

**PROGRAMMA ASSICURATIVO
DEI RISCHI SANITARI
DELLE AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE
DELLA
REGIONE PIEMONTE**

CAPITOLATO SPECIALE SERVIZI ASSICURATIVI

**POLIZZA
"PRIMARY"**

stipulata tra

AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA

e

l'Impresa di Assicurazioni

.....

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per AMMINISTRAZIONE
AGGIUDICATRICE

Società di Committenza Regione Piemonte S.p.A. – S.C.R. - Piemonte
S.p.A. corso Marconi 10, 10125 Torino, ITALIA

per CONTRAENTE

Ciascuna Azienda Sanitaria Locale e Ospedaliera della Regione
Piemonte;

per ASSICURATO

il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione e pertanto:
la Regione Piemonte nell'ambito della propria attività istituzionale in di
sanità, ma unicamente in qualità di Ente Finanziatore del Servizio
Sanitario Regionale e limitatamente alle attività svolte e per le quali
sussista la responsabilità dei soggetti sotto indicati:

Le Aziende Sanitarie appartenenti al SSR della Regione Piemonte ed i
loro Organi: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore
Sanitario, i Componenti del Collegio Sindacale, nonché i Dirigenti ed i
Dipendenti tutti;

per ASSICURATO
AGGIUNTIVO

le persone fisiche e giuridiche diverse dal Contraente alle quali è
riconosciuta tale qualifica nel testo contrattuale, in quanto soggetti il cui
interesse è protetto dall'assicurazione. Gli Assicurati Aggiuntivi potranno
esercitare i diritti nascenti dal contratto unicamente con il consenso e per
il tramite del Contraente;

per SOCIETA'

l'Impresa di Assicurazioni nonchè le Imprese Coassicuratrici;

per BROKER

l'intermediario che ai sensi dell'art. 109, comma 2, lettera b) del D.
Lgs.209/2005 abbia ricevuto o riceva mandato dall'Azienda Delegata e/o
dalla Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto;

per ASSICURAZIONE

i singoli contratti di assicurazione stipulati da ciascuna Azienda Sanitaria;

per POLIZZA

il documento che prova l'assicurazione;

per RISCHIO

la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono
derivarne;

per GARANZIE

le prestazioni oggetto dell'Assicurazione dovute dalla Società;

per PREMIO

la somma dovuta dal Contraente alla Società;

per SINISTRO RCT/RCO

(ai fini dell'applicazione della garanzia secondo la formula temporale claims made) la richiesta di risarcimento o più richieste di risarcimento conseguenti al medesimo evento, di cui la prima sia pervenuta all'assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione;

per SINISTRO IN SERIE

più richieste di risarcimento pervenute all'assicurato provenienti da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro;

per RICHIESTA DI
RISARCIMENTO

per richiesta di risarcimento si intende quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato:

- la comunicazione con la quale il terzo od il prestatore attribuisce all'Assicurato la responsabilità per danni o perdite,
 - qualsiasi citazione in giudizio o chiamata in causa o altra comunicazione scritta di richiesta danni,
 - la formale notifica all'Assicurato da parte delle Autorità competente di un'informazione di garanzia ai sensi dell'art. 369 c.p.p., di un accertamento tecnico non ripetibile ai sensi dell'art. 360 c.p.p., di un incedente probatorio ai sensi dell'art. 392 c.p.p., dell'avviso di conclusione delle indagini ai sensi dell'art. 415 bis c.p.p..
- Non è equiparata a Richiesta di Risarcimento la notifica dell'ordinanza/verbale di sequestro delle cartelle cliniche.

per INDENNIZZO

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

per MASSIMALE PER
SINISTRO

l'importo massimo dell'indennizzo per ogni sinistro, incluso il sinistro in serie, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o sofferto danni a cose di loro proprietà;

per MASSIMALE PER
ANNO

la massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa;

per ANNUALITA'
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'assicurazione;

per FRANCHIGIA

la parte di danno risarcibile al danneggiato che per ogni e ciascun sinistro resta a carico del Contraente;

per DANNI

CONSEQUENTI A PARTO le lesioni cagionate al nascituro od al neonato durante il travaglio, il parto o successivamente alla nascita che determinano una permanente disabilità fisica o mentale o disturbi cognitivi come il ritardo mentale e dello sviluppo e le difficoltà di apprendimento.

Si intendono inclusi i danni di seguito elencati a titolo esemplificativo e non tassativo:

- encefalopatia ipossico ischemica o asfissia neonatale;
- danno neonatale conseguente a mancata diagnosi di macrosomia fetale, sproporzione cefalo-pelvica, presentazione anomala, prolasso del cordone ombelicale;
- traumi e lesioni derivanti da forze meccaniche come la compressione o la trazione;
- paralisi ostetrica, lesione del plesso brachiale;
- errore o mancata diagnosi di gravi malformazioni fetali;
- mancata diagnosi o non corretto trattamento di infezioni materne.

Rientrano nei danni conseguenti a parto anche quelli eventualmente patiti dalla madre.

