

Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile di Strutture Sanitarie Pubbliche

Polizza N° RCH00010000136		Prodotto AmTrust Ospedali Pubblici		Intermediario AMTRUST INSURANCE AGENCY ITALY SRL	
Regolazione NO	Coassicurazione NO	% Delegataria -	Sub Codice AG013		Tot. Allegati -

Dati del Contraente / Assicurato

Denominazione / Ragione sociale AZIENDA SANITARIA ZERO			Codice Fiscale 12685160017		Partita IVA 12685160017
Sede legale VIA SAN SECONDO, 29 BIS			Comune TORINO	Prov TO	Cap 10128 Nazione IT

Durata complessiva della Polizza

Decorre dalle ore 24 del 31/12/2023	Scade alle ore 24 del 31/12/2024	Frazionamento Annuale	Prossima Quietanza il -
--	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------

Premio alla Firma

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
14.694.959,43	0,00	14.694.959,43	3.269.628,48	17.964.587,91

Premio Rate Future

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Premio Annuo

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
14.694.959,43	0,00	14.694.959,43	3.269.628,48	17.964.587,91

L'importo del Premio alla Firma è stato pagato in data _____	FIRMA INTERMEDIARIO
AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Ai fini della copertura assicurativa valgono esclusivamente le informazioni generate dal sistema e riportate sulla presente Scheda di polizza.	

Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile di Strutture Sanitarie Pubbliche

Denuncia dei sinistri

Le denunce di sinistro dovranno essere inoltrate ad:

AmTrust Assicurazioni -Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 – 20122 Milano

Email: infomi@amtrustgroup.com

Tel. 02/36596710 - Fax 02/36596719

Presa visione Privacy per finalità assicurative

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

FIRMA CONTRAENTE

Sottoscrizione della Polizza

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente e dalla Società sulla base della presente Polizza (e degli allegati indicati), comprese le Dichiarazioni del Contraente qui riportate e di quanto nelle Condizioni di Assicurazione concordate che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

L'Amministratore Delegato

Emmanuel Netzer

FIRMA CONTRAENTE

Emesso il 28/12/2023 in MILANO

Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile di Strutture Sanitarie Pubbliche

Informativa sintetica sul trattamento dei dati personali

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art.13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE n. 2016/679 (di seguito anche "GDPR" o "Regolamento") tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. La base giuridica del trattamento è l'esecuzione di misure precontrattuali, l'obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento e l'interesse legittimo del Titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei.

Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali. Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno conservati per 12 mesi dall'emissione della proposta.

La normativa sulla privacy (artt. 15 e ss. del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito info-privacy@amtrustgroup.com al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali con le modalità indicate sul sito del Garante (www.garanteprivacy.it), ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Firma del Proponente/Assicurando

_____, li _____

CAPITOLATO DI POLIZZA
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA
CIG A02506E443

La presente polizza è stipulata tra

	AZIENDA SANITARIA ZERO
	Via San Secondo, 29 bis
	10128 Torino
	C.F e P.IVA 12685160017

e

Società Assicuratrice  AmTrust Assicurazioni An AmTrust Financial Company
AmTrust Assicurazioni S.p.A. Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 • Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 • Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165 Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	31/12/2023
Alle ore 24.00 del:	31/12/2024

DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni è attribuito convenzionalmente il significato di seguito precisato.

Amministrazione aggiudicatrice	Società di Committenza Regione Piemonte S.p.A.
Annualità assicurativa / Periodo assicurativo	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione e pertanto: • la Regione Piemonte nell'ambito della propria attività istituzionale in materia 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 di seguito indicati; • ASL/AOU/AO appartenenti al Servizio Sanitario Regionale della Regione Piemonte; Azienda Sanitaria Zero; • per ciascuna azienda sanitaria, gli organi amministrativi di vertice (quali ad esempio il direttore generale, il direttore amministrativo, il direttore sanitario, il commissario), i componenti del collegio sindacale, tutti i dirigenti e i dipendenti e tutti i soggetti incaricati dall'azienda che, anche se non dipendenti, partecipano a qualsiasi titolo alle attività dell'azienda.
Assicurato aggiuntivo	Le persone fisiche e giuridiche diverse dall'azienda 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 dell'azienda.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione e i singoli certificati emessi dalla società.
Azienda	Ciascuna Azienda Sanitaria Locale (ASL), Azienda Ospedaliera (AO) e Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) della Regione Piemonte, a favore della quale è emesso un certificato in applicazione della polizza.
Azienda Delegata	L'azienda individuata con atto della Regione Piemonte
Broker	L'intermediario al quale è affidata la gestione ed esecuzione dell'assicurazione per incarico conferito dalle aziende.

