erogati, al fine di procedere correttamente alla regolazione del *premio*.

Tale elenco ha carattere esemplificativo e non esaustivo.

Pertanto si conviene che per tutte le persone non dipendenti del *Contraente/Assicurato*, di cui lo stesso si avvale in forma continuativa, saltuaria od occasionale, per l'espletamento delle attività oggetto dell'assicurazione, le garanzie valgono:

- a) per la responsabilità civile derivante al *Contraente/Assicurato* per danni causati da tali persone a terzi, compresi i dipendenti e gli Amministratori;
- b) per la responsabilità civile derivante al *Contraente/Assicurato* per danni subiti da tali persone.

Art. 3.10 – Estensioni di garanzia soggette a limitazioni

Premesso che le seguenti estensioni di garanzia operano nei limiti previsti alla successiva sezione 5) *l'assicurazione* vale anche per la responsabilità civile:

1. per **danni a veicoli di terzi e/o dipendenti** (escluso quelli da furto) che si trovino nell'ambito delle aree di pertinenza del *Contraente* e dei quali il *Contraente* stesso fosse ritenuto responsabile;
2. per danni a **mezzi di trasporto sotto carico e scarico**, nonché alle cose di terzi sugli stessi;
3. per danni dei quali l'*Assicurato* sia tenuto a rispondere verso gli assistiti e gli ospiti a sensi di legge per sottrazione distruzione e deterioramento delle **cose** portate nelle strutture ove vengono erogate le prestazioni sanitarie, consegnate e/o custodite, nei limiti di quanto previsto dalle vigenti leggi;



