

ASL N° 3 di Nuoro

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI DI LAVORO

CAPITOLATO TECNICO

CONTRAENTE	ASL N° 3 di Nuoro
DECORRENZA	ORE 24.00 DEL 13.04.2012
SCADENZA	ORE 24.00 DEL 13.04.2015
RATEAZIONE	ANNUALE

Sommario

Definizioni	pag.	3
Norme che regolano l'assicurazione in generale	pag.	5
Norme che regolano l'assicurazione di Responsabilità Civile	pag.	8
Norme che regolano l'assicurazione in caso di sinistro.....	pag.	17
Norme che regolano l'assicurazione personale per colpa grave.....	pag.	20
Scheda di offerta	pag.	22

Definizioni

Alle seguenti espressioni viene convenzionalmente attribuito il significato qui precisato:

- **per Annualità assicurativa** il periodo pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione;
- **per Assicurato** il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione e pertanto:
 - l'ASL N° 3 di Nuoro
 - gli amministratori (Direttore Generale, Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario) anche in qualità di legali rappresentanti della Contraente;
 - i componenti del Comitato Etico e quelli del Collegio dei Revisori;
 - tutti i dirigenti, i funzionari e i dipendenti della Contraente, INAIL e non INAIL e tutti i soggetti non dipendenti che partecipano, a qualsiasi titolo, alle attività della Contraente indicate in polizza;
- **per Assicurazione** il contratto di assicurazione;
- **per Broker** l'ATI SAMAR-GPA, intermediari autorizzati ai sensi del D. Lgs. 209/2005, quale mandatari incaricati della Contraente della gestione ed esecuzione della presente polizza, riconosciuti in tale veste dalla Società;
- **per Conciliazione** la composizione di una controversia conseguente all'attività di mediazione (D.Lgs. 4.3.2010 n° 28);
- **per Contraente** l'ASL N° 3 di Nuoro;
- **per Cose** sia gli oggetti materiali sia gli animali;
- **per Danno** l'entità economica del sinistro;
- **per Danno corporale** il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone;
- **per Danno patrimoniale** Il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni corporali o materiali;
- **per Danno materiale** ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa;
- **per Dipendenti** le persone iscritte, al momento del verificarsi del sinistro, nel libro paga tenuto dal Contraente/Assicurato a norma di legge, ovvero personale sia in ruolo che a tempo determinato;
- **per Fatto noto/Circostanze pregresse** sono quelli/e puntualmente descritti/e alla successiva definizione "per Richiesta di risarcimento";
- **per Franchigia (se contemplata)** la parte di danno che l'Assicurato/Contraente tiene a suo carico;
- **per Franchigia aggregata (se contemplata)** l'ammontare fino a concorrenza del quale il contraente assume a suo carico il pagamento di tutte le somme liquidate a termini di questo contratto per il risarcimento dei danni relativi ai sinistri rientranti in un determinato periodo assicurativo annuo. Soltanto dopo che il totale dei risarcimenti avrà esaurito la franchigia aggregata, gli assicuratori risponderanno delle ulteriori somme da liquidare.
- **per Incaricati** le persone che, al momento del verificarsi del sinistro, pur non essendo dipendenti del Contraente/Assicurato, svolgono attività professionale per conto

	dello stesso in forza di un contratto di collaborazione e/o di un rapporto convenzionale;
- per Intra Moenia	la erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero, di day hospital e/o day surgery in regime di attività libero professionale, debitamente autorizzata dalla Azienda;
- per Massimale per anno	la massima esposizione della Società complessivamente per tutti i sinistri ascrivibili alla medesima annualità assicurativa;
- per Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà;
- per Mediazione	l'attività svolta da un terzo, finalizzata ad assistere, in modo imparziale, due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole diretto alla definizione della controversia ed anche l'attività rivolta alla formulazione di una proposta per la sua risoluzione (D.Lgs. 4/3/2010 n. 28);
- per Polizza	il documento che prova il contratto di assicurazione;
- per Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- per Retribuzione annua lorda	l'importo totale degli emolumenti, compensi, fatture e delle retribuzioni lorde, al netto degli oneri previdenziali, relative alle seguenti categorie: <ul style="list-style-type: none"> 1) dipendenti soggetti e quelli non soggetti all'assicurazione INAIL 2) lavoratori parasubordinati ex D. Lgs. 38/2000 e s.m.i. 3) personale esterno convenzionato sanitario e non 4) compensi erogati in relazione all'attività intramuraria libero professionale; 5) fatture pagate alle ditte regolarmente autorizzate per i lavoratori interinali e/o ai "Soggetti Somministratori" per la fornitura professionale di manodopera all'Ente in qualità di "Utilizzatore" ai sensi della Legge 14 Febbraio 2003 n. 30 e D. L. 10 Settembre 2003, n. 276;
- per Richiesta di risarcimento	quella che, tra le seguenti circostanze, viene portata per iscritto a conoscenza del Contraente, per la prima volta dopo la decorrenza della presente polizza: <ul style="list-style-type: none"> 1. qualsiasi iniziativa dell'Autorità Giudiziaria in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione, come la formale notifica dell'avvio di inchiesta o del compimento di atti istruttori da parte delle Autorità competenti, o il provvedimento di sequestro disposto dall'Autorità Giudiziaria ai sensi degli artt. 253 e segg., 321 e segg. del c.p.p., nonché di polizia giudiziaria ai sensi dell'art. 354 e segg. del c.p.p., in relazione ai danni per i quali è prestata l'assicurazione, purchè di tali circostanze sia venuto formalmente a conoscenza l'Ufficio Affari Legali o l'Ufficio Assicurazioni della Azienda" 2. la richiesta scritta di risarcimento, o 3. la citazione in giudizio o chiamata in causa, o 4. la notifica di un atto con il quale, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito parte civile;
- per Risarcimento/ Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per Scoperto	la parte percentuale di danno che l'Assicurato/Contraente tiene a suo carico;
- per Sinistro	la richiesta di risarcimento rivolta all'Assicurato/Contraente per la prima volta durante il periodo di assicurazione e da questi all'Assicurazione per danni per i

quali è prestata l'assicurazione stessa. Si precisa che più richieste di risarcimento provenienti da una o più soggetti terzi e riconducibili allo stesso atto, errore o omissione o a più atti, errori o omissioni aventi una causa comune, verranno considerati come unico sinistro;

- **per Sinistro in serie** più richieste di risarcimento provenienti da uno o più soggetti terzi, riconducibili allo stesso atto/i, errore/i o omissione/i aventi una causa comune.
- **per Società** l'Impresa Assicuratrice o gli Assicuratori.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art.1 - Altre Assicurazioni

Il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni sul medesimo rischio. Si conviene peraltro che, se un sinistro fosse coperto da un'altra polizza accesa dall'Assicurato/Contraente, la presente assicurazione opererà "a secondo rischio", ossia interverrà in eccesso ai massimali previsti nell'altra polizza dopo il loro esaurimento. Si conviene altresì che se un sinistro fosse coperto anche da altra assicurazione, stipulata con contratto individuale o collettivo dal singolo medico o da altro assicurato diverso dal Contraente, si applicherà il disposto dell'art. 1910 c.c. e la presente assicurazione parteciperà al risarcimento nella dovuta proporzione; in entrambi i casi restano fermi i massimali previsti dalla presente assicurazione e l'obbligo per gli Assicurati di comunicare il sinistro a tutti gli Assicuratori interessati nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi del precitato art. 1910 c.c., terzo comma.

Art.2 - Pagamento del premio – Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, la Azienda corrisponderà alla Società, tramite il Broker, l'importo di ogni rata di premio entro 90 giorni dalla data di decorrenza del contratto. Trascorso senza esito il termine sopra indicato, l'assicurazione resterà sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio (intendendo per tale il giorno in cui la Azienda comunica l'avvenuta ricezione da parte della propria Tesoreria dell'ordinativo di pagamento), ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 3 – Premio annuo

Il premio annuo è calcolato applicando il tasso, che rimane fisso per tutta la durata del contratto, sull'importo totale delle retribuzioni lorde, al netto degli oneri previdenziali, espressamente indicate qui di seguito:

1. retribuzioni lorde corrisposte al personale dipendente assicurato INAIL e non INAIL;
2. emolumenti versati a titolo di compenso ai lavoratori parasubordinati e personale a rapporto convenzionato, sanitario e non;
3. compensi erogati in relazione all'attività intramuraria libero professionale;
4. fatture pagate alle ditte regolarmente autorizzate per i lavoratori interinali e/o ai "Soggetti Somministratori" per la fornitura professionale di manodopera all'Ente in qualità di "Utilizzatore" ai sensi della Legge 14 Febbraio 2003 n. 30 e D. L. 10 Settembre 2003, n. 276.