Non rientrano nei danni conseguenti a parto quelli riportati dalla madre in assenza di danni al nascituro od al neonato.

per SCOPERTO

la parte percentuale di risarcimento a carico dell'Assicurato;

per DANNO
CORPORALE

il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a lesioni o morte di persone;

per DANNI MATERIALI

ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa, nonché i danni ad essi conseguenti;

per COSE

gli oggetti materiali e gli animali;

per PERDITE
PATRIMONIALI

il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni materiali o corporali come sopra definiti;

Per CONCILIAZIONE

la composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della mediazione

Per MEDIAZIONE

L'attività svolta da un terzo soggetto imparziale finalizzata ad assistere due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, anche con formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1) Norme che regolano l'Assicurazione

La presente assicurazione si intende prestata alle condizioni tutte previste dalla Polizza di Assicurazione, nonché dalle eventuali Condizioni Particolari, che saranno pattuite tra la Società ed il Contraente e riportate nel certificato di assicurazione

Per ciascun Contraente saranno emessi, un Esemplare della Polizza di Assicurazione “Master” e singoli Certificati di Assicurazione per l’Assicurazione Primary. Ciascun certificato di Assicurazione conterrà il conteggio del premio di polizza e le Condizioni Particolari specificamente pattuite con il singolo Contraente.

In relazione alla pluralità di Contraenti e pur nel contesto di una copertura secondo la formula del rischio comune, si precisa che, ai fini dell’operatività della garanzia, nessuna eccezione potrà essere opposta ad un Contraente od Assicurato diverso dal soggetto cui è addebitabile il comportamento o l’omissione che l’abbia determinata.

Art. 2) Assicurati aggiuntivi

a) Qualsiasi persona fisica o giuridica per la quale la legge o altra disposizione normativa obbligatoria impone al Contraente l'obbligo di assicurazione di Responsabilità Civile.

b) Qualsiasi persona fisica o giuridica alla quale sia riconosciuta l'estensione della qualifica di Assicurato nel contesto contrattuale:

a titolo esemplificativo il personale appartenente alle seguenti categorie:

- Personale medico e sanitario a rapporto convenzionale;
- Personale Universitario convenzionato;
- Personale a contratto, inclusi i medici contrattisti,
- Medici specializzandi e medici specialisti in formazione;
- Medici della continuità assistenziale;
- Obiettori di coscienza in servizio sostitutivo civile;
- Assegnisti, borsisti e tirocinanti;
- Appartenenti ad Associazioni di volontariato;
- Soggetti disabili e loro tutori durante le attività esterne, con esclusione dei danni alle cose oggetto o strumento di tali attività.

In caso di corresponsabilità di due o più Assicurati aggiuntivi i massimali previsti restano tali ad ogni effetto.

Art. 3) Attività assicurata

Gestione di attività sanitaria istituzionalmente riconosciuta al Contraente dalle competenti Autorità o comunque ad esso trasferite o delegate comprese tutte le attività preliminari e conseguenti, accessorie, connesse e collegate, complementari ed ausiliarie, mediante strutture, mezzi e tecnologie ritenute dal Contraente stesso più idonee al raggiungimento del fine istituzionale.

L'Assicurato/Contraente dispone delle autorizzazioni previste dall'ordinamento giuridico e dai regolamenti vigenti per l'esercizio dell'attività oggetto della presente assicurazione.

Art. 4) Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione ha durata di 12 (dodici) mesi, con effetto dalle ore 24:00 del 31/12/2016 e scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2017.

L'assicurazione non è soggetta a tacito rinnovo per cui dalla sua naturale scadenza sarà priva di effetto.

È prevista la facoltà per le parti di stipulare la prosecuzione del servizio, una sola volta, per ulteriori 12 (dodici) mesi, ai sensi dell'art. 63, comma 5 del D. Lgs. 50/2016, ed a condizione che, in tale momento, ne ricorrano tutte le condizioni previste dalle leggi anche di fonte Regionale.

Art. 5) Proroga dell'assicurazione

E' inoltre facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 90 giorni decorrenti dalla scadenza.

Art. 6) Premio dell'assicurazione

Il premio annuo è convenuto in €. 14.750.000,00 comprensivo di imposte e resterà fisso e non regolabile per l'intera durata dell'appalto.

Art. 7) Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza al broker incaricato, con sede legale in, ai sensi del D. Lgs. 209/2005 .

La Società riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo.

Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Qualora l'Impresa aggiudicataria intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker.

La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura massima del 5%. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dall'impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per la Contraente.

Art. 8) Clausola di coassicurazione - Estratto unico

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso,

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 Coassicurate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 9) Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

A parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1901 c.c. le garanzie saranno valide anche se il premio relativo alla Polizza Primary sia stato corrisposto entro 60 giorni successivi alla data di decorrenza della suddetta polizza,

Se il Contraente non paga il premio entro il termine di 60 giorni dalla rispettiva data di scadenza, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di rinnovazione o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
- b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 10) Regolazione del premio

Il premio dell'Assicurazione non è soggetto a regolazione.

Art. 11) Oneri Fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 12) Foro Competente

Le parti contraenti riconoscono come unico foro competente, per qualsiasi controversia, quello del luogo ove ha sede il Contraente.

Art. 13) Aggravamento e diminuzione di rischio

Verificandosi un aggravamento del rischio tale per cui la situazione di rischio sopravvenuta presenti caratteri della novità e della permanenza, il Contraente deve darne comunicazione scritta alla Società entro 30 giorni dal suo verificarsi.

Gli aggravamenti di rischio non accettati dalla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

Verificandosi una diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente/Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del codice civile.

La diminuzione del rischio non può essere considerata causa di recesso da parte della Società.

Art. 14) Prova del contratto e forma delle comunicazioni

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Tutte le comunicazioni fra le Parti dovranno avvenire a mezzo di lettera raccomandata, telex, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

Art. 15) Clausola di revisione del prezzo

Le parti prendono e danno reciprocamente atto che ricorrendo le condizioni di cui all'art. 106 del D. Lgs. 50/2016 "Codice degli Appalti" durante il decorso del rapporto contrattuale si potrà addivenire ad una revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza, laddove ricorrano elementi idonei a giustificare l'applicazione delle revisione del prezzo.