4. derivante dalla **raccolta, elaborazione, distribuzione, utilizzazione del sangue**, suoi preparati o derivati e da manipolazioni di prodotti od organi di natura umana e loro derivati. La *garanzia* è operante a condizione che il *Contraente* abbia ottemperato a tutti gli obblighi previsti in merito al controllo preventivo del sangue da leggi e/o circolari ministeriali specifiche sulla materia e in vigore al momento del fatto. L'*assicurazione* è altresì operante per i danni provocati a terzi - siano o no degenti - dalla insorgenza o aggravamento della malattia AIDS;
5. derivante dalla **detenzione e dall'uso di fonti radioattive e magnetiche**, per scopi diagnostici, terapeutici e di ricerca, a condizione che l'attività degli *Assicurati* sia intrapresa con l'osservanza delle norme vigenti in materia, nonché delle prescrizioni della competente autorità. Il *Contraente* si impegna altresì ad uniformarsi alle norme ed alle prescrizioni successivamente emanate, a valersi esclusivamente di personale tecnico specializzato ed idoneamente protetto e ad allontanare qualsiasi persona estranea all'impiego delle fonti radioattive dai locali di conservazione od uso delle fonti stesse. La presente precisazione / estensione opera a parziale deroga di quanto previsto all'art. precedente – Esclusioni;
6. derivante all'*Assicurato* nella sua qualità di **componente del Comitato Etico**, per danni cagionati ai soggetti sottoposti alla sperimentazione e/o a studi osservazionali e/o studi per il miglioramento della pratica clinica, nello svolgimento delle funzioni istituzionali svolte secondo le norme vigenti.
La garanzia è estesa alla responsabilità dei soggetti componenti la segreteria tecnico-scientifica, in ottemperanza alla vigente normativa; dell'organo di amministrazione che istituisce il Comitato Etico;
7. derivante all'*Assicurato* nella sua qualità di soggetto autorizzato ai sensi di legge, a promuovere e/o svolgere **attività di sperimentazione clinica, terapia di medicina complementare, studi per il miglioramento della pratica clinica e/o studi osservazionali**, sperimentazioni spontanee non sponsorizzate condotte secondo le indicazioni ministeriali o al di fuori di esse, in ogni fase e grado, anche avvalendosi del Fondo della ricerca Indipendente per i protocolli interni e/o sponsorizzati da terzi. L'*assicurazione* è, inoltre, operante per sperimentazioni di dispositivi medici, dispositivi impiantabili attivi ed apparecchiature medicali.
La garanzia opera a condizione che sia stato espresso parere favorevole alla sperimentazione da parte del Comitato Etico Aziendale e/o Interaziendale.
La copertura assicurativa opera per la diretta ed esclusiva responsabilità dell'*Assicurato* e del personale, anche in Convenzione, del quale si avvalga per la sperimentazione e ricerca, di cui ai sensi di legge debba rispondere e non comprende la responsabilità che ricada sul produttore dei farmaci, sullo sponsor, sia per la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione che per il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione.
La copertura assicurativa non è operante per le "Sperimentazioni cliniche dei medicinali finalizzate al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria e non ai fini industriali" rientranti nella disciplina entrata in vigore con D.M. 14 luglio 2009 – Sperimentazioni non profit – e per le quali l'Azienda provvede mediante altra copertura assicurativa.
Questa copertura assicurativa opererà in Differenza di Limiti e di Condizioni rispetto alle polizze sottoscritte obbligatoriamente per i protocolli ed in caso di inesistenza e/o inoperatività della garanzia obbligatoriamente sottoscritta per il singolo protocollo la presente polizza opererà previa applicazione di una franchigia pari ai massimali previsti dal richiamato D.M. e ss.mm.ii.
8. per danni **da inquinamento dell'ambiente** conseguenti a **contaminazione dell'acqua, dell'aria o del suolo**, derivante dalle attività indicate in questa *polizza*, purché causato unicamente da fatto improvviso, subitaneo e accidentale.
L'espressione "danni da inquinamento dell'ambiente" sta a significare quei danni che si determinano in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria, del suolo, del sottosuolo, congiuntamente o disgiuntamente, ad opera di sostanze di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite da installazioni o complessi di installazioni che il *Contraente* utilizza per l'esercizio delle attività indicate in questa *polizza*.
9. derivante dal conferimento di **rifiuti speciali**, tossici, infetti, o nocivi;
10. derivante all'*Assicurato* per danni cagionati a terzi da implantologia di prodotti/impianti che prevedono **l'utilizzo di silicone** in forma liquida o gelatinosa.
11. per danni a cose altrui derivanti da **incendio, esplosione o scoppio di cose dell'Assicurato** o da lui detenute. Resta inteso che qualora l'*Assicurato* fosse già coperto da *polizza* incendio con garanzia "Ricorso dei Vicini/Terzi" la presente *garanzia* opererà a secondo rischio, per l'eventuale eccedenza rispetto alle somme assicurate con la suddetta *polizza* incendio;
12. per **danni cagionati a terzi** od alle cose di terzi, ai propri operatori od alle cose dei propri operatori **da parte di pazienti** assistiti dal *Contraente*;



13. derivanti da **interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività** industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza;
14. A parziale deroga di quanto previsto all'art. 3.3, la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanti questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per **perdite patrimoniali** involontariamente cagionate ai Terzi Utenti delle strutture in conseguenza di una non intenzionale violazione degli obblighi di legge in relazione al **trattamento dei dati personali**, siano essi comuni che sensibili. La garanzia è operativa a condizione che il trattamento di tali dati sia strettamente strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali del Contraente.
- La presente estensione non vale:
- a. per il trattamento di dati aventi finalità commerciali;
 - b. per la diffusione e il trasferimento dei dati personali ed altri soggetti;
 - c. per le multe e le ammende inflitte direttamente al *Contraente* od alle persone del cui operato lo stesso debba rispondere.
- La garanzia opera per la RC personale derivante ai dipendenti dell'*Ente Assicurato* salvo il diritto di rivalsa nei loro confronti per dolo e colpa grave. Il *Contraente* e i dipendenti non sono terzi fra di loro.
15. a parziale deroga di quanto previsto all'art. 3.3, la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanti questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per **perdite patrimoniali** involontariamente cagionate ai Terzi che si verifichino a seguito dello **svolgimento della pratica medico-sanitaria** (*sinistro medical malpractice*), anche in assenza di lesioni corporali o danni materiali purché in conseguenza di un fatto accidentale ed involontario (*es. errata diagnosi a seguito della quale si verifica una nascita non voluta, etc.*).
- La presente estensione non vale per danni causati a seguito dello svolgimento di attività diverse da quella medico-sanitaria, quali attività amministrative, contabili, gestionali, fiscali, etc..