Art. 4 – Calcolo del premio

Retribuzioni annue lorde erogate nell'anno 2011 € 85.000.000,00

Tasso lordo annuo del /1000

Premio annuo lordo anticipato alla Società €

Di cui imposte €

Qualora all'atto della regolazione annuale il premio risultasse superiore rispetto a quello anticipato, si farà luogo al conteggio del premio in eccedenza, al tasso annuo lordo del /1000.

Il premio anticipato rimane minimo e comunque acquisito dalla Società, salvo il caso di recesso anticipato della Società stessa per sinistro, come disciplinato all'articolo 38.

Art. 5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi di rischio variabili, 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, fermo il premio minimo eventualmente stabilito in polizza. A tale scopo, entro novanta giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente/Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze risultanti dai conteggi di regolazione, devono essere pagate nei sessanta giorni successivi alla data di ricevimento dell'apposita appendice da parte della Società.

Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente/Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente/Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli nei limiti della L. n. 675 del 31.12.1996, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Le operazioni sopra menzionate saranno effettuate tramite il Broker incaricato dall'Assicurato.

Si conviene che, ove la Amministrazione abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 6 - Durata, impostazione e revisione del contratto

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del 13/04/2012 fino alle ore 24.00 del 13/04/2015, eventualmente rinnovabile per anni due.

Al Contraente è concessa la facoltà di rescindere il contratto nei seguenti casi:

- a. ad ogni scadenza annuale con formale comunicazione inviata dall'Ufficio Protocollo del Contraente alla sede legale dell'Impresa assicuratrice e/o della società di Brokeraggio, tre mesi prima della suddetta scadenza;
- b. nel caso in cui la Regione Sardegna e/o le Aziende Sanitarie regionali provvedano a stipulare (in modo congiunto, disgiunto, consorziato, aggregato, o altre forme di gestione del rischio assicurativo) altra/e polizza/e assicurativa, inviandone formale comunicazione dall'ufficio Protocollo del Contraente alla sede legale dell'Impresa Assicuratrice e/o della società di Brokeraggio. Nella comunicazione di disdetta sarà indicata la data di cessazione degli effetti della polizza, facendo salva l'eventuale clausola di tutela postuma sottoscritta in contratto dalle Parti, che sarà da intendersi operante nei limiti stabiliti nel contratto medesimo.

E' altresì facoltà del Contraente:

- a. notificare alla Società antecedentemente alla scadenza o al rinnovo del Contratto di assicurazione, la prosecuzione dello stesso alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.
- b. richiedere alla Società il rinnovo del contratto, alla sua scadenza, alle stesse condizioni, laddove ritenuto opportuno e secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Pertanto la Società si obbliga alternativamente a) a prorogare l'assicurazione per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni dalle scadenze di cui sopra; b) a rinnovare l'assicurazione per un ulteriore biennio alle stesse condizioni contrattuali ed economiche in vigore.

Art. 7 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, anche se anticipati dalla Società.

Art. 8 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 9 - Estensione territoriale

La validità dell'assicurazione è estesa al mondo intero per quanto riguarda la RCO; la garanzia RCT vale per i danni ovunque avvenuti, per i quali venga presentata richiesta di risarcimento in tutto il mondo, esclusi USA e Canada.

Art. 10 - Variazioni di rischio

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della variazione delle condizioni in corso, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 120 giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato e la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 11 - Dichiarazione relativa ai sinistri

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, la Contraente dichiara di non essere al corrente di fatti noti o circostanze pregresse, così come precisati nelle "Definizioni", oltre a quanto evidenziato nella proposta-questionario.

Art. 12- Validità esclusiva delle condizioni contenute nel Capitolato Tecnico

Si intendono operanti unicamente le norme di cui al presente testo del Capitolato indicato dall'Ente Contraente in sede di gara, integrato da eventuali varianti presentate dalla Società nell'offerta di gara. Conseguentemente anche la firma apposta dal Contraente/Assicurato su moduli a stampa o su schede di polizza vale solo quale presa d'atto del premio, della eventuale ripartizione del rischio tra le società partecipanti alla coassicurazione, nonché della decorrenza e scadenza del contratto.

Art. 13- Interpretazione del Contratto

Si conviene fra 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.

Art.14 - Foro competente per l'esecuzione del presente contratto

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede legale del Contraente/Assicurato.

Art.15 – Riparto di coassicurazione e delega

L'assicurazione è ripartita tra le Società' assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate.

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici elencate nel "Riparto".

Ciascuna Società' è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, esclusa ogni responsabilità solidale.

Le Compagnie coassicuratrici riconosceranno come validi ed efficaci anche nei propri confronti, tutti gli atti compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune, fatta eccezione per l'incasso dei premi di polizza la cui regolazione verrà effettuata dal broker direttamente con ciascuna Società'.

↳ Compagnia ... Quota ... % - Delegataria

↳ Compagnia ... Quota ... %

↳ Compagnia ... Quota ... %

Art.16- Dichiarazioni inesatte del Contraente: la mancata comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza e/o nel corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto al pagamento del danno né la riduzione dello stesso, sempre che il Contraente o l'Assicurato non abbia agito con dolo.

Ai soli fini della clausola, sono equiparati al Contraente/Assicurato i suoi Amministratori, dirigenti, impiegati e dipendenti in genere, nonché le persone di cui esso deve rispondere a norma di legge.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Le dichiarazioni inesatte od incomplete e le omissioni fatte con dolo possono comportare il mancato pagamento del danno, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile.

Art.17- Riferimento alle norme di legge

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dal Codice Civile.

Art.18- Gestione del contratto

La gestione del contratto, ovvero la collaborazione alla esecuzione dello stesso, e' affidata al Broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del Broker; la Società da' atto che il pagamento dei premi al Broker e' liberatorio per la Azienda, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento per il Contraente.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto Broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

La/e Compagnia/e aggiudicataria/e dell'appalto, si obbligano a riconoscere al Broker, sotto forma di ritenuta sui premi imponibili dell'assicurazione, all'atto del loro pagamento, una provvigione dell'8%: tale importo, essendo parte di maggiori aliquote previste dalle Imprese Assicuratrici in favore delle loro reti di vendita o di altri intermediari, non potrà mai creare alcun costo aggiuntivo a carico del Contraente.

Art. 19 – Clausola di revisione del contratto

Le parti prendono e danno reciprocamente atto che, ai sensi dell'art. 115 del D. Lgs.163/2006 "Codice degli Appalti", durante il decorso del rapporto contrattuale si potrà addivenire ad una revisione delle condizioni normative e/o economiche indicate in polizza, laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una loro variazione. La revisione verrà operata sulla base di un'istruttoria che terrà conto delle disposizioni di cui all'art. 7, comma 4, lettera c) e comma 5 del "Codice degli Appalti". Nessuna variazione delle condizioni contrattuali, in forza della presente disposizione, potrà essere posta in essere ed avrà efficacia se non previo accordo scritto di entrambe le parti contraenti.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE

Art.20- Descrizione del rischio

La garanzia della presente polizza è operante per i rischi della Responsabilità Civile derivante, ai sensi di legge, all'Assicurato/Contraente, in relazione allo svolgimento delle proprie attività istituzionali – compreso l'esercizio di presidi ospedalieri - comunque di fatto svolte con ogni mezzo ritenuto utile e necessario, comprese tutte le attività ed i servizi che in futuro possano essere espletati, anche quelli di carattere amministrativo, sociale, assistenziale.

La garanzia è inoltre operante per tutte le attività esercitate dall'Assicurato/Contraente in attuazione di leggi, regolamenti o deliberazioni, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi, nonché eventuali modificazioni e/o integrazioni presenti e future.

L'assicurazione comprende tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, comunque ed ovunque svolte, nessuna esclusa né eccettuata.

L'Assicurato può effettuare tutte le attività riconducibili ai servizi sopra elencati anche partecipando ad enti, società o consorzi, con soggetti pubblici o privati, ed anche avvalendosi di terzi (persone fisiche e giuridiche) e può svolgere anche attività di sperimentazione e/o ricerca.

L'Assicurato, stipulando apposite convenzioni, può, inoltre, avvalersi delle prestazioni di cliniche universitarie ed istituti a carattere scientifico e simili e può riservare agli stessi l'utilizzo di proprie strutture a fini didattici e di ricerca, nonché erogare/prestare presso strutture di Terzi tutte le attività riconducibili ai servizi sopra elencati, anche in favore degli utenti delle strutture di detti Terzi.