Comitato di gestione dei sinistri (CGS)	Organismo privo di soggettività giuridica, ma dotato di autonomia funzionale, amministrativa, di carattere consultivo, che esprime un parere obbligatorio, ma non vincolante, sulla richiesta risarcitoria di ciascuna azienda. Al CGS compete la valutazione dei sinistri afferenti alle aziende dell'area sovrazonale di competenza e rientranti nei limiti di valore definiti dai provvedimenti amministrativi regionali e comunque nell'ambito del fondo speciale regionale. È ammessa la partecipazione alle sedute del CGS, con funzione consultiva, delle seguenti figure professionali: • un rappresentante del broker; • un rappresentante della società; per l'analisi di casi specifici, può essere prevista l'integrazione di altre professionalità specialistiche aziendali.
Comitato regionale di gestione dei sinistri (CRGS)	Organismo privo di soggettività giuridica istituito presso l'Assessorato Sanità della Regione Piemonte con compiti di: • coordinamento operativo del programma regionale assicurativo; • monitoraggio periodico e supporto professionale ai CGS; • formulazione di proposte di linee guida di raccordo e di regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri.
Conciliazione	La composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della mediazione (D.Lgs. 28/2010 e s.m.i.).
Contraente	Ciascuna Azienda Sanitaria Locale e Ospedaliera della Regione Piemonte
Cose	I beni materiali, compresi i veicoli iscritti al Pubblico Registro Automobilistico e gli animali.
Danni conseguenti 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.
Danno	Qualsiasi pregiudizio subito da terzi, suscettibile di valutazione economica.
Danno corporale	Il pregiudizio di natura patrimoniale e non patrimoniale addebitato all'assicurato in conseguenza di un fatto che abbia cagionato la morte o lesioni personali, intendendosi come tali anche la lesione del diritto alla salute e dell'integrità psicofisica.
Danno materiale	Ogni deterioramento, distruzione, alterazione, danneggiamento totale o parziale e comunque una perdita o mancato utilizzo di cose, nonché i danni ad essi conseguenti.
Danno patrimoniale puro Perdite patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta, né indiretta, di danni corporali o materiali.
Dipendenti Prestatori di lavoro	Tutte le persone fisiche di cui, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, l'assicurato si avvalga nell'esercizio delle sue attività, escluse quelle degli appaltatori, ma incluse: • le persone fisiche distaccate temporaneamente presso altri enti pubblici o aziende, anche qualora l'attività svolta sia diversa; • le persone fisiche per le quali l'obbligo di corrispondere i contributi obbligatori a istituti previdenziali ricada, ai sensi di legge, in tutto o in parte su soggetti diversi dall'assicurato; • le persone fisiche per le quali l'assicurato sia tenuto al rispetto delle prescrizioni inerenti alla sicurezza e alla salute ai sensi della vigente normativa in materia, anche se l'obbligo di corrispondere i contributi obbligatori a istituti previdenziali ricade su soggetti, fisici o giuridici, distinti dall'assicurato. Sono parificati ai dipendenti i consulenti o collaboratori esterni nell'esercizio delle mansioni a loro affidate dall'assicurato con specifico mandato o mediante convenzione.
Franchigia	La parte di danno indennizzabile espressa in valore fisso che resta a carico dell'assicurato.
Garanzie	Le prestazioni oggetto dell'assicurazione dovute dalla società.
Indennizzo	La somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