Art. 3.11 - Rischi Atomici, Danni da Inquinamento, Danni da Esplosivi

L'assicurazione non comprende i danni:

1. verificatisi in connessione con fenomeni di radioattività, con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.), salvo quanto previsto all'art. 3.10.5;
2. conseguenti ad inquinamento dell'aria dell'acqua o del suolo o interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione o impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, salvo quanto previsto all'articolo 3.10.8;
3. derivanti dalla detenzione o dall'impiego di esplosivi, salvo quando tale impiego sia richiesto per l'esecuzione di lavori di cui il *Contraente* sia committente.

Art. 3.12 – Ambito territoriale

L'Assicurazione vale per le *richieste di risarcimento* originate da comportamenti colposi posti in essere nel territorio Italiano o nei territori esteri nell'ambito del legittimo espletamento delle funzioni istituzionali, esclusi USA e Canada.

Art. 3.13 – Regime temporale

La presente *assicurazione* è prestata nella forma «claims made» e vale per i *sinistri* (intendendosi per “sinistro” le *richieste risarcitorie* pervenute al *Contraente* durante l'efficacia dell'*assicurazione*) che si manifestino per la prima volta dopo la data di efficacia del contratto, a condizione inderogabile che:

- le stesse non potessero essere validamente denunciate ai precedenti assicuratori;
- siano conseguenza di eventi, errori od omissioni avvenuti non prima della data di retroattività convenuta (anni dieci);
- il *Contraente* ne faccia regolare denuncia agli Assicuratori (*Società*), nei modi e nei termini stabiliti, nel corso del periodo di durata di questo contratto;
- non sia stato stipulato, nel frattempo, altro contratto che ricomprenda i casi in argomento.



**SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI****Art. 4.1 – Denuncia di sinistro**

In caso di sinistro il Contraente, e/o l'Assicurato per il tramite del Contraente, deve darne avviso scritto al Broker e/o alla Società entro 45 giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'art. 1913 C.C..

Per quanto concerne gli eventuali sinistri rientranti nella garanzia "Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro - RCO" l'obbligo di denuncia esiste solo ed esclusivamente in caso di:

- notifica, all'Azienda e/o ad un Assicurato, dell'apertura di un'inchiesta giudiziaria/ amministrativa per infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale;
- notifica, all'Azienda e/o ad un Assicurato, dell'apertura di un procedimento penale;
- notifica per iscritto, all'Azienda e/o ad un Assicurato, di una richiesta di risarcimento da parte di Enti di previdenza/assistenza quali l'I.N.A.I.L. e/o l'I.N.P.S.;
- notifica per iscritto, all'Azienda e/o ad un Assicurato, di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o dei suoi Legali e/o dei suoi aventi diritto.

La Società è tenuta a contestare al Contraente le eventuali eccezioni di inoperatività delle garanzie di polizza entro 30 giorni dalla denuncia di sinistro.

Tale termine deve considerarsi perentorio ed una volta decorso il sinistro si intende assunto in garanzia dalla Società a tutti gli effetti.

Art. 4.2 – Sinistri RCT MedMal - Premesse**a) la Società**

- a.1 dovrà disporre di una struttura preposta all'accertamento, gestione e liquidazione dei *sinistri* e di idonei specialisti delle aree interessate (medici specialisti, studi peritali, professionisti);
- a.2 dovrà comunicare il nominativo del referente della struttura deputato a mantenere i contatti con il *Contraente* ed il *Broker*, indicando i relativi recapiti (telefono telefax, portatile, e-mail, indirizzo), e suo sostituto, impegnandosi a comunicare ogni eventuale variazione al riguardo.