La Società potrà richiedere motivatamente la revisione del prezzo indicando le condizioni normative ed economiche oggetto della richiesta di variazione.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, eventualmente formulando una propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla revisione del prezzo; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui alla presente polizza.

Art. 16) Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non sia espressamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 17) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio/buona fede

Sempreché non siano addebitabili a dolo, l'omissione, l'incompletezza o l'inesattezza delle dichiarazioni da parte del Contraente/Assicurato di circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, durante il corso di validità dell'Assicurazione così come all'atto della sottoscrizione delle stesse, anche nella compilazione del Questionario/Proposta che forma parte integrante della polizza, non comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, né la cessazione dell'assicurazione.

Art. 18) Altre assicurazioni

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza.

Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C.; resta salvo quanto diversamente disposto in tema di operatività temporale delle garanzie RCT.

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C..

Art. 19) Informativa sui danni

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società entro 10 giorni dalla richiesta si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purchè editabile, il dettaglio dei sinistri aggiornato così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 100,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE

Art. 20) Responsabilità civile verso terzi (RCT)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi, rivalutazione e spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per tutti i danni non espressamente esclusi involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali, per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta comprese tutte le operazioni e attività accessorie, sussidiarie, e/o complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa nè eccettuata ovunque nell'ambito territoriale dell'Assicurazione, ed in ogni caso qualunque attività consentita dalle leggi vigenti e/o dai propri regolamenti interni e non in contrasto con gli stessi.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante da fatto doloso di persone delle quali l'Assicurato debba rispondere

Art. 21) Persone non considerate "terzi"

Ai fini dell'assicurazione RCT sono considerati terzi tutte le persone fisiche e giuridiche con la sola esclusione:

- a) dei prestatori di lavoro, dipendenti dell'Assicurato, soggetti all'assicurazione obbligatoria (INAIL), per gli infortuni dagli stessi subiti in occasione di lavoro in quanto in tal caso opera la garanzia RCO;
- b) dei soggetti non dipendenti dell'Assicurato per i quali lo stesso debba provvedere alla copertura obbligatoria INAIL (opera la garanzia RCO).

Pertanto i prestatori di lavoro sopra definiti sono considerati terzi qualora subiscano il danno non in occasione di prestazione svolta presso o per conto dell'Assicurato Contraente e/o per danni arrecati a cose di proprietà dei prestatori di lavoro stessi.

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 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.

Art. 22) Responsabilità civile verso prestatori lavoro (RCO)

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

1) ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30 Giugno 1965 n.1124 e successive integrazioni, modifiche ed interpretazioni e del D. Lgs. 23 Febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;

2) 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 successive integrazioni e modifiche e del D. Lgs. 23 Febbraio 2000 n. 38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali.

La garanzia opera con una franchigia di € 5.000,00 per ogni sinistro.

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 in quanto ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia.

La garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (RCO) 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.

La garanzia non vale:

- per i casi di discriminazione razziale, sessuale e mobbing,
- per le malattie professionali connesse all'utilizzo dell'amianto;
- per le malattie professionali:

a) conseguenti alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge da parte dei rappresentanti legali del Contraente;

b) conseguenti 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. 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) manifestatesi per la prima volta trascorsi oltre 12 mesi dalla cessazione dell'Assicurazione o del rapporto di lavoro.

Tanto l'assicurazione RCT quanto l'assicurazione RCO 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.

Responsabilità personale dei preposti.

La garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (RCO) viene estesa a favore delle persone incaricate dall'Assicurato della direzione o della sorveglianza del lavoro, per la eventuale responsabilità personale loro derivante a seguito di infortuni subiti - nello svolgimento delle relative mansioni professionali - da dipendenti dell'Assicurato o loro sottoposti.

Art. 23) Responsabilità personale e professionale

L'assicurazione RCT è estesa anche alla responsabilità personale e/o professionale di tutti i dipendenti e/o collaboratori convenzionati, medici compresi, e compresi i sanitari non alle dipendenze, di cui l'Assicurato si avvale nell'esercizio della sua attività compresa la libera professione intramuraria ovunque svolta purché in conformità alle disposizioni ed autorizzazioni della Contraente.

L'assicurazione include la responsabilità civile personale dei dipendenti dell'assicurato, nonché delle persone non in rapporto di dipendenza con l'assicurato e della cui opera quest'ultimo si avvale, per danni involontariamente cagionati a terzi e dipendenti, escluso il Contraente, in

relazione alla titolarità delle funzioni, delegabili o non delegabili di cui

- al D. Lgs. 9 aprile 2008 n° 81, inclusi i soggetti delegati, di seguito elencati:
 - a) Datore di Lavoro – Dirigente – Preposto – Medico Competente – Rappresentanti dei lavoratori e tutti i lavoratori stessi,
 - b) Committente – Responsabile dei lavori – Coordinatore per la Progettazione – Coordinatore per l'Esecuzione,con esclusione delle sanzioni per le quali è vietata la copertura assicurativa ai sensi dell'art. 12 del D. Lgs. 7/9/2005 n° 209, in conseguenza di danni sofferti da terzi e prestatori di lavoro come precedentemente definiti, ivi inclusi gli appaltatori, subappaltatori e loro dipendenti, nonché in relazione a fatti connessi ad involontaria violazione della previgente normativa di cui al D. Lgs 626/94 e successive modifiche e al D. Lgs. N. 494/96 e successive modifiche, inclusa la Responsabilità civile personale derivante al responsabile della sicurezza e salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro, nominato dall'Assicurato ai sensi della legge n. 626/94 e per la Responsabilità civile personale derivante al coordinatore in materia di sicurezza e di salute durante la realizzazione dell'opera, ai sensi della legge n. 494/96;
- al D. Lgs. n° 230/1995 inclusi i soggetti delegati, di seguito elencati:
Esperto qualificato – Medico Autorizzato – Medico Addetto alla Sorveglianza,
- al D. Lgs. n° 219/2006 inclusi i soggetti delegati, di seguito elencati:
Persona Qualificata – Personale Qualificato Coadiuvante.