Massimale per anno	La massima esposizione della società riferita alla medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo.
Massimale per sinistro	La massima esposizione della società per ogni sinistro.
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 (D.Lgs. 28/2010 e s.m.i.).
Polizza	Documento probatorio del contratto di assicurazione, ai sensi dell'art. 1888 cod. civ.
Premio	La somma dovuta dalle aziende alla società, riportata in polizza e nei certificati di assicurazione.
Richiesta di risarcimento	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 di lavoro attribuisce all'assicurato la responsabilità per danni o perdite; • qualsiasi citazione in giudizio o chiamata in causa o altra comunicazione scritta con la quale un terzo manifesta all'assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile dei danni subiti, oppure rivolge all'assicurato una formale richiesta scritta di risarcimento dei danni subiti; • la formale notifica all'assicurato da parte delle autorità competenti 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 incidente 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 una richiesta di risarcimento la notifica dell'ordinanza/verbale di sequestro delle cartelle cliniche.
Risarcimento	La somma dovuta al danneggiato in caso di sinistro.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto	La parte di danno risarcibile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato.
Self Insured Retention (SIR)	L'importo che l'assicurato tiene a proprio carico per ciascun sinistro RCT, anche in termini di gestione ove il sinistro rientri integralmente in tale importo, secondo le modalità declinate nella presente polizza.
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, o a più atti, errori od omissioni tutti connessi ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro.
Sinistro RCT/RCO	Ai fini dell'applicazione della garanzia secondo la formula temporale c.d. "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.
Sinistro RCT	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.
Sinistro RCO	La formale notifica all'assicurato, a seguito di infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale di un'inchiesta giudiziaria o amministrativa e/o dell'apertura di un procedimento penale; la ricezione di una richiesta di risarcimento da parte di INAIL, INPS e altri enti previdenziali, qualora esercitassero il diritto di surroga a loro spettante ai sensi di legge; la richiesta di risarcimento o azione legale da parte del dipendente o dei suoi aventi diritto.
Società	L'impresa di assicurazione o le imprese di assicurazione in coassicurazione.
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 e ispirati da finalità politiche, religiose, ideologiche o simili, compreso lo scopo di influenzare le scelte di governo e/o di porre in soggezione o timore il popolo o parte di esso.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. Operatività dell'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. 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.

2. Durata dell'assicurazione

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nel frontespizio; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

L'assicurazione è prestata con rateazione annuale.

È facoltà dell'Amministrazione aggiudicatrice richiedere la prosecuzione del servizio per ulteriori anni 1, a condizione che, all'atto della richiesta di prosecuzione dell'assicurazione, ricorrano tutte le condizioni previste dalla legge, anche di fonte regionale. La società, s'impegna a rinnovare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

3. Proroga dell'assicurazione

È facoltà dell'Amministrazione aggiudicatrice, entro la naturale scadenza, richiedere alla società una proroga temporanea finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione; tale facoltà può essere esercitata una o più volte ma comunque per un periodo massimo di 6 mesi complessivamente decorrenti dalla scadenza o cessazione (tutti i casi di cessazione, anche anticipata, del contratto). La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

Il massimale aggregato annuo e i limiti di risarcimento annui saranno proporzionalmente ridotti in base alla durata della proroga e fino alla concorrenza massima del 50% del valore iniziale.

4. Recesso anticipato annuale

È attribuita alla società e all'Amministrazione aggiudicatrice la facoltà di recedere dalla presente polizza ad ogni scadenza anniversaria, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviare con un preavviso di almeno 120 giorni prima di ogni scadenza anniversaria.

5. Pagamento del premio e delle appendici con incasso premio

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza.

Ogni azienda è tenuta a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 60 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se la prima rata di premio è stata pagata entro i 60 giorni successivi.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite ed il diritto della società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 cod.civ.

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

Ai sensi dell'art. 48 del D.P.R. 602/1973, la società dà atto che:

- a) l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dall'azienda 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 dall'azienda direttamente all'agente di riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 cod.civ. nei confronti della società stessa.

6. Conteggio del premio

Il premio annuo indicato in polizza è comprensivo di imposte e resterà fisso e non regolabile per l'intera durata dell'appalto.

La ripartizione del premio avviene sulla base delle percentuali qui di seguito indicate, con riserva di comunicare almeno 30 giorni prima della scadenza anniversaria eventuali modifiche intercorse nelle percentuali di ripartizione del premio annuo tra le aziende.