Art.21- Inizio e termine della garanzia

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità della polizza (intendendosi per tale il periodo originario di durata e le eventuali successive proroghe), riferite a fatti illeciti commessi non antecedentemente alla data del

12/04/2002, anche se denunciati entro 30 giorni successivi alla scadenza del contratto; resta fermo peraltro quanto previsto all'art. 23 per le malattie professionali.

In relazione ai precedenti assicurativi si precisa che dal 13/09/2004 l'Azienda ha utilizzato una copertura prestata dall'AXA con retroattività biennale e, dal 13/09/2010 al 13/12/2010, dalla Reale Mutua, con retroattività biennale e, infine dal 13/12/2010 al 13/4/2012 sempre dalla Reale Mutua, con retroattività al 13/09/2004, tutte in regime di "claims made".

Art.22- Responsabilità civile verso terzi (RCT)/Responsabilità civile professionale e personale

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi, rivalutazione e spese) di danni, non espressamente esclusi, involontariamente cagionati a terzi per:

- morte e lesioni personali,
- distruzione e deterioramento di cose,

in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività per la quale è prestata l'assicurazione, compresa la Responsabilità civile derivante all'Assicurato/Contraente per fatti imputabili al personale dipendente dell'Assicurato stesso.

L'assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato/Contraente per fatto di qualunque incaricato, medici compresi, non alle dipendenze e di cui l'Assicurato si avvale nell'esercizio delle sue attività.

La garanzia è altresì estesa alla Responsabilità Civile personale e professionale dei:

- dipendenti in genere, di ogni ordine e grado compresi i medici ed i paramedici, nonché di coloro che abbiano optato per l'esercizio della libera professione "Intramuraria", anche allargata, compreso il "responsabile del servizio di protezione e prevenzione", ed il "responsabile dei Lavori", il "coordinatore della progettazione", il "coordinatore per l'esecuzione" per la responsabilità civile personale su di loro incombente ai sensi del D. Lgs. 81/08, nonché per la responsabilità dell'Ente e personale in qualità di "Custode dei beni giudiziari", in base all'art. 1766 c.c. e segg. e all'art. 609 c.p.c.
- lavoratori parasubordinati,
- medici a rapporto convenzionale autonomo,
- di qualunque altro soggetto, non alle dipendenze e di cui l'Assicurato si avvale nell'esercizio delle sue attività, compresi medici, operatori, frequentatori o volontari, nonché le famiglie alle quali l'Assicurato assegna minori ai fini assistenziali, di adozione o di affido, inclusi studenti, borsisti, tirocinanti, specializzandi e allievi, nonché volontari e portatori di handicap, per danni da loro cagionati durante il tirocinio lavorativo presso aziende, privati o centri.

L'Assicurazione della R.C. personale si intende altresì operante anche nel caso in cui dipendenti o incaricati dell'Assicurato svolgano attività presso altre strutture sanitarie, nonché quella che possa gravare, individualmente o collegialmente, sui componenti il Comitato Etico.

Si precisa che l'assicurazione sarà operante ancorchè, al momento del sinistro, le persone assicurate non siano più alle dipendenze o non operino più per l'Azienda Sanitaria.

Resta salva la facoltà di surroga spettante alla Società in caso di dolo o colpa grave dei soggetti sopraindicati.

Art.23- Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO) – Malattie professionali

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

- a) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, integrazioni ed interpretazioni, nonché ai sensi del D. Lgs 23 Febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti (anche solo funzionalmente) e da personale parasubordinato, addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- b) ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 e del D. Lgs 23 Febbraio 2000 n. 38, cagionati ai soggetti di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali, anche psicofisiche, con una franchigia fissa a carico dell'assicurato di € 2.500,00 per ogni prestatore di lavoro danneggiato.

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 garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) è estesa al rischio delle malattie professionali tassativamente indicate dalle tabelle allegate al D.P.R. n.1124 del 30 giugno 1965, o contemplate dal D.P.R. 9.6.1975 n. 482 e successive modifiche, integrazioni ed interpretazioni in vigore al momento del sinistro, nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali o dovute a causa di servizio dalla magistratura.

L'assicurazione vale per le malattie insorte e manifestatesi durante il periodo di validità della polizza e conseguenti a fatti colposi posti in essere per la prima volta durante il periodo assicurativo.

Fermo quanto precede, la garanzia vale altresì per le richieste di risarcimento presentate entro 24 mesi dalla data di cessazione della garanzia o dalla data di cessazione del rapporto di lavoro. L'assicurazione è prestata fino a concorrenza del massimale previsto in polizza per la garanzia RCO, che rappresenta la massima esposizione della Società per uno o più sinistri originati sia in uno stesso periodo di assicurazione, sia per uno o più sinistri originati in tempi diversi dalla medesima malattia.

Si intendono comunque escluse le conseguenze della silicosi e della asbestosi.

La garanzia non vale:

- per le malattie professionali connesse alla lavorazione dell'amianto;
- per le ricadute di malattie professionali conseguenti:
 - a) alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge da parte dei rappresentanti legali dell'Ente;
 - b) alla intenzionale mancata prevenzione del danno, per omesse riparazioni od adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni, da parte dei rappresentanti legali del Contraente/Assicurato.

Questa esclusione cessa di avere effetto successivamente all'adozione di accorgimenti ragionevolmente idonei, in rapporto alle circostanze di fatto e di diritto, a porre rimedio alla preesistente situazione.

Fermo restando, in quanto compatibile, quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione per la denuncia dei sinistri, l'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo alla Società o al Broker, l'insorgenza di una malattia professionale e di far seguito, con la massima tempestività, con le notizie, i documenti e gli altri atti relativi al caso denunciato.

Tanto l'assicurazione R.C.T. quanto l'assicurazione R.C.O. valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS o Enti Similari, ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 giugno 1984 n. 222.

Art.24- Novero dei Terzi

Si prende atto fra le parti che non sono considerati terzi esclusivamente i prestatori di lavoro dipendenti del Contraente obbligatoriamente assicurati ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, quando opera la garanzia RCO di cui all'art. 23, nonché i soggetti non dipendenti dall'Assicurato per i quali lo stesso debba provvedere alla copertura obbligatoria INAIL e per i quali, quindi, opera la garanzia RCO.

Pertanto i prestatori di lavoro sopra definiti, sono considerati terzi:

- 1) qualora subiscano il danno mentre non sono in servizio;
- 2) per danni arrecati a cose di proprietà dei prestatori di lavoro stessi;
- 3) per danni subiti quando fruiscono delle prestazioni mediche e sanitarie erogate dal Contraente.

A titolo di maggior precisazione, si prende atto fra le parti che sono considerati terzi tutti coloro che non rientrano nel novero dei prestatori di lavoro come sopra definiti (compresi i componenti il comitato di gestione, il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, nonché i revisori dei conti), 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/o scopo, nell'ambito delle suddette attività: è peraltro escluso dal novero dei terzi il rappresentante legale dell'ente.

La qualifica di terzo si estende anche a coloro (studenti, borsisti, allievi, tirocinanti, specializzandi non strutturati, non stipendiati, ecc.) che prestano servizio presso l'Assicurato per addestramento, corsi di istruzione professionale, studi, prove ed altro, qualora gli stessi non debbano essere assicurati in base al DPR 30/6/1965, n. 1124: in questo caso opererà la garanzia R.C.O.

Art.25- Precisazioni sulle estensioni di garanzia

A puro titolo esemplificativo e senza che ciò possa comportare limitazioni di sorta alle garanzie assicurative prestate con il presente contratto, si precisa che l'assicurazione vale anche per le conseguenze relative alla responsabilità civile dell'Assicurato/Contraente nei seguenti casi:

1. Danni derivanti da colpa grave dell'Assicurato e/o dolo e colpa grave delle persone di cui deve rispondere;

2. RC personale di tutti i dirigenti, funzionari, dipendenti, amministratori, collaboratori e/o incaricati, per danni arrecati, in relazione allo svolgimento e/o in occasione delle loro mansioni e/o della carica, a terzi e a prestatori di lavoro; escluso qualsiasi tipo di responsabilità patrimoniale. La Compagnia rinuncia all'azione di rivalsa, salvo il caso di dolo e colpa grave;
3. RC derivante all'Assicurato per i danni cagionati a terzi o alle cose di terzi, compresi i dipendenti e le loro cose, causati dai pazienti assistiti dai centri gestiti dall'Assicurato;
4. RC derivante dalla partecipazione di parenti e visitatori alla vita ospedaliera del Contraente, e/o organizzazione di visite guidate di Terzi;
5. R.C. derivante all'Assicurato per danni a terzi e/o dipendenti causati dallo svolgimento di attività libero professionale del personale nell'ambito delle strutture in uso od autorizzate dall'Assicurato stesso. Resta impregiudicata la facoltà di rivalsa della Società nei confronti del sopraccitato personale in caso di dolo e/o colpa grave;
6. RC derivante da ritardato e/o omesso soccorso in conseguenza di fatto illecito verificatosi in relazione a tale specifica attività;
7. R.C per danni cagionati a terzi o alle cose di terzi e/o prestatori di lavoro, da persone non dipendenti dell'assicurato (ivi compresi corsisti, stagisti, volontari e simili), della cui opera comunque lo stesso si avvalga per lo svolgimento delle sue attività;
8. RC per le malattie contratte per cause di servizio dal personale;
9. RC ascrivibile all'Assicurato in qualità di "Datore di Lavoro" ai sensi del Decreto Legislativo n. 81/2008 e successive integrazioni e/o modificazioni, nonché alla Responsabilità Civile personale dei dipendenti preposti al controllo e all'osservanza delle norme dettate dal predetto Decreto, incluse le squadre antincendio, fatto salvo il diritto di rivalsa nei casi di dolo e colpa grave nei confronti degli stessi. La presente estensione di garanzia vale per i danni involontariamente cagionati a terzi per morte e lesioni personali. Sono considerati terzi anche i dipendenti dell'Assicurato medesimo, limitatamente ai danni da essi subiti per morte e lesioni personali gravi o gravissime, così come definite dall'art. 583 Codice Penale. Il massimale cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, ad ogni effetto, unico anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra di loro. Viene riconosciuta la qualifica di "Assicurato" anche al dipendente designato come "responsabile del servizio di protezione e prevenzione" per la responsabilità civile personale a lui incombente ai sensi del D.L. 81/2008;
10. La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato Contraente per danni cagionati a terzi in conseguenza della distribuzione o dell'utilizzazione del sangue o dei suoi preparati o derivati di pronto impiego, inclusi tessuti e sostanze di origine umana, espianto e trapianto di organi e tessuti, compreso i danni da HIV.
La garanzia è operante a condizione che l'Assicurato 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;
11. RC per assistenza ospedaliera e ambulatoriale di qualsiasi ordine e tipo, compresa l'assistenza fuori dei nosocomi, nulla escluso né eccettuato;
12. RC derivante dall'esistenza e utilizzo da parte del personale di qualsiasi apparecchiatura ad uso medico ed elettromedicale, diagnostico, terapeutico, anche se di proprietà di terzi (compresi gli apparecchi a raggi x), concessa all'Assicurato in comodato od uso.
Inoltre la garanzia si estende anche alla responsabilità civile derivante all'Assicurato dall'impiego a scopi terapeutici e diagnostici di altre apparecchiature (ad esempio la TAC o la PET); l'assicurazione è prestata anche per la RC derivante all'Assicurato nella sua qualità di proprietario e/o conduttore di apparecchi per emodialisi, compresa la distribuzione a domicilio (sub locazione) a scopo terapeutico per danni arrecati a terzi (compresi i sub locatari). Detta garanzia si estende al rischio derivante dalla manutenzione degli apparecchi dati in locazione, sia essa effettuata da dipendenti del Contraente, sia da parte di tecnici specializzati, incaricati dal Contraente;
13. RC per i danni derivanti all'Assicurato dall'esistenza e dall'esercizio di laboratori chimici e di analisi, compreso il rischio conseguente alla elaborazione di esiti e referti, e comunque la RC per danni conseguenti ad errori durante la redazione, consegna, smarrimento, conservazione degli atti e/o documenti inerenti l'attività;
14. L'assicurazione comprende la responsabilità civile verso terzi (morte, lesioni personali, danneggiamenti a cose) 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.
L'assicurazione opera per la diretta ed esclusiva responsabilità del Contraente e del proprio personale con esclusione della responsabilità che dovesse essergli ascritta in via di solidarietà con altri soggetti che operano nell'ambito della sperimentazione.
L'assicurazione non comprende:

- a. la responsabilità che ricade sul produttore di farmaci e/o presidi e dispositivi sanitari oggetto della sperimentazione e sullo Sponsor;
- b. la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione né il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione;
- c. i danni imputabili ad assenza del consenso informato;
- d. i danni imputabili ad assenza, inidoneità od insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello Sponsor;
- e. le sperimentazioni relative a farmaci la cui richiesta per il parere unico al comitato etico sia stata presentata dopo l'entrata in vigore del D. M. 14 luglio 2009 – Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

La presente estensione è prestata nel limite di Euro 2.000.000,00 per sinistro e anno;

- 15. RC derivante dalla somministrazione, distribuzione, utilizzazione di prodotti medicinali farmaceutici, parafarmaceutici, apparecchiature e protesi, nel rispetto delle leggi vigenti direttamente o tramite enti o persone convenzionate;
- 16. RC per i danni derivanti dalla detenzione, dall'uso e/o produzione di fonti ed apparecchiature radioattive relativamente all'attività descritta in polizza, svolta in osservanza alle disposizioni di legge prescritte per l'autorizzazione all'esercizio della stessa. L'Assicurato si impegna altresì ad uniformarsi, in ogni momento, alle norme istituzionali ed internazionali per la regolamentazione di tale attività, a valersi esclusivamente di personale tecnico specializzato ed idoneamente protetto e ad impedire l'accesso, ad ogni persona estranea, all'impiego delle fonti radioattive, nei locali di conservazione od impiego delle fonti stesse;
- 17. R.C. per i danni derivanti dall'esercizio di asili, scuole di istruzione professionale, compresi i danni cagionati dai bambini e/o dagli ospiti e/o dagli allievi e la R.C. personale del personale docente e/o incaricato della sorveglianza; con rivalsa della Società nei confronti del personale incaricato in caso di dolo o colpa grave;
- 18. R.C. per i danni materiali e corporali cagionati a terzi in conseguenza di inquinamento causato da rottura improvvisa di impianti e condutture;
- 19. RC per i danni (escluso il solo furto) ai veicoli di dipendenti e/o Amministratori e/o di terzi stazionanti nell'ambito dei luoghi ove sono ubicate le strutture sanitarie o le sedi amministrative dell'Assicurato/Contraente; con esclusione dei danni derivanti da mancato uso dei veicoli e provocati dai veicoli stessi;
- 20. R.C. per i danni da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati anche da persone non abilitate a norma delle disposizioni in vigore, con la sola esclusione degli autoveicoli e motoveicoli, salvo che per la circolazione all'interno delle strutture del Contraente/Assicurato, fermo restando l'esclusione di tutto ciò che sia riconducibile e regolamentato dalla Legge 990;
- 21. RC derivante all'Assicurato nella qualità di committente ai sensi dell'art. 2049 C.C. Con riferimento alla guida di veicoli da parte di persone incaricate dall'Assicurato, si precisa che questa garanzia non è operante qualora i veicoli siano di proprietà dell'Assicurato stesso ed è estesa ai danni subiti dai trasportati;
- 22. R.C. derivante dalla proprietà e dalla conduzione (compresa l'ordinaria e straordinaria manutenzione, nonché committenza e direzione lavori per ristrutturazione, riadattamento, demolizione, sopraelevazione e costruzione) di fabbricati e relative dipendenze e pertinenze (nessuna esclusa, quali, ad esempio, rustici, cancelli, recinzioni, insegne, parchi e giardini con attrezzature e alberi anche di alto fusto, ecc.), a qualunque uso destinati anche se non utilizzati per l'esercizio delle attività assicurate e dei relativi impianti (ascensori, montacarichi, elevatori, ecc.);
- 23. Premesso che l'Assicurato può delegare, commissionare, appaltare ad altre imprese o persone, lavori, servizi o prestazioni in genere, si conviene che l'assicurazione prestata con la presente polizza esplica efficacia anche per la responsabilità civile imputabile all'Assicurato per danni materiali e corporali cagionati a terzi nella sua veste di committente e/o direttore dei lavori per operazioni, lavori e/o servizi connessi all'attività cui si riferisce l'assicurazione ed affidati ad altre ditte, enti o persone in genere;
- 24. RC derivante dalla partecipazione e organizzazione di mostre, fiere, convegni, congressi e simili (compreso il rischio derivante dall'allestimento e dallo smontaggio degli stands), attività promozionali di qualunque tipo, anche nella qualità di concedente strutture nelle quali terzi siano organizzatori; l'assicurazione comprende, in caso di concorsi, seminari, convegni di studi, tavole rotonde e mostre, ovunque organizzati, la responsabilità civile per i danni derivanti dalla conduzione dei locali presi in uso a qualsiasi titolo, compresi quelli cagionati ai locali stessi; sono inoltre compresi i danni a strumenti o apparecchiature in consegna ai partecipanti;