b) Il Contraente

- b.1 si impegna a gestire in proprio i sinistri medmal che rientrano nella SIR (Self Insured Retention), tenendo a proprio carico le relative spese (legali, peritali, etc.), fatte salve eventuali spese di resistenza in giudizio ai sensi di quanto previsto dall' art. 1917, 3° e 4° comma del codice civile;
- b.2 si impegna a gestire in proprio i sinistri di importo indefinito ma che vengano giudicati rientranti nella *SIR*, tenendo a proprio carico le relative spese (legali, peritali, etc.) fatte salve eventuali spese di resistenza in giudizio ai sensi di quanto previsto dall' art. 1917, 3° e 4° comma del codice civile;
- b.3 si impegna a denunciare alla Società i sinistri:
 - di importo dichiarato eccedente la *SIR*
 - di importo indefinito, ma giudicati eccedenti la *SIR*;
- b.4 si impegna, altresì, a denunciare alla *Società* i *sinistri* di cui al punto b.2 che, nella loro evoluzione, così come previsto al successivo punto 4.3 dovessero rappresentare importi tali da superare l'importo della *SIR*.

Ciò premesso, nel comune interesse, le Parti convengono di adottare le seguenti modalità per una gestione appropriata dei *sinistri*, da svolgersi in reciproca collaborazione tra gli Uffici competenti del *Contraente*, del CAVS e/o Organismi similari (ove previsti) e la *Società* attraverso l'Ufficio di Liquidazione *Sinistri* da essa nominato.

Art. 4.3 – Sinistri RCT MedMal - Procedure per la gestione

Resta convenuto tra le parti che la garanzia prestata dalla presente polizza, per i danni MedMal, opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui potenziale risarcimento superi l'importo della Self Insured Retention (S.I.R.).

Una volta ricevuto il sinistro, così come definito in polizza, Il *Contraente* procederà come segue:

1. I sinistri la cui richiesta di danno risulti palesemente pari o inferiore all'importo della SIR, saranno direttamente gestiti, definiti e liquidati dal Contraente, che sosterrà a proprio carico le relative spese di gestione oltre che i



costi legali e peritali connessi alla trattativa stragiudiziale e giudiziale del reclamo, senza necessità che tali sinistri siano comunicati alla Società.

2. I sinistri la cui richiesta di danno risulti palesemente superiore all'importo della SIR saranno denunciati dal Contraente alla Società, nei termini contrattualmente previsti (art. 4.1) che ne curerà la gestione e la relativa definizione.
3. In caso di incertezza in merito all'attribuzione della fascia di gestione si procederà come segue:
si attiverà un confronto, anche telematico fra gli uffici competenti del Contraente e la Società onde pervenire ad una decisione condivisa sull'assegnazione;
qualora non si addivenisse ad un accordo tra Contraente e Compagnia in merito all'assegnazione della fascia di gestione il Contraente ha la facoltà di avocare alla propria gestione i casi in cui ritenga ci siano elementi oggettivi che consentano di ricondurre con ragionevole probabilità il potenziale valore economico delle relative richieste di risarcimento al di sotto della soglia di S.I.R. In tal caso la Società non risponderà di importi superiori alla S.I.R. a meno che nell'iter gestionale del sinistro emergano nuovi elementi inizialmente non valutabili che facciano presumere un importo di definizione del sinistro superiore alla S.I.R.. In questo caso il Contraente procederà al passaggio di gestione della pratica alla Società nei termini contrattualmente previsti (art. 4.1) che ne curerà la gestione e la relativa definizione.

Per i sinistri gestiti dalla Società si procederà come segue:

- a) La Società terrà in debito conto tutti i contributi e la documentazione fornita dal Contraente in tutte le fasi di gestione del sinistro;
- b) La società informerà periodicamente e tempestivamente il Contraente sullo stato delle pratiche il quale avrà diritto di esporre le proprie osservazioni, a beneficio della migliore efficacia possibile della gestione.
- c) La società è tenuta ad acquisire da parte del Contraente il preventivo consenso dello stesso prima di provvedere alla definizione di qualsiasi indennizzo. La Società si impegna altresì a trasmettere al Contraente a supporto di quanto sopra, estratto della relazione medico legale del proprio fiduciario e idoneo parere in merito all'opportunità della transazione.
- d) Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, il Contraente dovrà inviare entro 45 giorni dal ricevimento della proposta transattiva da parte della Società, proprie considerazioni di merito, in assenza delle quali la Società dovrà ritenersi autorizzazione a procedere o meno alla eventuale transazione nei termini prospettati. In caso di importo inferiore alla S.I.R. la Società non procederà ad alcuna transazione senza formale autorizzazione da parte del Contraente.
- e) Acquisito il benessere da parte del Contraente, la Società provvederà alla definizione del sinistro e comunicherà al Contraente il pagamento da effettuare. Qualora il Contraente / Assicurato comunichi la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dalla Società, o non manifesti alcuna volontà, la stessa Società resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta, anche qualora il sinistro sia definito successivamente per un importo maggiore, mentre la differenza resterà a carico del Contraente/ Assicurato.
- f) La Società comunicherà al Contraente i singoli pagamenti da effettuare di volta in volta, tenendo anche conto di eventuali altre assicurazioni che possano concorrere al risarcimento dei danni. Ogni pagamento dovrà essere effettuato dal Contraente quanto prima possibile, e comunque non oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla presentazione della quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente. Gli eventuali maggiori costi dovuti al mancato o tardivo pagamento dei sinistri, resteranno ad esclusivo carico del Contraente/ Assicurato.

Resta convenuto tra le parti, che è comunque facoltà della Società, effettuare "audit" periodiche presso il Contraente, al fine di poter condurre una verifica di tutti i sinistri non denunciati alla Società. A tal proposito il Contraente si impegna ad esibire un report contenente tutte le necessarie informazioni, nonché a mettere a disposizione della Società ogni ulteriore elemento utile alla disamina delle posizioni.

Nel caso in cui la Società valuti che il valore di uno o più sinistri possa superare l'importo della S.I.R., si riserva di chiedere al Contraente l'affidamento di tali sinistri; in tal caso, l'Azienda si impegna entro 15 giorni dalla richiesta da parte della Società, a denunciare gli stessi sinistri con le modalità stabilite dal presente contratto. La Società in fase di liquidazione dei sinistri, provvederà a liquidare l'importo eccedente il valore della S.I.R., mentre sarà erogato direttamente dal Contraente al terzo danneggiato il valore della S.I.R..



Il Contraente, a semplice richiesta della Società, si impegna a fornire con cadenza trimestrale, un elenco in formato Excel dettagliato dei sinistri rientranti in S.I.R..

Art. 4.3.1 – Sinistri RCT/RCO non MedMal - Procedure per la gestione

Nel comune interesse le Parti convengono di adottare le seguenti modalità per una gestione appropriata dei sinistri, da svolgersi in reciproca collaborazione:

- 1) In caso di sinistro, debitamente denunciato alla Società:
 - il Contraente si impegna a:
 - fornire alla Società ogni elemento utile per la migliore comprensione degli eventi denunciati, al fine di favorire la sollecita definizione delle pratiche, anche in via stragiudiziale.
 - La Società si impegna a:
 - recepire ed a tenere in debita considerazione i contributi che verranno da parte del Contraente, sia in fase di denuncia del sinistro, che nel prosieguo della vertenza;
 - intrattenere periodicamente e tempestivamente il Broker ed il Contraente sullo stato delle pratiche (almeno con cadenza trimestrale), fornendo copia della documentazione processuale più rilevante e valutando con essi le iniziative per migliore gestione delle vertenze, compatibilmente con l'urgenza del caso.
- 2) In caso azione legale, il Contraente provvede al rilascio del mandato alle liti in favore del legale designato dalla Società. E' fatta salva tuttavia la facoltà di costituirsi in proprio nella vertenza, riservandosi la successiva chiamata in causa della Società.
- 3) In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, la Società provvederà a liquidare al danneggiato l'intero importo del danno ed al termine di ogni semestre, provvederà al recupero delle franchigie anticipate per conto del Contraente, mediante l'emissione di un apposito documento riportante tutti gli elementi identificativi delle singole pratiche liquidate (controparte, n. e data sx, data pagamento, importo pagamento, franchigia a carico del Contraente). La Società dovrà, inoltre, allegare copia delle quietanze firmate dai beneficiari o, in mancanza, idonea prova dei dispositivi di pagamento effettuati.
Tale previsione è valida anche per i sinistri il cui importo sia inferiore alla franchigia contrattualmente prevista, nel qual caso la Società richiederà al Contraente l'intero importo liquidato al danneggiato, rispettando i termini del comma precedente.