Azienda	Percentuale di ripartizione	Premio annuo lordo
AO Ordine Mauriziano	3,5816	643.419,68 €
AO S. Croce e Carle	4,5440	816.310,87 €
AO SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo	4,8247	866.737,47 €
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino	17,5478	3.152.389,96 €
AOU Maggiore della Carità	5,8803	1.056.371,66 €
AOU S. Luigi Gonzaga	3,0232	543.105,42 €
ASL AL	9,7669	1.754.583,34 €
ASL AT	5,9035	1.060.539,45 €
ASL BI	2,5069	450.354,25 €
ASL Città di Torino	9,5840	1.721.726,11 €
ASL CN1	4,8720	875.234,72 €
ASL CN2	2,9593	531.626,05 €
ASL NO	2,2503	404.257,12 €

ASL TO3	5,6235	1.010.238,60 €
ASL TO4	6,9381	1.246.401,07 €
ASL TO5	3,6758	660.342,32 €
ASL VC	3,3040	593.549,98 €
ASL VCO	3,2141	577.399,82 €
Azienda Zero	Il premio di Azienda Zero è già compreso nei premi delle altre Aziende	
PREMIO ANNUO LORDO COMPLESSIVO		€ 17.964.587,91

7. Tracciabilità dei flussi finanziari

La società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

8. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte in forma scritta, mediante lettera raccomandata o posta elettronica, anche certificata.

9. Modifiche dell'assicurazione

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

10. Aggravamento del rischio

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una più intensa probabilità di verificarsi di un sinistro che alteri l'equilibrio tra il rischio e il premio oltre il limite della normale alea contrattuale, ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito o fosse stato conosciuto, la società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione dell'assicurato in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

L'azienda non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative, ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dall'azienda alla società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

11. Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'azienda ai sensi dell'art. 1897 cod.civ. e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

12. Interpretazione della polizza

In caso di interpretazione dubbia delle clausole di polizza, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all'assicurato.

13. Assicurazione presso diversi assicuratori

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre assicurazioni, 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 assicurazioni, la società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 cod.civ.; 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 cod.civ., 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 cod.civ.

14. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico delle aziende.

15. Foro competente

Il foro competente è in via esclusiva quello della sede legale del Contraente.

16. Trattamento dei dati

Ai sensi della vigente normativa in materia di trattamento dei dati, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

17. Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra società ai sensi dell'art. 1911 cod.civ., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla polizza, ferma restando, in deroga al medesimo articolo 1911 cod.civ., la responsabilità solidale di tutte le imprese coassicurate nei confronti del contraente e degli assicurati per le obbligazioni assunte con la stipula dell'assicurazione.

È all'uopo designata come coassicuratrice delegataria la società:

La società coassicuratrice delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la polizza e gli atti anche in loro nome e per conto;
- incassare i premi dell'assicurazione e pagare gli indennizzi;
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'assicurazione, ivi incluse quelle inerenti a proroghe e recesso;

in nome proprio e per conto delle coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo sono obbligate solidalmente tutte le imprese coassicurate.

18. Clausola Broker

Per la gestione del presente contratto, le aziende dichiarano di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA con sede operativa in Torino – Via Cavour, 1.

La Società riconosce 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 delle aziende 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 dalle aziende al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Qualora la società 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.

L'attività del Broker sarà remunerata direttamente dalla Contraente e non comporterà quindi alcun onere economico a carico della Società.

19. Rinvio alle norme di legge

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

ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO

20. Attività assicurata

La seguente descrizione viene riportata a titolo esemplificativo e non limitativo, dato che la presente polizza esplica la propria validità per tutti i casi in cui possa essere reclamata una responsabilità dell'assicurato, salve le esclusioni espressamente menzionate.

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante ai sensi di legge all'assicurato in relazione allo svolgimento delle proprie attività e/o competenze istituzionali, come individuate dalla normativa vigente in materia, anche di fonte regionale, e comunque di fatto svolte.

Sono comprese tutte le attività ed i servizi che in futuro possano essere espletati.

L'assicurazione comprende tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa né eccettuata, comunque ed ovunque svolte mediante strutture, mezzi e tecnologie ritenute dall'assicurato stesso più idonee al raggiungimento del fine istituzionale.

21. Assicurati aggiuntivi

- a) Qualsiasi persona fisica o giuridica per la quale la legge o altra disposizione normativa impone all'azienda 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 della presente polizza; a titolo esemplificativo è attribuita la qualifica di assicurato ai soggetti appartenenti 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;
 - Assegnisti, borsisti e tirocinanti;
 - Volontari del servizio civile nazionale;
 - Volontari;
 - Soggetti assistiti e loro tutori e assistenti durante le attività organizzate e/o gestite e/o autorizzate
 - dall'azienda.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE

22. Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per la responsabilità civile dell'azienda per fatto proprio, nonché per la responsabilità civile derivante all'azienda per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture della stessa ed anche se scelto dal paziente.