25. RC derivante all'Assicurato dall'esistenza di officine meccaniche, falegnamerie, impianti di autolavaggio, centraline termiche, cabine elettriche e di trasformazione con le relative condutture, centrali di compressione, depositi di carburante e colonnine di distribuzione, impianti di saldatura autogena e ossiacetilenica e relativi depositi, nonché altre simili attività ed attrezzature usate per uso esclusivo e necessario del Contraente/Assicurato, compresi i danni derivanti da mancato o difettoso funzionamento di gruppi elettrogeni;
26. RC derivante all'Assicurato da:
- attività sportive e ricreative aziendali comprese le riunioni, anche svolte tramite CRAL aventi autonoma personalità giuridica;
 - proprietà di cani e servizio di guardie armate, compreso l'eccesso colposo di legittima difesa;
 - servizi di vigilanza e servizi antincendio;
 - proprietà, conduzione e manutenzione di insegne e cartelli pubblicitari;
 - rc derivante dalla somministrazione e smercio di prodotti alimentari, bevande e simili, anche tramite distributori automatici; esistenza di distributori di proprietà di terzi; compresi i danni dovuti a vizio originario del prodotto per i generi di produzione propria;
 - gestione di mense e/o spacci all'interno delle strutture del Contraente/Assicurato, compreso il rischio degli alimenti smerciati, anche se affidati a terzi;
 - rc derivante dalle operazioni di disinfestazione e derattizzazione, anche se eseguite con autocarri attrezzati e con l'utilizzo di prodotti tossici;
 - rc da operazioni di ritiro e consegna delle merci presso terzi;
 - r.c. da operazioni di carico e scarico, riempimento e svuotamento, da e su veicoli da trasporto in genere, ancorché fuori dell'ambito degli stabilimenti, dei depositi e/o magazzini dell'Assicurato;
 - rc da proprietà ed uso di velocipedi a pedali senza motore da parte dei dipendenti per lavoro e/o servizio;
 - r.c. da esercizio di farmacie con vendita al pubblico;
- compresi:*
- danni a condutture e impianti sotterranei;
 - danni da spargimento d'acqua e rigurgiti di fogne;
 - danni alle cose dovuti ad assestamento, cedimento e/o franamento del terreno;
 - danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizio, purché conseguenti a sinistri risarcibili a termini di polizza;
 - danni a cose di terzi trovantisi nell'ambito di esecuzione dei lavori;
27. RC per danni a cose di terzi in consegna o custodia o non, detenute dall'Assicurato a qualunque titolo e destinazione, escluse quelle oggetto o strumento dell'attività descritta in polizza; l'Assicurazione non vale per gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, veicoli a motore e cose in essi contenute;
28. RC per i danni agli assistiti ed agli ospiti derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate e non (artt. 1783-1786 C.C.), compresi i danni causati alle protesi odontoiatriche con limite di risarcimento per sinistro di € 2.500,00; l'Assicurazione non vale per gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, veicoli a motore e cose in essi contenute;
29. La garanzia comprende il furto, sottrazione, smarrimento, sparizione di cose di proprietà dei dipendenti del Contraente, che l'Assicurato detenga o abbia in consegna o custodia, esclusi in ogni caso i materiali e le apparecchiature utilizzate o utilizzabili nell'esercizio delle attività indicate in questa polizza, nonché gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, veicoli a motore e cose in essi contenute;
30. La garanzia comprende il risarcimento dei danni materiali direttamente cagionati a cose di terzi dall'incendio delle sedi aziendali – e delle cose in esse contenute – ove si svolge l'attività descritta in polizza: restano esclusi dall'assicurazione i danni materiali a cose – compresi gli immobili e le loro pertinenze – che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo o destinazione;
31. La garanzia comprende il trasporto primario e secondario per il trasferimento del paziente tra sedi ospedaliere, oppure dal domicilio del paziente alle ubicazioni ove il Contraente esercita le attività indicate in questa polizza e viceversa;
32. La garanzia comprende i danni a terzi derivanti dall'esercizio del Servizio di Emergenza-Urgenza 118, esclusi i rischi rientranti nell'assicurazione obbligatoria R.C.Auto.

Art.26- Parificazione alle lesioni personali

A parziale deroga di quanto previsto all'Articolo 22 - Oggetto dell'assicurazione Responsabilità Civile Verso Terzi (R.C.T.), la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, anche per perdite patrimoniali (intese, queste ultime, come il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali o morte o danneggiamenti a cose) 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 della Contraente.

La presente estensione non vale:

- per il trattamento di dati aventi finalità commerciali;
- per la volontaria diffusione e il trasferimento dei dati personali ad altri soggetti in violazione alle disposizioni di legge;
- per le multe e le ammende;

I prestatori di lavoro, limitatamente alle violazioni della legge relative al rapporto di lavoro intercorrente tra le parti, non sono considerati terzi. La presente estensione è prestata nel limite di Euro 250.000,00 per sinistro e anno.

Art.27- Esclusioni

L'assicurazione R.C.T. non comprende :

- a. i danni da furto (salvo quanto previsto dall'art. 25.30) e 31);
- b. i rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi della legge n. 990 del 24.12.1969 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione;
- c. i 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; nonché i danni di natura puramente finanziaria;
- d. i danni derivanti dalla proprietà ed uso di aeromobili e di natanti;
- e. i danni verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.), salvo quanto previsto dall'art. 25.16);
- f. i danni conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo od interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

Sono tuttavia compresi i danni involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di inquinamento dell'ambiente unicamente se causato da fatto improvviso e repentino e derivante dall'attività descritta in polizza, come previsto all'art. 25.18) e 19);

Per "danni da inquinamento" si intendono quei danni che si determinano in conseguenza della contaminazione accidentale dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, da parte di sostanze di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite;

- g. i danni derivanti o riconducibili alla detenzione o dall'impiego di esplosivi;
- h. i danni derivanti dalla produzione, distribuzione, vendita, installazione, rimozione, uso, ingestione, inalazione e/o esposizione all'asbesto (amianto) o a prodotti contenenti asbesto, inclusa ogni responsabilità derivante dall'asbestosi o ogni altra malattia collegata;
- i. i danni 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 che contribuisca simultaneamente o in una qualsiasi altra sequenza al sinistro, intendendosi per atto di terrorismo un atto che comprende, ma 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 di o in connessione con qualsiasi organizzazione/i o governo/i e commesso per finalità politiche, religiose, ideologiche o scopi simili, compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi Governo e/o di intimorire la popolazione o una qualsiasi parte di questa; esclusi anche i danni di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da, che abbiano come conseguenza o siano connessi con qualsiasi azione intrapresa per il controllo, la prevenzione o la repressione o che in qualsiasi modo siano in relazione a un qualsiasi atto di terrorismo;
- l. i danni direttamente riconducibili alla intenzionale mancata osservanza e violazione delle disposizioni di Legge o dei regolamenti inerenti il funzionamento e la gestione delle strutture sanitarie e dei relativi impianti dell'ASL assicurata, da parte del Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario nonché del Responsabile del Servizio di protezione e sicurezza incaricato ai sensi della legge 81/2008;
- m. i danni conseguenti ad omessa vigilanza veterinaria e di igiene alimentare in relazione all'encefalopatia spungiforme (BSE) o nuove varianti della malattia di Creutzfeldt – Jakob;
- n. i danni cagionati da macchinari, merci e prodotti fabbricati, lavorati o in vendita dopo la consegna a terzi, con l'eccezione del sangue, degli emoderivati e o di sostanze e tessuti di derivazione umana, che possono essere ceduti a terzi anche attraverso le specifiche "banche";

- o. L'assicurazione non comprende i danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica. Devono tuttavia ritenersi inclusi in garanzia:
 - i danni di natura estetica determinati da errore tecnico nell'intervento, qualora non derivanti dalla mancata rispondenza dell'intervento con l'impegno di risultato assunto dall'Assicurato,
 - i danni di natura estetica conseguenti ad interventi di chirurgia ricostruttiva, nonché quelli di chirurgia riparatrice di lesioni funzionali infortunistiche o restauratrice di cicatrici postoperatorie
- p. i danni derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse;
- q. i danni derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati;
- r. i danni di qualunque natura derivanti da campi elettromagnetici;
- s. i danni derivati direttamente o indirettamente da muffe di qualsiasi genere;
- t. i danni alle cose di terzi che l'assicurato detenga a qualsiasi titolo allo scopo di servirsene come beni mobili strumentali o merci direttamente destinati allo svolgimento delle sue attività; sono tuttavia comprese in garanzia tutte le cose di terzi in semplice consegna e/o custodia;
- u. i danni alle cose e/o opere di terzi sulle quali si eseguono i lavori;
- v. i danni a veicoli di terzi e prestatori di lavoro, in sosta negli spazi appositi di pertinenza dell'Assicurato, da furto e/o incendio e comunque alle cose in essi contenute;
- w. i danni derivanti direttamente o indirettamente da funghi, piombo o prodotti contenenti piombo
- x. i danni di cui debba rispondere per Legge il produttore o derivanti da responsabilità civile prodotti
- y. i danni conseguenti a Fatto noto/Circostanze pregresse, come definiti in polizza
- z. i danni derivanti da implantologia di protesi che prevedono l'utilizzo del silicone in forma liquida/gelatinosa qualora i danni risultino direttamente riconducibili alla protesi stessa, anche se ascrivibili al suo posizionamento
- aa. i danni derivanti da responsabilità di natura patrimoniale.