Per i Sanitari ed il restante personale non alle dipendenze, la copertura opera limitatamente alle categorie per le quali sussiste un obbligo di legge, derivante dal regolamento della Contraente o da Convenzione sottoscritta dal Contraente nonché da contratto anche individuale, con oneri di copertura a carico della Contraente e entro i limiti dagli stessi previsti.

L'Assicurazione conserva la propria validità anche in relazione alla responsabilità civile personale e professionale di dipendenti dell'Assicurato che svolgono attività presso altre strutture in virtù di convenzioni stipulate con l'Assicurato.

Resta salva la facoltà di rivalsa di cui all'art. 30) della presente polizza, spettante alla Società in caso di dolo o colpa grave dei soggetti sopra indicati.

Art. 24) Operatività temporale delle garanzie

La garanzia RCT e RCO vale per le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti dell'Assicurato, ed a questi pervenute nel periodo di vigenza della presente polizza.

La presente Assicurazione si intende operante anche per le richieste di risarcimento che siano conseguenti a comportamenti posti in essere antecedentemente alla data di decorrenza della polizza senza applicazione di alcun limite alla retroattività a condizione che le stesse non potessero essere validamente denunciate ai precedenti assicuratori, ai sensi delle condizioni contrattuali di validità temporale previste dalle previgenti polizze assicurative.

Art. 25) Estensione territoriale

La validità dell'assicurazione è estesa al mondo intero escluso i danni verificatisi ed i giudizi instaurati in Usa e Canada.

Art. 26) Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) i danni da furto;

- b) i rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi degli art. 122 e segg. del D. Lgs. 209/2006 "Codice delle Assicurazioni";
- c) i danni derivanti dalla proprietà e dall'impiego di aeromobili e natanti;
- d) i danni derivanti da intenzionale mancata osservanza o violazione di norme di legge da parte del Direttore Generale della Contraente;
- e) i danni conseguenti ad omessa vigilanza veterinaria e di igiene alimentare in relazione all'encefalopatia spungiforme (BSE) o nuove varianti della malattia di Creutzfeld-Jacob;
- f) danni verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc...), ad eccezione però dell'impiego di apparecchi radianti a scopo analitico, diagnostico e terapeutico;
- g) danni di qualunque natura conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, infiltrazione e contaminazione di acque, terreni o colture, 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 ad eccezione dei casi in cui tali danni siano diretta conseguenza di rottura accidentale di impianti e condutture di pertinenza dell'Assicurato, causata da evento improvviso repentino ed accidentale;
- h) danni derivanti dalla detenzione od all'impiego di esplosivi;
- 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";
- j) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica; sono però compresi:
 - i danni di natura estetica determinati da errore tecnico nell'intervento con esclusione della garanzia delle pretese della mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato,
 - i danni di natura estetica conseguenti ad interventi di chirurgia ricostruttiva;
- k) fatti pregressi o circostanze pregresse già noti al Contraente e/o agli Assicurati e/o agli Assicurati aggiuntivi prima della data di stipulazione della presente polizza, qualora gli stessi si fossero già concretizzati in richieste di risarcimento coperte di assicurazione e validamente denunciate ai precedenti assicuratori ai sensi delle condizioni contrattuali di validità temporale previste dalle previgenti polizze assicurative;
- l) 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;
- m) danni derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati;
- n) danni di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura amianto, nonchè ogni responsabilità derivante dall'asbestosi o ogni altra malattia collegata;
- o) danni di qualunque natura derivanti da campi elettromagnetici;
- p) danni patrimoniali puri; salvo quando espressamente compresi nelle Condizioni di Assicurazione;
- q) la presenza e gli effetti, diretti e indiretti, di muffa tossica di qualsiasi tipo;
- r) danni alle cose di terzi che l'assicurato detenga a qualsiasi titolo allo scopo di servirsene come beni 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;
- s) danni alle cose e/o opere di terzi sulle quali si eseguono i lavori;
- t) 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;
- u) i danni derivanti direttamente o indirettamente da funghi, piombo o prodotti contenenti piombo;

- v) cagionati da opere o installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori;
- w) provocati da acqua piovana o da agenti atmosferici in genere, in occasione di costruzione o manutenzioni di fabbricati;
- x) da tabacco (compreso fumo passivo) e qualsiasi prodotto a base di tabacco, esclusa la nicotina quale agente terapeutico;
- y) da violazione di brevetti e/o marchi.

Art. 27) Precisazioni ed estensioni di garanzia

A titolo puramente esemplificativo, e non esaustivo, l'assicurazione è prestata per le conseguenze della responsabilità civile derivante all'Assicurato, ai sensi di legge:

- a) dalla sua qualità di esercente, in conformità alle leggi ed ai regolamenti vigenti, di centri di raccolta, distribuzione, utilizzo del sangue e trasfusionali, inclusi emoderivati, tessuti e sostanze di origine umana, espianto e trapianto di organi e tessuti;
- b) per sperimentazioni cliniche non rientranti nell'ambito di applicazione del D.M. 14 luglio 2009. Si intende pertanto garantita la responsabilità del Contraente e degli Sperimentatori interni, personale medico e paramedico, sempre restando esclusa la responsabilità che ricade sul produttore dei farmaci e/o dei presidi sanitari oggetto della sperimentazione e sullo sponsor, salvo il caso del promotore "Sponsor" senza finalità commerciali che si intende invece garantito in conformità alle disposizioni Ministeriali e Regionali vigenti. L'assicurazione non copre i danni derivanti da
 - ✓ mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione,
 - ✓ mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione,
 - ✓ assenza del consenso informato,
 - ✓ inidoneità o insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello sponsor;
- c) da beni in proprietà o comodato comprese ordinaria e straordinaria manutenzione;
- d) quale conferente di rifiuti speciali, infettivi, tossici o nocivi, anche quale committente, qualora le operazioni di smaltimento, che abbiano provocato a terzi lesioni personali o morte e/od un inquinamento accidentale di qualsiasi natura, siano effettuate da ditte terze regolarmente autorizzate ai sensi delle disposizioni di legge vigenti;
- e) (a parziale deroga di quanto previsto all'art 26 lett. a) 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.); l'Assicurazione non vale per gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, veicoli a motore e cose in essi contenute;
- f) quale committente per i lavori e/o gestioni ceduti in appalto;
- g) (a parziale deroga di quanto previsto all'art 26 lett. f), quale detentore/utilizzatore, nell'ambito dell'insediamento, di fonti radioattive a condizione che l'attività sia intrapresa con l'osservanza delle norme vigenti in materia nonché dalle prescrizioni della competente autorità. Sono esclusi i danni cagionati a terzi da prodotti o specialità smerciati dall'Assicurato. Il Contraente/Assicurato s'impegna 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;
- h) (a parziale deroga di quanto previsto all'art 26 lett. i), quale esercente farmacie interne con vendita al pubblico, a condizione che il titolare e le persone addette alla farmacia siano in possesso dei requisiti previsti dalla legge per l'esercizio dell'attività;
- i) per l'attività intramuraria (ovunque svolta), semprechè debitamente autorizzata da parte dell'Amministrazione del Contraente/Assicurato;
- j) quale esercente o committente di attività sanitarie eseguite a distanza (telemedicina, telelavoro) e svolte da personale abilitato con utilizzo di strumenti informatici atti a trasmettere informazioni di natura clinica, e/o gestire in remoto apparecchiature elettromedicali, e/o porre in connessione le

stesse fra loro anche presso ubicazioni diverse da quelle dell'Assicurato e, segnatamente presso la dimora dei pazienti;

k) per i compiti dell'esperto qualificato ex art. 79 D.Lgs. 230/95 e s.m.i. e della persona qualificata ex art. 52 comma 8 DL 219/06;

l) per gli inserimenti formativi e occupazionali presso ditte esterne e/o famiglie di soggetti assistiti da la Servizio di Igiene Mentale.

Art. 28) Comitato Etico

L'assicurazione della RCT è estesa alle attività svolte dal Comitato Etico della Contraente alle seguenti condizioni:

Oggetto della garanzia:

La Società si obbliga a tenere indenne i membri del Comitato Etico di quanto questi siano tenuti a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati ai soggetti sottoposti alla sperimentazione per morte e lesioni personali verificatisi in relazione alla loro attività svolta secondo le normative vigenti.

Esclusioni:

L'Assicurazione non comprende:

a) i danni che derivino dalla intenzionale violazione da parte dell'assicurato di norme, leggi, regolamenti o disposizioni tecniche;

b) i danni che siano imputabili alla responsabilità degli sperimentatori e degli sponsor delle sperimentazioni;

c) i danni imputabili a vizio del consenso, esclusivamente qualora il consenso informato sia considerato non validamente prestato ai sensi del punto 3 dell'allegato n. 1 al decreto del Ministero della Sanità 18.03.1998;

d) i danni imputabili ad inidoneità od insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello sponsor.

Art. 29) Denuncia di sinistro

In caso di sinistro il Contraente, e/o l'Assicurato per il tramite del Contraente, deve darne avviso scritto alla Società entro 20 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..

Il Contraente è tenuto ad inoltrare avviso per eventuali sinistri rientranti nella garanzia RCO solo ed esclusivamente:

a) in caso di infortunio per il quale ha luogo inchiesta amministrativa o giudiziaria a norma di legge;

b) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto nonché da parte dell'INAIL qualora esercitasse diritto di surroga a sensi del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124.

Art. 30) Rinuncia alla rivalsa

Salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave dei soggetti di seguito indicati, la Società rinuncerà al diritto di rivalsa nei confronti degli amministratori e dipendenti del Contraente nonché delle persone delle quali l'Azienda si avvale nello svolgimento della propria attività. Si conviene in proposito che limitatamente al personale soggetto alla giurisdizione della Corte dei Conti la Società potrà esercitare la rivalsa solo ed esclusivamente a seguito di una preventiva sentenza definitiva di condanna con il riconoscimento della Responsabilità Amministrativa dell'Assicurato da parte della Corte dei Conti.

Art. 31) Recesso

Sino al 30° giorno dall'avvenuta liquidazione o di rifiuto di un sinistro la Società e la Contraente possono recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni, da comunicarsi con le modalità di cui all'art. 14 della presente polizza.

Nel caso in cui la comunicazione della volontà di recedere venga effettuata dalla Società dopo la scadenza del termine di trenta giorni dal pagamento dell'indennizzo il contratto di assicurazione rimarrà in vita e continuerà a produrre i suoi effetti.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso dovrà rimborsare la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso; in caso di recesso esercitato dal Contraente, quest'ultimo non sarà tenuto a pagare nulla oltre all'eventuale regolazione attiva, se risultante.

Non è ammesso il recesso parziale da un singolo rischio e/o certificato, salvo esplicita accettazione da parte della Contraente.