Art. 4.4 – Diritto di surrogazione e rinuncia alla rivalsa

Gli Assicuratori (*Società*) rinunciano, a favore del *Contraente*, al diritto di rivalsa e surrogazione nei confronti delle persone delle quali il *Contraente* si avvale nello svolgimento della sua attività, dei comuni di appartenenza, degli Enti e delle Aziende da questo costituiti e dei loro dipendenti salvo il caso in cui il danno sia causato dal personale dipendente del *Contraente* e sia dovuto a dolo, o dal personale non dipendente del *Contraente* e sia sempre dovuto a dolo.

Gli Assicuratori (*Società*) rinunciano al predetto diritto di surrogazione, salvo il caso di dolo e sempre che il *Contraente* stesso non eserciti la rivalsa, nei confronti dei soggetti di seguito elencati:

- i componenti del Comitato Etico, per le attività svolte in questa loro qualità;
- associazioni, patronati ed enti in genere senza scopi di lucro, che possano collaborare con l'Assicurato per le attività indicate in questa polizza;
- soggetti disabili o handicappati, inseriti temporaneamente nella struttura per finalità di recupero;
- persone assistite nell'ambito dei programmi di inserimento educativo, socializzante, riabilitativo, terapeutico;
- minori in affidamento o comunque posti dalla Magistratura competente sotto la tutela o la sorveglianza dell'Assicurato.

Art. 4.5 - Gestione delle vertenze di danno

Sono a carico della *Società* assicuratrice le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del limite di risarcimento applicabile al caso.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto limite, le spese vengono ripartite fra la *Società* assicuratrice e l'Assicurato in proporzione al rispettivo interesse (art. 1917 c. c., terzo comma).

Il *Contraente* e la *Società* individuano di comune accordo un pool di legali e consulenti tecnici tra i fiduciari della *Società*; tra questi la *Società* sceglierà il legale cui affidare la difesa e il consulente tecnico di parte.



Nel caso in cui la *Società* non intenda assumere la gestione della vertenza, dovrà motivare opportunamente tale decisione e comunicarla al *Contraente/ Assicurato* almeno quaranta giorni prima della data fissata per la prima udienza onde consentire agli stessi di potersi costituire in causa e chiamare in garanzia l'Assicuratore (*Società*), conformemente a quanto disposto dal 4° comma dell'art. 1917 del Codice Civile.

La *Società* non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

E' parimenti stabilito che la *Società* assicuratrice potrà assumere la gestione di un procedimento penale anche se ciò non comporta l'apertura di un *sinistro* a termini di *polizza*, sia per definizione che secondo le esclusioni contrattuali; in ogni caso la *Società* assicuratrice, una volta assunta questa posizione, non potrà disinteressarsi della difesa legale dell'imputato fino alla conclusione del procedimento penale in corso al momento di eventuali definizioni transattive della vertenza.

Art. 4.6 - Rapporto sinistri

La *Società* assicuratrice si impegna ed obbliga a fornire al *Contraente*, con cadenza semestrale, il dettaglio aggiornato dei *sinistri*, indicando:

- Il n. attribuito al *sinistro*
- Data e luogo di accadimento
- Data del (primo) reclamo
- Data dell'apertura di *sinistro*
- Estremi identificativi del danneggiato
- Dettagliata disamina dello stato del *sinistro* in punto di responsabilità dei soggetti assicurati
- Ammontare del danno richiesto (se disponibile) o ammontare riservato e/o stimato
- Importo liquidato (e relativa data di pagamento)
- Motivazioni a base della eventuale chiusura del *sinistro* senza seguito
- Contenzioso SI/NO
- Stato della pratica

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data di accensione della *polizza* fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche e comunque con scadenza almeno semestrale.

La *Società* dovrà, con detta cadenza semestrale, continuare a rendere i dati previsti anche dopo la cessazione del contratto, sino alla completa definizione di tutti i *sinistri*.