L'assicurazione RCO non comprende i danni:

- a) causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- b) derivanti da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e stoccaggio di amianto e di prodotti contenenti amianto;
- c) derivanti da guerra dichiarata o non dichiarata, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti ad ordigni di guerra.
- d) derivanti direttamente o indirettamente da muffe di qualsiasi genere
- e) derivanti da asbesto
- f) i danni conseguenti a Fatto noto/Circostanze pregresse, come definiti in polizza
- g) i danni di qualunque natura derivanti da campi elettromagnetici

Nel caso in cui la Società affermi che in virtù delle presenti esclusioni un eventuale danno non è coperto, l'onere della prova del contrario sarà a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui una parte qualsiasi delle presenti esclusioni risultasse non valida o non potesse essere fatta valere, la parte restante avrà piena validità ed effetto.

Art.28- Massimali di garanzia

I massimali assicurati per le garanzie di polizza sono i seguenti:

Massimali R.C.T. € 5.000.000,00 per sinistro, con i seguenti limiti
 € 5.000.000,00 per persona
 € 5.000.000,00 per danni a cose

Massimali R.C.O. € 5.000.000,00 per sinistro con il limite di
 € 5.000.000,00 per prestatore di lavoro

Massimo risarcimento annuo, euro 15.000.000,00.

Art.29 - Limiti di risarcimento

Le parti convengono che vengano applicati i seguenti limiti di risarcimento:

- a) Danni a cose di terzi da incendio: limite di risarcimento per sinistro/anno € 1.000.000,00
- b) Danni a cose consegnate, custodite, trasportate, caricate e scaricate: limite di risarcimento per sinistro/anno € 1.000.000,00
- c) Danni a cose non consegnate: limite di risarcimento per ogni persona danneggiata € 3.000,00/50.000,00 anno

- d) Danni a cose dei dipendenti: limite di risarcimento per ogni persona danneggiata € 6.000,00/50.000,00 anno
- e) Interruzione di attività di terzi: limite di risarcimento per sinistro/anno € 500.000,00
- f) Danni derivanti, connessi, conseguenti ad inquinamento: limite di risarcimento per sinistro/anno € 500.000,00
- g) Parificazione alle lesioni personali: limite di risarcimento per sinistro/anno € 250.000,00
- h) Danni da sindrome di immunodeficienza acquisita: limite di risarcimento per sinistro/anno € 500.000,00
- i) Rischio sangue: limite di risarcimento per sinistro/anno € 1.000.000,00
- j) Comitato etico: limite sinistro/anno € 2.000.000,00
- k) Sperimentazioni cliniche: limite sinistro/anno € 2.000.000,00.

Art.30- Rinuncia alla rivalsa, salvo dolo e/o colpa grave

Salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave, la Società rinuncerà al diritto di rivalsa e surrogazione nei confronti dei terzi in generale, nonché dei dipendenti del Contraente/Assicurato, delle persone delle quali l'Ente si avvale nello svolgimento della propria attività, e dei proprietari degli immobili in cui si svolge l'attività.

Resta pertanto impregiudicato il diritto della Società a rivalersi di quanto pagato in forza del presente contratto nei confronti dei soggetti sopra indicati, in caso di dolo o colpa grave accertati con provvedimento definitivo dell'Autorità competente.

La Società rinuncia inoltre al diritto di surrogazione spettante ai sensi dell'art. 1916 Codice Civile, salvo il caso di dolo, a meno che tale diritto non venga esercitato dal Contraente nei confronti di:

- associazioni, patronati ed enti in genere, senza scopo di lucro, che possano collaborare con l'Assicurato per le Sue attività;
- soggetti disabili e/o handicappati, inseriti temporaneamente nella struttura per finalità di recupero;
- persone assistite nell'ambito dei programmi di inserimento educativo e/o socializzante e/o riabilitativo e/o terapeutico;
- di minori in affidamento o comunque posti sotto la tutela o la sorveglianza dell'Assicurato da parte della Magistratura competente.

Art. 32- Consenso al trattamento dei dati personali

Il Contraente, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, autorizza al trattamento dei dati personali, disgiuntamente, la Società ed il Broker.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN CASO DI SINISTRO

Art. 33- Gestione delle vertenze di danno e spese legali

La Società assume la gestione delle vertenze, comprese quelle che ricadono nella eventuale franchigia, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando legali o tecnici di comune fiducia e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del o dei danneggiati.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del limite di risarcimento applicabile al caso. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto limite, le spese vengono ripartite fra gli Assicuratori e l'Assicurato in proporzione al rispettivo interesse (art. 1917 c.c., terzo comma).

La Società non riconosce peraltro le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano con essa concordati, e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

La Società rinuncia inoltre ad eccepire l'improcedibilità della domanda giudiziale ai sensi dell'art. 5, 1° comma del D. Lgs. 4/3/2010, qualora sia convenuta in garanzia dall'Assicurato nel giudizio promosso dal terzo danneggiato.

Art.34- Coesistenza di polizza di tutela legale

La Società consente espressamente che gli Assicurati affianchino ai Legali e Tecnici, come sopra designati, altri Legali e Tecnici scelti dagli Assicurati stessi, anche tra i Dipendenti dell'Ente, di cui, in tal caso, gli Assicurati sosterranno i relativi oneri.

Art.35 –Media-conciliazione

Poiché in forza dell'art. 5 del D.Lgs. 4.3.2010 n° 28, il tentativo di conciliazione costituisce condizione di procedibilità in sede civile per l'esercizio dell'azione risarcitoria nei riguardi di medici e di strutture sanitarie, il Contraente e la Società si danno atto, ad integrazione dell'art. 33 "Gestione delle vertenze di danno e spese legali", coerentemente con il disposto dell'art. 1917 cc, che,

nell'esecuzione del presente contratto, essi si conformeranno alle disposizioni del decreto succitato, assumendo, nei termini, tutte le iniziative rivolte all'assolvimento dei diritti e degli obblighi ivi previsti, nonché di quelli inclusi nel regolamento dell'Organismo presso il quale verrà effettuata la procedura, che può essere attivata dal Contraente sia direttamente sia su istanza della Società.

La domanda di mediazione avanzata dalla controparte impegna il Contraente a darne tempestivo avviso alla Società, come se si trattasse di una usuale richiesta di risarcimento, a trasmettere ogni informazione o documentazione utile all'istruzione della vertenza, a partecipare all'incontro presso l'Organismo di conciliazione, anche con l'assistenza di legali scelti di comune accordo con la Società, nonché ad adempiere alle altre eventuali incombenze previste dal regolamento dell'Organismo prescelto.

La Società si impegna, ricevute tutte le informazioni necessarie da parte del Contraente, a prendere parte direttamente o indirettamente al tentativo di conciliazione, notificando per iscritto le proprie determinazioni, nei termini previsti dalla procedura e, in caso di avvenuta conciliazione, ad assistere il Contraente nella predisposizione dei relativi verbali.

Tutte le spese e gli oneri derivanti dalla media-conciliazione saranno a carico della Società.

Le parti si danno atto infine che, agli effetti interruttivi e sospensivi della prescrizione, la presentazione dell'istanza di mediazione presso l'Organismo accreditato, diventando un vero e proprio reclamo, avrà la stessa efficacia della richiesta di risarcimento o della domanda giudiziale.

Art.36-Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

La Società, con periodicità quadrimestrale, entro 30 giorni dalla scadenza del quadrimestre, si impegna a fornire al Contraente o al Broker il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri respinti;
- sinistri senza seguito.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura presso la Società, di data di accadimento del sinistro denunciato dal terzo reclamante, la causa, l'indicazione del nominativo del terzo reclamante, la data della eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente e al Broker preferibilmente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

In caso di violazione dell'obbligo sopradescritto, il Contraente si riserva di applicare una penale di 1.000,00 (mille) euro per ogni inadempienza, prelevandola dalla cauzione rilasciata dalla Società a garanzia del corretto adempimento di tutte le Sue obbligazioni.