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 15 "Clausola di revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 3 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso di 90 (novanta) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

Art. 32) Gestione delle vertenze di danno e spese di resistenza

Poichè la presente polizza prevede l'applicazione di una Franchigia in Self Insurance Retention (SIR), la Società è SEMPRE tenuta ad acquisire il preventivo consenso della Contraente prima di procedere al tentativo di definizione.

Quanto sopra troverà applicazione solo nel caso in cui ci sia un interesse economico prevalente della Contraente.

a) sinistri rientranti in Franchigia

L'istruzione della pratica e la gestione, in sede stragiudiziale e giudiziale - civile e penale, dei sinistri rientranti il franchigia viene assunta congiuntamente:

- per conto del Contraente / Assicurato: da ciascuna Azienda, dai CGS o dal Comitato Regionale Gestione Sinistri,
- per conto della Società: dal proprio Ufficio Sinistri o dal Soggetto a ciò delegato, in applicazione delle specifiche procedure esistenti o di futura emanazione.

I relativi oneri e spese, di resistenza, ivi compresi quelli inerenti la mediazione ai sensi del D. Lgs. N° 28/2010, sono sostenuti dal Contraente / Assicurato e non concorrono alla erosione del Fondo di Auto-ritenzione Regionale.

In caso di transazione o condanna giudiziale il pagamento del risarcimento (capitale, interessi e spese) dovuto al danneggiato verrà effettuato direttamente dal Contraente fino alla concorrenza dell'importo previsto dall'autoritenzione.

b) sinistri eccedenti la franchigia

L'istruzione della pratica e la gestione, in sede stragiudiziale e giudiziale - civile e penale, dei sinistri eccedenti la Franchigia, e comunque per i casi di

- Morte di persona
- Lesione permanente uguale o superiore al 50%
- Bambino nato da parto da cui sia derivato un danno biologico uguale o superiore al 50%
- L'ammontare richiesto è superiore a € 500.000

qualora la somma dovuta al danneggiato sia contenuta entro il massimale di polizza, viene assunta congiuntamente:

- per conto della Società: dal proprio Ufficio Sinistri o dal Soggetto a ciò delegato,

- per conto del Contraente / Assicurato: da ciascuna Azienda Sanitaria, dai CGS o dal Comitato Regionale Gestione Sinistri,

in applicazione delle specifiche procedure esistenti o di futura emanazione.

I relativi oneri e spese, di resistenza, ivi compresi quelli inerenti la mediazione ai sensi del D. Lgs. N° 28/2010, sono sostenuti dalla Società entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda ed in aggiunta ad esso.

Qualora la Società ritenga opportuno definire un sinistro provvederà, prima di attivare qualsiasi trattativa con il Terzo, a darne comunicazione alla Contraente che contenga:

- importo minimo e massimo entro il quale ipotizzare la definizione
- dichiarazione di non aver ancora avviato alcun tentativo di transazione
- copia della relazione medico legale con tutte le specifiche (a seguito di visita obiettiva, che verrà sempre eseguita fatta salva l'oggettiva impossibilità)
- relazione nella quale vengono illustrate
 - ✓ le motivazioni di opportunità della transazione
 - ✓ l'eventuale giurisprudenza attinente con il caso oggetto di definizione
 - ✓ gli scenari ipotizzabili in caso di mancata adesione alla transazione.

La Contraente dovrà formulare la propria adesione o diniego alla proposta entro un termine congruo secondo la buona pratica liquidativa e come sarà meglio precisato nelle "Linee guida inerenti la regolamentazione delle procedure di gestione sinistri della Responsabilità civile verso i terzi" di emanazione regionale.

Nel caso in cui la Contraente accetti la proposta di transazione ricevuta dalla Società, quest'ultima avvierà i contatti con il Terzo ed aggiornerà costantemente la Contraente sugli sviluppi della trattativa.

Qualora l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti inferiore alla franchigia, la Società trasmetterà tutta la documentazione attestante l'avvenuta definizione nei termini concordati e la Contraente provvederà al pagamento a favore dell'avente diritto. Gli eventuali maggiori costi dovuti a mancato, tardivo, parziale pagamento resteranno a totale carico della Contraente.

Nel caso di diniego alla transazione sarà onere della Contraente predisporre una propria relazione che evidenzi:

- ✓ le motivazioni del diniego
- ✓ l'eventuale giurisprudenza attinente con il caso oggetto di definizione
- ✓ le controdeduzione agli scenari indicati dalla Società in caso di mancata adesione alla transazione

Qualora la Contraente non comunichi la propria valutazione (di adesione o diniego) entro il termine sopra indicato, la Società potrà procedere alla definizione del sinistro e la Contraente non potrà sollevare eccezioni e dovrà provvedere al pagamento della somma di propria spettanza, previa emissione di quietanza pro-quota. La Società resterà quindi impegnata esclusivamente per la propria quota parte.

In caso di mancata intesa tra le parti, la decisione sarà assunta dal soggetto che avrà il maggiore interesse economico secondo le modalità che saranno meglio precisate nelle "Linee guida inerenti la

regolamentazione delle procedure di gestione sinistri della Responsabilità civile verso i terzi” di emanazione regionale.

Art. 33) Mediazione

La Società prende atto che alle controversie inerenti il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica oggetto della presente copertura assicurativa si applicano le disposizioni del D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28 e sue successive modificazioni ed integrazioni, (nel seguito Decreto) in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Le parti si danno pertanto reciprocamente atto che nell'esecuzione del presente contratto assicurativo ciascuna di esse sarà tenuta ad assumere ogni iniziativa necessaria all'adempimento, entro i termini sanciti, degli oneri posti a carico dell'assicurato dalle norme di legge e dal regolamento dell'Organismo prescelto per lo svolgimento del procedimento di mediazione.