La *Società* terrà conto, nella formulazione degli importi da appostare a riserva o da stimare, delle deduzioni ottenute dal *Contraente*, motivando opportunamente in caso di adozione di diverso importo ed informando contestualmente il *Contraente* stesso.

In caso di esercizio del diritto di recesso anticipato o per *sinistro* (artt. 2.5 e 2.6) la *Società* si impegna irrevocabilmente a trasmettere, contestualmente alla disdetta, il report *sinistri* aggiornato ai sensi del presente articolo, completo per ogni contratto stipulato nell'ambito del Lotto Unico di gara.



**SEZIONE 5 – MASSIMALI, SOTTOLIMITI DI RISARCIMENTO, SIR E CALCOLO DEL PREMIO****Art. 5.1 – Massimali**

La Società, alle condizioni tutte della presente polizza, presta l'assicurazione fino alla concorrenza dei seguenti massimali di garanzia:

RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI			RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO DIPENDENTI	
per ogni sinistro	con il limite per persona	con il limite per cose	per ogni sinistro	con il limite per persona
Euro 7.500.000,00	Euro 5.000.000,00	Euro 2.500.000,00	Euro 7.500.000,00	Euro 5.000.000,00

Salvo proposizione di variante a sensi del Disciplinare di gara (aumento massimali)

limite di risarcimento annuo	€ 25.000.000,00	per l'insieme di tutti i sinistri di pertinenza di una determinata annualità assicurativa, qualunque sia il numero dei danneggiati e delle persone assicurate e senza riguardo al momento in cui i danni si sostanziano o ne venga effettuata la liquidazione
------------------------------------	-----------------	---

Salvo proposizione di variante a sensi del Disciplinare di gara (aumento limite di risarcimento annuo)

In caso di più richieste di risarcimento originate da una stessa causa, la data della prima richiesta sarà considerata come data di tutte le richieste, anche se presentate successivamente alla cessazione dell'assicurazione. A tale fine, più richieste di risarcimento originate da una stessa causa sono considerate come un unico sinistro.

Il massimale per sinistro dovrà intendersi massimo risarcimento nel caso di "sinistro in serie".

Art. 5.2 – Sottolimiti di risarcimento; franchigie e scoperti; SIR

5.2.1 Si conviene d'accordo tra le parti le seguenti SIR (Self Insured Retention) / Franchigie nei casi diversi da quelli indicati al successivo art. 5.2:

SIR per sinistro MedMal	SIR per sinistro NON MedMal
€ 150.000,00	€ 10.000,00
	ove non previsto diversamente ai sensi del successivo art. 5.2.2

Salvo proposizione di variante a sensi del Disciplinare di gara (diminuzione SIR per sx MedMal)

5.2.2 La Società, nei limiti dei massimali di cui al precedente art. 5.1 ed alle condizioni tutte della presente polizza, liquiderà i danni per le garanzie sotto riportate, con l'applicazione dei relativi sottolimiti.

Art.	Garanzie	Limiti di risarcimento	
		Max risarcimento	SIR / Franchigia (ove non specificato vedi art. 5.2.1)
3.10.1	danni a veicoli di terzi e/o dipendenti	250.000 per sx – 50.000,00 per veicolo	NO
3.10.2	danni a mezzi di trasporto sotto carico e scarico	250.000 per sx	NO
3.10.3	Danni a cose in consegna e in custodia	5.000 per ogni danneggiato	Fr. € 250
3.10.4	Distribuzione-utilizzazione del sangue e derivati	2.000.000 per sx/anno/sinistro in serie	SIR/Franchigia
3.10.5	Detenzione ed uso fonti radioattive	5.000.000 per sx/anno/sinistro in serie	SIR/Franchigia
3.10.6	Comitato Etico	2.000.000 per sx/anno/sinistro in serie	SIR/Franchigia
3.10.7	Sperimentazione clinica	2.000.000 per sx/anno/sinistro in serie	SIR/Franchigia
3.10.8	Inquinamento accidentale	1.500.000 per sx/anno/sinistro in serie	Scop. 10% min. 5.000 max 10.000
3.10.9	Conferimento rifiuti speciali	1.500.000 per sx/anno/sinistro in serie	Scop. 10% min. 5.000 max 10.000
3.10.10	Silicone in forma liquida o gelatinosa	2.000.000 per sx/anno/sinistro in serie	SIR/Franchigia
3.10.11	Danni da incendio, esplosione	1.500.000 per sx/anno/sinistro in serie	Scop. 10% min. 5.000 max 10.000
3.10.12	Danni a terzi da parte di pazienti	1.000.000 per sx/anno/sinistro in serie	-
3.10.13	Danni da interruzione di attività	1.000.000 per sx/anno/sinistro in serie	Scop. 10% min. 5.000 max 10.000
3.10.14	Perdite patrimoniali (trattamento dati)	500.000 per sx/anno/sinistro in serie	Fr. 2.500
3.10.15	Perdite patrimoniali (pratica medica)	1.500.000 per sx/anno/sinistro in serie	SIR/Franchigia