Art.37- Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente/Assicurato, a parziale deroga dell'art. 1913 cc, deve darne avviso scritto alla Società, entro 30 giorni lavorativi da quando l'Ufficio addetto alla gestione delle polizze e dei sinistri ne ha avuto conoscenza, rimettendo al più presto un dettagliato rapporto scritto. Deve inoltre fornire in tempo utile alla Società e ai Suoi mandatari tutte le informazioni, i documenti e le prove che verranno preventivamente concordati..

Il Contraente/Assicurato è tenuto a denunciare alla Società eventuali sinistri rientranti nella garanzia "Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro" solo ed esclusivamente:

- a) per i sinistri mortali, trasmettendo tempestivamente atti, documenti, notizie e quant'altro riguardi il fatto;
- b) in caso di infortunio per il quale ha luogo l'inchiesta giudiziaria a norma di legge: in quest'ultimo caso il termine decorre dal giorno in cui l'Assicurato ha ricevuto l'avviso per l'inchiesta;
- c) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, o terzi, nonché da parte dell'INAIL, qualora esercitasse diritto di surroga a sensi del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124, trasmettendo tempestivamente atti, documenti, notizie e quant'altro riguardi la vertenza.

Art.38- Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, le parti possono comunicare a mezzo lettera raccomandata il proprio recesso dal contratto, rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore a centoventi giorni, decorrenti dalla data di ricevimento della raccomandata, per dar modo alla Contraente di esperire le necessarie procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

Nel caso in cui il recesso sia stato intimato dalla Società, la stessa, entro 30 gg. dalla data di efficacia, rimborserà la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto dell'imposta.

Art.39- Obblighi della Società in caso di sinistro

La Società dovrà comunicare all'Assicurato e/o al Broker, il numero assegnato alla pratica ed il nominativo del referente entro 30 giorni dal ricevimento della relativa denuncia.

Tutte le pratiche dovranno fare riferimento, per il Contraente, ad un unico Ufficio Sinistri.

La Direzione Sanitaria e il Gruppo di Lavoro per la gestione dei sinistri (G.V.S.) dell'Azienda potranno intervenire nell'istruzione dei sinistri, allo scopo di collaborare a stabilire la fondatezza delle richieste risarcitorie e ad esprimere il proprio parere sulla valutazione dei danni posti a riserva e la Società si impegna a garantire la propria presenza alle riunioni del G.V.S. anche successivamente alla data di scadenza della presente polizza, allo scopo di dare continuità al lavoro svolto relativamente ai sinistri che, dopo la cessazione della polizza, non siano ancora stati definiti.

Art.40- Determinazione delle riserve

La Società si impegna a creare e mantenere, apportando i necessari aggiornamenti, una banca dati sinistri relativa a tutte le posizioni di sinistro denunciate e ciò fino al momento della definizione dell'ultimo sinistro ancora pendente, anche dopo la cessazione della polizza.

La Società si impegna inoltre a predisporre tabulati in formato excel a cadenza almeno semestrale, da trasmettersi anche per il tramite di suoi incaricati, contenenti a titolo esemplificativo quanto meno i seguenti dati:

- anagrafica: Azienda Sanitaria, Controparte, Dipendenti coinvolti, Assicuratori;
- date: accadimento, richiesta di risarcimento, denuncia di sinistro, definizione;
- descrizione: tipologia, specialità, presidio;
- importo: entità della richiesta, preventivo iniziale, preventivo tecnico aggiornato, ammontare pagato per risarcimento, ammontare della franchigia impegnata, ammontare dell'erosione del massimo aggregato di franchigie;
- stato del sinistro: aperto, pendente in sede giudiziale civile o penale, chiuso senza seguito, definito ma in attesa di pagamento, chiuso con pagamento.

Art.41- Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società Assicuratrice, la Società di Brokeraggio Assicurativo, nonché ogni altra impresa interessata al presente contratto (filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n° 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste della normativa sopracitata – tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane Spa) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG), o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione Appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dell'art. 3 della citata legge n° 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c. e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art.42- Gestione dei sinistri in franchigia (se contemplata)

Resta convenuto tra le Parti che la garanzia prestata dalla presente polizza, opera previa applicazione di una "franchigia aggregata annua", pari ad Euro....., da applicarsi ai risarcimenti pagati in eccesso all'importo di €, quale franchigia fissa per singolo sinistro, che prevarrà su ogni altra franchigia stabilita in polizza.

Nel comune interesse, le Parti convengono di adottare le seguenti modalità per una gestione appropriata della franchigia aggregata, da svolgersi in reciproca collaborazione e coordinazione tra il Contraente e la società.

All'inizio di ogni periodo assicurativo annuo o di minor durata, il Contraente istituisce un apposito fondo in bilancio per un ammontare pari alla franchigia aggregata. Il fondo è destinato esclusivamente al pagamento dei risarcimenti pertinenti al rispettivo periodo assicurativo.

La trattazione e definizione di ogni sinistro, debitamente denunciato alla società, è condotta dalla stessa con la cooperazione degli Uffici competenti del Contraente. Fermo restando ciò, la società avrà sempre il diritto esclusivo di determinare gli importi posti a riserva, le strategie di difesa, le proposte di offerte alla controparte senza essere tenuti ad ottenere il consenso dell'Assicurato.

Il costo di siffatta gestione dei sinistri è a totale carico della società, nei limiti stabiliti in polizza.

La società è tenuta ad acquisire il preventivo consenso della Contraente prima di provvedere alla definizione di qualsiasi indennizzo e, a tal fine, la società si impegna a:

1. trasmettere al Contraente, a supporto di quanto sopra, estratto della relazione medico legale del proprio fiduciario e parere in merito all'opportunità della transazione.
2. comunicare 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.

Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, il Contraente dovrà inviare entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della proposta transattiva da parte degli Assicuratori, proprie considerazioni di merito, in assenza delle quali la Società dovrà ritenersi delegata alla transazione nei termini prospettati.

Acquisito il benessere da parte della Contraente, la società provvederà alla definizione del sinistro e comunicherà al Contraente il pagamento da effettuare. Qualora il contraente comunicasse la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dalla società, questa ultima resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta di transazione. Pertanto qualora il sinistro dovesse essere definito successivamente per un importo maggiore a quello della proposta di transazione, rifiutata dal Contraente, la differenza resterà a carico esclusivo del Contraente e non andrà a ridurre il fondo della franchigia aggregata.

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 dall'avente diritto al risarcimento.

Dopo ogni pagamento, la parte eccedente la franchigia fissa per sinistro, va a ridurre il fondo della franchigia aggregata. Gli eventuali maggiori costi, dovuti a mancato pagamento, oppure a pagamento tardivo o parziale, oppure a risarcimenti e/o spese non previamente approvati dalla società, restano a totale carico del Contraente e non vengono conteggiati ai fini della riduzione del fondo della franchigia aggregata.

Quando il Contraente e la società avranno verificato, che tutti i sinistri di un periodo assicurativo annuo o di minor durata, sono definiti e pagati, se il fondo della rispettiva franchigia aggregata non è esaurito, il saldo rimanente viene incamerato dal Contraente.

Quando i pagamenti eseguiti esauriscono il fondo franchigia aggregata, tutti gli ulteriori risarcimenti per sinistri pertinenti al periodo assicurativo considerato saranno pagati dalla società applicando solo la franchigia fissa per sinistro e fino a concorrenza dei limiti e sottolimiti di indennizzo convenuti.

Se un periodo assicurativo è inferiore all'anno intero, l'importo della franchigia aggregata è calcolato in proporzione alla durata del periodo. Parimenti, in caso di proroga temporanea della durata di questo contratto per un periodo inferiore all'anno intero, l'importo della franchigia aggregata sarà calcolato in proporzione alla durata della proroga, con applicazione delle modalità che precedono.

La facoltà di recesso per sinistro è valevole anche in caso di sinistro che interessi la franchigia aggregata o per sinistro.

Resta, altresì, convenuto tra le Parti che, fermo restando quanto precede, le procedure dettagliate per la gestione dei sinistri saranno definite in apposito protocollo.

**Appendice n. 1
alla Polizza n.**

Decorrenza dell'efficacia della presente Appendice: 13/04.2012

Contraente: ASL 3 – Nuoro.

La presente garanzia è prestata per conto di chi spetta.

(condizione valida solo dopo l'esplicita adesione e la corresponsione del relativo premio da parte degli aderenti)

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' PERSONALE PER "COLPA GRAVE"

Art. I - L'assicurazione prestata con la presente Appendice è stipulata dal Contraente in nome e per conto della persona Assicurata, quale definita all'articolo II e identificata a termini degli articoli che seguono.