La domanda di mediazione può essere proposta dalla Contraente, su istanza della Società, o spontaneamente dalla Contraente stessa nei casi di cui all'art. 5 comma 4 lettera g) del Decreto. Se la domanda di mediazione è proposta dalla controparte, la Contraente è tenuta ad informare la Società tempestivamente ed a fornire nei tempi più rapidi la documentazione necessaria per l'istruzione del sinistro e la partecipazione all'incontro tra le parti entro i termini previsti. In entrambe le precedenti ipotesi la Società sostiene l'onere delle spese per la partecipazione dell'avvocato ai sensi dell'art. 8, 1° comma del Decreto. La Contraente garantisce inoltre la propria partecipazione, diretta e si adopra per assicurare la partecipazione degli altri soggetti del cui operato debba rispondere, quando ciò sia previsto o reso obbligatorio in base al regolamento dell'Organismo prescelto.

La Società riscontra in modo esplicito e per iscritto le proposte di conciliazione che le vengono sottoposte per iscritto entro i termini previsti dalla procedura e fornisce comunque una propria motivata decisione con un preavviso tale da Consentire alla Contraente ed al legale incaricato il rispetto di ogni termine previsto dalla procedura di mediazione e dalla legge.

La Società riscontra e decide con le stesse forme in ordine alle eventuali proposte di conciliazione formulate dal mediatore ai sensi del 1° comma dell'art. 11 del Decreto. In caso di conciliazione, la Società presta la propria assistenza nella stesura degli atti di transazione e di quietanza relativi. La proposizione della domanda di mediazione produce fra le parti gli stessi effetti della richiesta di risarcimento e della domanda giudiziale ai fini interruttivi e sospensivi della prescrizione.

Le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione sono posti a carico della Società. Sono parimenti a carico della Società gli oneri derivanti dalla mancata partecipazione al procedimento di mediazione, senza giustificato motivo, qualora alla stessa addebitabile, inclusi quelli previsti all'art. 8, comma 4 bis del Decreto.

Art. 34 - a) Franchigie

Per ogni sinistro RCT si applicheranno le seguenti franchigia

€ 10.000,00 per sinistro che abbia cagionato dannimateriali a cose,

€.....000,00 per sinistro (massimo € 750.000) cheabbia cagionato decesso,

€.....000,00 per sinistro (massimo € 1.000.000) pe danni conseguenti a parto; si intende inoltre assoggettato alla medesima franchigia prevista per i danni da parto subiti dal nascituro, e senza applicazione di alcuna ulteriore franchigia in aggiunta ad essa, anche ogni altro danno connesso al parto od alla gestazione che abbia comportato lesioni personali od il decesso della madre.

€.....000,00 per sinistro (massimo € 750.000) per danni diversi da quelli precedentemente elencati,

L'Assicurazione Primary si intende operante per l'eccedenza di tali somme.

Art. 34 - b) Limiti di indennizzo

Agli indennizzi dovuti dalla Società si applicano, per specifiche causali e per ciascuna Azienda Assicurata, i seguenti limiti di indennizzo applicabili al netto e per l'eccedenza delle franchigie assolute di polizza:

- a) per danni alle cose in consegna e custodia: massimo risarcimento € 1.500.000,00 per sinistro e per anno;
- b) per danni derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate e non massimo risarcimento € 1.500.000,00 per anno;
- c) per danni alle condutture ed agli impianti sotterranei massimo risarcimento € 1.500.000,00 per sinistro e per anno;
- d) per danni alle cose e/o opere dovuti a cedimento o franamento del terreno: massimo risarcimento € 1.500.000,00 per sinistro e per anno;
- e) per danni derivanti da fonti radioattive: massimo risarcimento € 1.000.000,00 per sinistro e per anno; per danni da inquinamento provocati da un fatto accidentale massimo risarcimento € 1.500.000,00 per sinistro e per anno;
- f) per danni a cose di terzi derivanti da incendio, esplosione e scoppio di cose dell'Assicurato o comunque detenute dallo stesso € 4.500.000,00 per sinistro e per anno. La presente garanzia viene prestata in eccedenza ad eventuali analoghe coperture previste da esistenti polizze incendio;
- g) per i danni a terzi derivanti da interruzione o sospensione parziale o totale di attività massimo risarcimento € 1.500.000,00 per sinistro e per anno;
- h) per danni derivanti dalla raccolta, distribuzione, utilizzazione del sangue, suoi derivati o preparati, HIV, prodotti o organi di origine umana massimo risarcimento € 3.000.000,00 per sinistro/per anno/sinistro in serie;
- i) per la garanzia malattie professionali massimo risarcimento di € 3.000.000,00 per sinistro per anno assicurativo;
- j) per danni da implantologia di prodotti/impianti che prevedono l'utilizzo di silicone in forma liquida/gelatinosa massimo risarcimento € 3.000.000,00 per sinistro/per anno/sinistro in serie;
- k) per la garanzia RC da Sperimentazione massimo risarcimento € 4.500.000,00 per sinistro/per anno/sinistro in serie;
- l) per la garanzia estensione ai compiti dell'esperto qualificato ex art. 79 D.Lgs. 230/95 e smi e della persona qualificata ex art. 52 comma 8 DL 219/06 massimo risarcimento € 1.000.000,00 per sinistro/per anno/sinistro in serie

Art. 35) Massimali di garanzia

RCT

€. 5.000.000,00 per sinistro e/o sinistro in serie per ciascuna Azienda assicurata. Tale importo deve intendersi comprensivo dell'eventuale franchigia applicabile secondo l'opzione di offerta.