L'assicurazione vale per la responsabilità civile personale e professionale degli esercenti le professioni sanitarie dipendenti dell'azienda o con la stessa convenzionati, mentre operano presso o per conto della stessa.

Fermo restando quanto sopra previsto, resta invece esclusa la responsabilità professionale contrattuale personale degli esercenti le professioni sanitarie che svolgono attività libero-professionale presso l'azienda e che si avvalgono della stessa per l'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

23. Oggetto dell'assicurazione e 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 i danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danni a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta, comprese tutte le operazioni e attività accessorie, sussidiarie, complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa, né eccettuata, ovunque nell'ambito territoriale di operatività dell'assicurazione ed in ogni caso in relazione a qualunque attività consentita dalla legge e/o dai propri regolamenti interni e non in contrasto con gli stessi.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'assicurato dalle condotte dolose e colpose delle persone delle quali o con le quali debba rispondere.

23.A 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, in quanto in tal caso opera la garanzia RCO.

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

A titolo di maggior precisazione, sono considerati terzi tutti coloro che non rientrano nel novero dei prestatori di lavoro come sopra definiti (ad esempio il direttore generale, il direttore amministrativo, il direttore sanitario, il commissario 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.

24. Oggetto dell'assicurazione e responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO)

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:

1. ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, del D.Lgs. 10 settembre 2003 n. 276 e loro successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni per gli infortuni sofferti da prestatori d'opera da esso dipendenti, dai lavoratori parasubordinati e dai lavoratori con rapporto di lavoro regolare, disciplinato da tutte le forme previste dal citato D.Lgs. 276/2003 s.m.i., addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
2. ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nei casi di cui al precedente punto 1), cagionati ai suindicati prestatori d'opera da infortuni dai quali sia derivata morte o invalidità permanente.

L'assicurazione RCO è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge.

L'assicurazione conserva 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 o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

Tanto l'assicurazione R.C.T. quanto l'assicurazione R.C.O. valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS e dall'INAIL o da enti similari ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 giugno 1984, n. 222 e successive integrazioni e modifiche o di altre similari vigenti disposizioni.

La garanzia è operante anche nei confronti di apprendisti o personale in prova per brevi periodi, anche quando non esista ancora regolare denuncia degli stessi all'INAIL.

24.A Malattie professionali

L'assicurazione RCO comprende le malattie professionali, riconosciute dall'INAIL e/o ritenute tali dalla magistratura.

La presente estensione di garanzia alle malattie professionali viene prestata nell'ambito del massimale per sinistro che rappresenta anche la massima esposizione della società per più danni originati dalla medesima causa, anche se manifestatisi in tempi diversi durante il periodo di validità dell'assicurazione, nonché la massima esposizione per uno o più danni manifestatisi in uno stesso periodo di assicurazione.

La garanzia relativa alle malattie professionali non è operante:

1. per i prestatori d'opera per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale precedentemente indennizzata o indennizzabile;
2. per le malattie professionali conseguenti:
 - alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte del legale rappresentante dell'assicurato (persona giuridica);
 - alla intenzionale mancata prevenzione del danno, da parte del legale rappresentante dell'assicurato (persona giuridica), per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni;

3. per le malattie professionali conseguenti:

- alla lavorazione e/o esposizione all'amianto (asbestosi e silicosi) o di/a qualsiasi patologia connessa all'utilizzo dell'amianto;
- a mobbing, bossing, abusi e/o molestie sessuali.

L'esclusione di cui al punto 2 cessa di avere effetto per i danni verificatisi successivamente al momento in cui, per porre rimedio alla carenza, vengano intrapresi accorgimenti atti a sanare la stessa.

L'estensione spiega i suoi effetti per le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti degli assicurati dopo la decorrenza della presente polizza, indipendentemente dall'epoca in cui si siano verificate le cause che hanno dato luogo alla malattia o lesione, a condizione che la malattia professionale si sia manifestata per la prima volta in data posteriore a quella della decorrenza della presente assicurazione.

24.B Responsabilità personale dei preposti

L'assicurazione RCO è 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.