Art. II - E' Persona Assicurata ogni dirigente, dipendente o collaboratore del Contraente, sia questi medico, paramedico o altro operatore ausiliario, il quale:

- a) abbia aderito all'assicurazione prestata con la presente Appendice mediante la compilazione di apposito modulo di adesione debitamente datato e firmato;
- b) abbia preso impegno di versare al Contraente il premio individuale convenuto, secondo le modalità e le procedure interne stabilite con la stessa.

Art. III – Verso pagamento del premio convenuto e nell'osservanza di tutte le condizioni e modalità previste dal Capitolato di Polizza, la Società, a parziale deroga dell'art. 30 delle Norme che regolano l'assicurazione di Responsabilità Civile, assicura il personale di cui al precedente articolo, per danni cagionati a terzi per morte e lesioni personali o per danni a cose, compresi gli animali, in conseguenza di un fatto o omissione commessi con colpa grave nell'esercizio dell'attività professionale, durante l'orario di lavoro o nello svolgimento di attività libero professionale in regime intramurario:

- in dipendenza di azione diretta del danneggiato;
- in caso di azione di rivalsa esperita da parte della Società o del Contraente, a seguito di sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

I danni derivanti da fatti dolosi restano in ogni caso esclusi dall'assicurazione prestata con la presente Appendice.

Restano fermi e invariati i limiti di risarcimento previsti in Polizza.

Art. IV – Per quanto riguarda la Gestione delle vertenze e le spese legali si applica l'art. 33 di Polizza. Tuttavia gli Assicuratori possono acconsentire a nominare anche legali e tecnici di fiducia della persona Assicurata, su motivata richiesta di quest'ultima e a condizione che non sussista conflitto di interessi con il Contraente. I costi delle persone così nominate si aggiungono a quelli dei legali e tecnici designati dagli Assicuratori e sono a carico della persona Assicurata.

Art. V - Il Contraente riscuote da ogni persona Assicurata il premio individuale stabilito, nei modi e termini che riterrà più opportuni, anche con trattenute future sullo stipendio. Entro 90 giorni dall'inizio di ciascun periodo assicurativo annuo, il Contraente dichiara agli Assicuratori il numero, nominativo e codice fiscale dei dipendenti che hanno aderito a questa assicurazione, categoria per categoria, nonché la data di adesione. Su questa base, gli Assicuratori emettono un'appendice che quantifica il premio complessivo loro dovuto in relazione a questa Appendice, premio che il Contraente è tenuto a pagare agli Assicuratori nei 60 giorni successivi alla data di ricevimento dell'appendice.

Per ciascuna persona Assicurata questa assicurazione decorre dalla data d'inizio della durata del contratto di cui questa Appendice fa parte integrante e resta valida fino alla data di cessazione del contratto stesso, purchè ad ogni scadenza annuale sia pagato il premio convenuto e salvo disdetta data dalla persona Assicurata o dagli Assicuratori a mezzo di lettera raccomandata con preavviso di almeno 90 giorni prima di ogni scadenza annuale.

Qualora nel corso della durata del contratto la persona Assicurata termini il rapporto di lavoro con il Contraente per quiescenza o per altro motivo, essa resta assicurata fino alla prima scadenza annuale. Può peraltro continuare a giovare dell'assicurazione sopra delimitata anche per le annualità successive, dietro pagamento di un premio, per ciascuna annualità, pari al 50% del premio individuale convenuto.

Resta tuttavia inteso che nel caso di scioglimento, per qualsiasi motivo, del contratto di cui questa Appendice fa parte integrante, anche l'assicurazione prevista da questa Appendice cesserà automaticamente dalla stessa data. In tal caso gli Assicuratori mettono a disposizione del Contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi soltanto gli oneri fiscali.

Art. VI - In caso di adesione oltre il periodo di 90 giorni dalla decorrenza del contratto, ma nel corso di una annualità assicurativa, la rispettiva assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno dell'adesione e il premio individuale è calcolato con metodo *pro rata*, fino alle ore 24,00 del giorno della data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso (con frazionamento minimo mensile). Il premio complessivo che ne deriva è pagato agli Assicuratori a termini dell'articolo VII che segue.

Art. VII - Al termine di ogni annualità assicurativa, sulla base delle adesioni indicate nell'articolo precedente, gli Assicuratori emettono un'appendice che quantifica il premio complessivo relativo a queste adesioni, si che il Contraente è tenuto a pagare nei 60 giorni successivi alla data di ricevimento dell'appendice.

Art. VIII – Nel caso di colposa mancata o ritardata notifica della comunicazione contenente, categoria per categoria, il numero e nominativo degli assicurati, sia quella da inviarsi entro 120 giorni dall'inizio del contratto, sia quella da inviarsi entro 60 giorni dalla fine dello stesso, da parte del Contraente e del Broker, gli Assicuratori si impegnano a ritenere valida la copertura assicurativa dei singoli aderenti, facendo fede esclusivamente la data del protocollo (o del timbro datario siglato dal responsabile del servizio) apposta su ciascun modulo di adesione, mentre il Contraente si impegna a corrispondere contestualmente alla notifica dell'elenco, il premio corrispondente

Art. IX - Il Contraente è tenuto:

- i) a conservare tutte le adesioni, compilate su apposito modulo, protocollato o datato con apposito timbro e siglato, di cui il Contraente invierà agli Assicuratori apposito elenco, entro 60 giorni dalla fine dell'annualità assicurativa, corredato, categoria per categoria, di nominativo, codice fiscale e data di adesione,
- ii) a mantenere puntualmente regolari registrazioni di tutti i dipendenti che hanno aderito a questa assicurazione, categoria per categoria, con indicazione della data di effetto dell'adesione di ciascuna,
- iii) a rendere accessibili detti moduli di adesione e detta registrazione agli Assicuratori o ai loro incaricati in qualunque momento, consentendo di farne fotocopia.

Art. X - Premio lordo annuo pro capite per dipendenti e/o collaboratori:

- dirigenti euro pro capite annui lordi
- personale del comparto euro pro capite annui lordi

Art. XI - L'indicazione di tali premi in aumento ha il solo scopo di fornire un'informazione e pertanto non se ne terrà conto ai fini dell'aggiudicazione della gara.

IL CONTRAENTE

GLI ASSICURATORI

Timbro e firma

SCHEDA DI OFFERTA

IL SOTTOSCRITTO..... LEGITTIMATO AD IMPEGNARE
LA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI
DENOMINATA.....

DICHIARA:

□ DI ACCETTARE **SENZA ALCUNA RISERVA NE' RESTRIZIONE** TUTTE LE CLAUSOLE CONTENUTE NEL CAPITOLATO TECNICO E – IN BASE A UN PREVENTIVO DI RETRIBUZIONI DI € 85.000.000,00 (ottantacinquemilioni di euro) – DI OFFRIRE LE SEGUENTI CONDIZIONI:

□

Premio annuo lordo	Tasso annuo lordo	Tasso lordo di regolazione	Franchigia per sinistro (se esistente)	Franchigia aggregata (se esistente)

N.B.: La parametrizzazione delle offerte verrà effettuata sulla base di un numero di sinistri annuo di 25 (venticinque), che è stata ipotizzato sul dato storico dell'ultima annualità, al solo scopo di creare un sistema di calcolo uguale per tutti i concorrenti.

Il premio annuo lordo indicativo è pari a € 2.900.000,00 (duemilioninovecentomila euro).

DICHIARA, INOLTRE, CHE:

- LA QUOTA PERCENTUALE DEL RISCHIO CHE INTENDE ASSUMERSI IN QUALITÀ DI DELEGATARIA È PARI AL%
- È STATA CONCORDATA, AI SENSI DELL'ART. 1911 DEL COD. CIV., LA CHIUSURA DEL RIPARTO, DI COASSICURAZIONE SINO A COPERTURA DEL 100% DEL RISCHIO, CON LE SEGUENTI COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE.

COMPAGNIA COASSICURATRICE	QUOTA % DI PARTECIPAZIONE

RCT COLPA GRAVE (Premio a carico degli aderenti)

DIRIGENTI	Premio Annuo lordo pro-capite € di cui imposte €
COMPARTO	Premio Annuo lordo pro-capite € di cui imposte €

Firma per conferma ed accettazione

(del legale rappresentante o di procuratore fornito dei poteri necessari)

N. B. La quotazione della RCT COLPA GRAVE, pur essendo obbligatoria, non verrà tenuta in considerazione agli effetti dei criteri di aggiudicazione della gara.