Art. 5.3 – Calcolo del premio

PREMIO ANTICIPATO NON SOGGETTO A REGOLAZIONE (PREMIO FLAT):

Il premio anticipato dal Contraente viene così calcolato (*vedi scheda di offerta*):



Parametro per il calcolo del premio		Tasso annuo imponibile	Premio annuo imponibile
Retribuzioni annue lorde al personale dipendente ed a quello ad esso assimilato	€‰	€
Premio annuo finito		Imposte	€
			€
			€

Il premio annuo sopra esposto non è soggetto ad alcuna regolazione.

Pertanto l'art. 2.7, Sezione 2 della presente polizza, non deve considerarsi operante.

L'eventuale revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza viene regolata ai sensi dell'art. 106 del D. Lgsvo 50/2016, laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una loro variazione.

Art. 5.4 – Riparto di coassicurazione

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le relative percentuali di coassicurazione sono indicate nell'allegata scheda di offerta, fermo restando, in deroga al medesimo articolo 1911 c.c., la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la polizza e gli atti connessi anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe, recesso, atti giudiziari,

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicate; per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 5.5 – Disposizione finale

Resta convenuto che si intendono operanti solo le norme elencate e descritte nella presente polizza nelle Sezioni dalla n. 1 alla n. 5 comprese, unitamente alle eventuali varianti contenute nelle schede di offerta presentate in sede di gara, che, allegate al presente contratto, ne formano parte integrante e sostanziale.

La firma, eventualmente apposta dal Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società, vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

Il presente Capitolato, modificato secondo le varianti presentate ed accettate in sede di gara, completato con le indicazioni di prezzo, decorrenza e scadenza, assume a tutti gli effetti la validità di contratto.

La Società

Il Contraente

Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., la Società ed il Contraente dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

- 1.1 Definizioni relative al contratto in generale
- 1.2 Definizioni relative all'assicurazione RCT-O
- 2.2 Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio
- 2.3 Assicurazione presso diversi assicuratori
- 2.4 Durata dell'assicurazione
- 2.5 Facoltà di recesso in caso di sinistro
- 2.6 Cessazione anticipata del contratto
- 2.10 Forma delle comunicazioni
- 2.11 Gestione del contratto



- 2.12 Rinvio alle norme di legge - Foro competente
- 2.13 Interpretazione del contratto
- 2.17 Disciplina dell'appalto
- 3.5 Precisazioni ed estensioni
- 3.6 Estensioni di garanzia soggette a limitazioni
- 3.10 Regime temporale (*regime di "claims made"*)
- 4.1 Denuncia di sinistro
- 4.2 Sinistri RCT MedMal - Premesse
- 4.3 Sinistri RCT MedMal - Procedure per la gestione
- 4.3.1 Sinistri RCT/RCO non MedMal - Procedure per la gestione
- 4.4 Diritto di surrogazione e rivalsa
- 4.5 Gestione delle vertenze di danno
- 4.6 Rapporto sinistri
- 5.5 Disposizione finale

La Società

Il Contraente

Allegati:

- questionario informativo
- schede di offerta (tecnica ed economica) presentate in sede di gara