Esempio:

In applicazione della seguente opzione di offerta:

Franchigie frontali assolute:

- €. 10.000,00 per sinistro che abbia cagionato danni materiali a cose,
- €. 100.000,00 per sinistro che abbia cagionato decesso,
- €. 1.000.000,00 per sinistro per danni conseguenti a parto,
- €. 500.000,00 per sinistro per danni diversi da quelli precedentemente elencati,

Il massimale di garanzia RCT sarà pari a:

- €. 4.990.000,00 per sinistro che abbia cagionato danni materiali a cose,
- €. 4.900.000,00 per sinistro che abbia cagionato decesso,
- €. 4.000.000,00 per sinistro per danni conseguenti a parto,

€ 4.500.000,00 per sinistro per danni diversi da quelli precedentemente elencati.

RCO

€ 5.000.000,00 per sinistro, € 2.500.000,00 pr prestatore;

per entrambe le garanzie è fissato un limite massimo di € 30.000.000,00 per anno assicurativo per una o più Aziende assicurate con la presente polizza, con facoltà di ricostituzione del massimale a condizioni da concordarsi fra le parti

Art. 36) Esclusione del rischio guerra e terrorismo

A rettifica di qualunque norma in senso contrario contenuta nel testo di Polizza o clausole aggiuntive, viene convenuto che il contratto di Assicurazione esclude la copertura di qualunque perdita, Danno, costo o spesa di qualsivoglia natura causati direttamente o indirettamente, oppure risultanti da od in connessione ad uno dei seguenti eventi, indipendentemente da qualunque altra causa o evento che contribuiscano o concorrano agli altri aspetti del Sinistro:

1. guerra, invasione, atti ostili di nemici stranieri, ostilità od atti di guerra (dichiarata o meno), guerra civile, rivolta, insurrezione, agitazione popolare avente dimensione o conseguenze di sommossa, colpo di stato militare o meno; oppure:
2. qualunque atto di terrorismo. Ai fini della presente clausola si intende per atto di terrorismo qualunque atto, inclusi anche e non solo quelli che presuppongano ricorso alla forza o violenza e/o alla minaccia, compiuto da qualunque persona o gruppo di persone, agenti in proprio o per conto o in connessione con qualunque organizzazione o governo ed ispirati da finalità politiche, religiose, ideologiche o simili compreso lo scopo di influenzare le scelte di governo e/o, ancora, di porre in soggezione o timore il popolo o parte di esso.

La presente clausola esclude inoltre la copertura di Danni, costi o spese di qualsiasi natura causati direttamente o meno, o risultanti da od in connessione a qualsiasi azione intrapresa al fine di controllare, prevenire, sopprimere o comunque relativamente a quanto elencato ai punti 1. e 2.

Nel caso in cui la Società eccepisca l'accadimento dei fatti o atti di cui sopra e neghino il risarcimento dei Danni, costi o spese, l'onere di provare l'insussistenza di quanto deciso dagli Società graverà sull'Assicurato.

Qualora parte del contenuto della presente clausola venisse dichiarato nullo o inefficace da parte degli organi giudiziari o amministrativi competenti, tale nullità o inefficacia non pregiudicherà la validità del resto della clausola

Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n° 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

CONDIZIONE MIGLIORATIVA – DROP DOWN

Definizione

per “DROP DOWN” la speciale condizione contrattuale (valida qualora offerta dalla Società a titolo di miglioria) secondo cui la polizza Primary, una volta esaurito il Fondo di Auto-ritenzione Regionale, per effetto del pagamento di uno o più sinistri ascrivibili alla medesima annualità assicurativa, si sostituisce al medesimo ed indennizza ogni ulteriore sinistro per l’eccedenza rispetto alla specifica franchigia fino a concorrenza di €. 5.000.000,00 per ciascun sinistro entro il limite del massimale annuo complessivo e non in aggiunta ad esso;

Premesso che il Programma Assicurativo Regionale, oggetto della presente polizza, ai sensi della Legge Regionale 25 del 27/12/2010, comprende un Fondo Speciale per il finanziamento degli esborsi che le Aziende del Servizio Sanitario devono sostenere per il risarcimento dei sinistri di responsabilità civile verso terzi, inclusi i pazienti, fino all’importo della franchigia per sinistro prevista dalla polizza (al netto di €5.000) e fino al massimo di € 26.000.000,00 per più sinistri in ciascuna annualità,

l’Assicurazione Primary si intende operante per l’eccedenza di tali somme e precisamente:

- con applicazione di una franchigia di **(importi comprensivi della franchigia che non erode il Fondo di Autoritenzione Regionale di €. 5.000,00 per ciascun sinistro RCT)**
 - €. 15.000,00 per sinistro che abbia cagionato danni materiali a cose,
 - €.000,00 per sinistro (massimo € 750.000) che abbia cagionato decesso,
 - €.000,00 per sinistro (massimo € 1.000.000) per danni conseguenti a parto,
 - €.000,00 per sinistro (massimo € 750.000) per danni diversi da quelli precedentemente elencati,
- **dopo l’esaurimento del Fondo di Autoritenzione Regionale di € 26.000.000 annui con applicazione di una franchigia assoluta di €. 50.000,00 per ciascun sinistro RCT (drop down)**

Si intende pertanto operante il “*cosiddetto Drop Down*” all’esaurimento del massimo aggregato di franchigia finanziato attraverso il Fondo di Autoritenzione Regionale.

Premio per la Condizione Migliorativa

Il premio annuo è convenuto in €. 7.000.000 comprensivo di imposte e resterà fisso e non regolabile per l’intera durata dell’appalto.