25. Responsabilità personale e professionale

La copertura assicurativa comprende la responsabilità personale e professionale del personale dipendente e del personale convenzionato dell'azienda, inclusi:

- a) i soggetti a cui siano attribuiti gli incarichi e le mansioni di cui al D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., nonché i soggetti a cui siano attribuite le funzioni di cui D.Lgs. 230/1995 s.m.i. (inclusi i soggetti delegati, di seguito elencati: esperto qualificato, medico autorizzato, medico addetto alla sorveglianza) e di cui al D.Lgs. 219/2006 s.m.i. (inclusi i soggetti delegati, di seguito elencati: persona qualificata, personale qualificato coadiuvante);
- b) i soggetti esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie;
- c) i soggetti autorizzati allo svolgimento della libera professione intramuraria presso le sedi dell'azienda (intramoenia) e/o presso altre sedi autorizzate e/o convenzionate (intramoenia allargata);
- d) dipendenti non dirigenti di cui al comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale o del comparto Enti Locali operanti a favore dell'azienda, anche in occasione dello svolgimento della libera professione intramuraria presso le sedi dell'azienda (intramoenia) e/o presso altre sedi autorizzate e/o convenzionate (intramoenia allargata);
- e) il personale universitario inserito in assistenza a qualunque titolo;
- f) altri soggetti che, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente, ad altro titolo (quali ad es.: volontari, tirocinanti, studenti, specializzandi, dottorandi, frequentatori, medici liberi professionisti, ecc.) svolgano attività, anche di tipo sanitario e/o medico-veterinario, a favore e/o con il consenso dell'azienda;
- g) i soggetti, diversi da quelli sopra indicati, che svolgono attività di tipo socioassistenziale a favore e/o con il consenso dell'azienda;

- h) i soggetti, diversi da quelli sopra indicati, di cui l'azienda si avvale per il proprio funzionamento, purché i compiti loro affidati siano connessi con l'attività istituzionale dell'azienda;
- i) le famiglie affidatarie a cui l'azienda, direttamente o nell'ambito di iniziative con altre strutture pubbliche, private o di assistenza e/o ad esse assimilabili, abbia affidato minori o pazienti nonché questi ultimi per i danni cagionati alle stesse famiglie affidatarie;
- j) gli utenti, da qualsiasi patologia e/o disabilità essi siano affetti, dei servizi sanitari, di socializzazione, di inserimento lavorativo e/o tirocinio anche presso aziende o centri e di ogni altra attività di tipo assistenziale e/o socio-assistenziale promossa e/o gestita e/o erogata dall'azienda;
- k) i componenti dei comitati etici.

Si intende compresa la responsabilità civile professionale e personale dei dipendenti dell'azienda che svolgono attività presso altre strutture sanitarie in virtù di convenzioni stipulate con l'azienda stessa o che partecipano a corsi di formazione o di addestramento, autorizzati da quest'ultima, ovunque siano svolti. Se la struttura presso la quale il dipendente svolge l'attività in virtù della convenzione ha una propria polizza di responsabilità civile, quest'ultima risponderà a primo rischio e la presente polizza a secondo rischio.

La copertura assicurativa comprende inoltre le attività e gli interventi ovunque eseguiti dagli assicurati per dovere di solidarietà umana o di emergenza sanitaria, anche al di fuori della attività retribuita.

26. Operatività temporale della polizza

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti dell'assicurato ed a costui 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.

27. Estensione territoriale della polizza

La validità dell'assicurazione RCT è estesa al mondo intero, esclusi i danni verificatisi e i giudizi instaurati in USA e Canada.

L'assicurazione RCO vale per il mondo intero.

28. Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) danni da furto;
- b) rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi degli art. 122 e segg. del D.Lgs. 209/2006 Codice delle Assicurazioni;
- c) danni derivanti dalla proprietà e dall'impiego di aeromobili e natanti;
- d) 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 fonti e di apparecchi radianti a scopo analitico, diagnostico e terapeutico;
- e) danni di qualunque natura conseguenti a inquinamento dell'atmosfera, infiltrazione e contaminazione di acque, terreni o colture, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, 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;
 - f) danni derivanti dalla detenzione o all'impiego di esplosivi, salvo quando tale impiego sia richiesto per l'esecuzione di lavori di cui l'azienda sia committente;
 - g) 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;
 - h) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica; sono però compresi:
 - danni di natura estetica determinati da errore tecnico nell'intervento, qualora non derivanti dalla mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'assicurato;
 - danni di natura estetica conseguenti ad interventi di chirurgia ricostruttiva, nonché quelli di chirurgia riparatrice di lesioni funzionali infortunistiche o restauratrice di cicatrici post-operatorie;
 - i) fatti pregressi o circostanze pregresse già noti agli assicurati e/o agli assicurati aggiuntivi prima della data di stipulazione della presente polizza, a condizione che 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;
 - j) danni derivanti da atti di terrorismo, atti di sabotaggio e atti di guerra;
 - k) danni derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati;
 - l) danni di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura amianto, nonché ogni responsabilità derivante dall'asbestosi o ogni altra malattia collegata;
 - m) danni di qualunque natura derivanti da campi elettromagnetici, ad eccezione però dei danni derivanti dall'impiego di apparecchiature specifiche a scopo analitico, diagnostico e terapeutico;
 - n) danni patrimoniali puri, salvo quando espressamente compresi nella presente assicurazione;
 - o) danni derivanti dalla presenza di muffa tossica;
 - p) 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;
 - q) danni alle cose e/o opere di terzi sulle quali si eseguono i lavori;
 - r) danni da furto e/o incendio a cose contenute in veicoli di terzi e prestatori di lavoro, in sosta negli spazi appositi di pertinenza dell'assicurato;

- s) danni 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;
- t) danni provocati da acqua piovana o da agenti atmosferici in genere, in occasione di costruzione o manutenzioni di fabbricati;
- u) richieste di risarcimento che, sulla base della presente polizza, siano mirate ad ottenere risarcimenti ed indennizzi o effettuare pagamenti, qualora tali risarcimenti, indennizzi o pagamenti costituiscano violazione di qualunque divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

29. 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, espanto e trapianto di organi e tessuti;
- b) da beni detenuti in proprietà, comodato, locazione o altro titolo, comprese ordinaria e straordinaria manutenzione;
- c) 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/o inquinamento accidentale di qualsiasi natura, siano effettuate da ditte terze regolarmente autorizzate ai sensi delle disposizioni di legge vigenti;
- d) a parziale deroga di quanto previsto all'art. ESCLUSIONI, per i danni agli assistiti e agli ospiti derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate e non (artt. 1783- 1786 cod.civ.); l'assicurazione non vale per gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, veicoli a motore e cose in essi contenute;
- e) quale committente per i lavori e/o gestioni ceduti in appalto;
- f) a parziale deroga di quanto previsto all'art. ESCLUSIONI, 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; l'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 o uso delle fonti stesse;
- g) a parziale deroga di quanto previsto all'art. ESCLUSIONI, quale esercente di 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;
- h) per l'attività intramuraria ovunque svolta, sempreché debitamente autorizzata da parte dell'amministrazione dell'azienda;

- i) quale esercente o committente di attività istituzionali 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 anche presso il domicilio dei pazienti;
- j) 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 D.L. 219/06;
- k) per gli inserimenti formativi e occupazionali di soggetti assistiti dal Servizio di igiene mentale presso ditte esterne e/o famiglie.

30. Sperimentazioni cliniche

L'assicurazione comprende la responsabilità civile verso terzi per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose derivante all'assicurato nella sua qualità di soggetto autorizzato, a norma di legge, a promuovere e/o svolgere attività di sperimentazione, terapia di medicina complementare, studi per il miglioramento della pratica clinica e/o studi osservazionali, sperimentazioni spontanee non sponsorizzate condotte secondo le indicazioni ministeriali o al di fuori di esse (uso "off label").

L'assicurazione è inoltre operante per sperimentazioni di dispositivi medici, dispositivi impiantabili attivi e apparecchiature medicali, per studi di sperimentazione clinica a basso livello di intervento, così come definiti all'art. 76, capo XIII del Regolamento Europeo 536/2014.

La garanzia opera a condizione che sia stato espresso parere favorevole alla sperimentazione da parte del comitato etico.

La garanzia opera per la diretta ed esclusiva responsabilità dell'assicurato con l'esclusione della responsabilità che dovesse essergli ascritta in via di solidarietà con altri soggetti (quali ad esempio: promotori della sperimentazione, ditte produttrici dei farmaci) che operano nell'ambito della stessa sperimentazione.

Resta comunque esclusa la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione.

La società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo risarcimento di cui all'art. LIMITI DI RISARCIMENTO per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione. Tale limitazione non si intende valida per gli studi per il miglioramento della pratica clinica e/o studi osservazionali, che vengono garantiti con il limite del massimale per sinistro previsto dalla presente polizza.

A maggior chiarimento di quanto stabilito dalle norme generali di polizza, l'assicurazione non opera per i danni riconducibili alla responsabilità civile da prodotto difettoso, ascrivibili alle ditte produttrici dei farmaci somministrati nell'ambito della sperimentazione.

L'assicurato può, mediante apposite convenzioni, avvalersi delle prestazioni soggetti afferenti ad altre strutture sanitarie, cliniche universitarie e istituti a carattere scientifico, oppure può riservare agli stessi l'utilizzo di proprie strutture a fini didattici e di ricerca.

Relativamente ai protocolli presentati al comitato etico in data successiva all'entrata in vigore del Decreto approvato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero dello Sviluppo Economico il 14.07.2009, in materia di requisiti minimi per le polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, la garanzia

di cui alla presente polizza opererà in differenza di limiti e di condizioni rispetto alle polizze obbligatoriamente sottoscritte per ciascun singolo protocollo.

In caso di inesistenza o inoperatività della specifica polizza prevista dal citato decreto ministeriale, a copertura del singolo protocollo, la garanzia di cui alla presente polizza opererà previa applicazione di una franchigia, assorbente l'eventuale SIR prevista in polizza, pari ai massimali previsti dal richiamato decreto e s.m.i.

31. Comitato etico

La presente copertura assicurativa comprende le attività svolte dai comitati etici.

La società si obbliga a tenere indenne i membri del comitato etico di quanto questi siano tenuti a pagare quali civilmente responsabili 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.

L'assicurazione non comprende:

- a) i danni che siano imputabili alla responsabilità degli sperimentatori e dei promotori delle sperimentazioni;
- b) i danni che siano solamente imputabili a vizio del consenso, laddove il consenso stesso non sia validamente prestato ai sensi di legge.

32. Diritto di surrogazione e rinuncia alla rivalsa

Salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo dei soggetti di seguito indicati, la società rinuncerà al diritto di rivalsa nei confronti degli organi di vertice e dei dipendenti dell'assicurato, nonché delle persone delle quali esso si avvale nello svolgimento della propria attività. La presente clausola non comporta alcun onere di premio per l'assicurato.

33. Legge sulla Privacy

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 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 dell'assicurato.

La presente estensione non vale:

- per il trattamento di dati aventi finalità commerciali;
- per la volontaria diffusione dei dati personali ad altri soggetti in violazione alle disposizioni di legge;
- per le multe e le ammende inflitte direttamente all'assicurato o alle persone del cui operato lo stesso debba rispondere.

Gli assicurati e i rispettivi dipendenti, limitatamente alle violazioni della legge relative al rapporto di lavoro intercorrente tra le parti, non sono terzi fra di loro.

NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

34. Denuncia di sinistro

In caso di sinistro l'azienda o l'assicurato deve darne avviso scritto alla società entro 30 giorni da quando ne ha avuto conoscenza l'ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'art. 1913 cod.civ.

La società si impegna a confermare all'assicurato l'apertura del sinistro, comunicando il numero di riferimento assegnato.

La società per ogni posizione registrerà i sinistri sul proprio gestionale come segue:

- Sinistri che ricadono integralmente nella franchigia aziendale:
- Sinistri che ricadono nella fascia di autoritenzione (SIR):
- Sinistri di competenza dell'assicuratore:

La società attiverà per tutte le aziende assicurate accessi al proprio gestionale che consentano la consultazione e il trasferimento della documentazione.

35. Recesso in caso di sinistro

Il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente assicurazione.

36. Gestione dei sinistri RCT

Limitatamente all'assicurazione della responsabilità civile verso terzi (RCT), la presente polizza è soggetta all'applicazione della self insured retention (SIR).

Indipendentemente dal numero delle aziende coinvolte nel medesimo sinistro, si applicherà un'unica SIR.

Stante l'assetto del programma regionale per la gestione dei rischi sanitari della responsabilità civile delle aziende sanitarie regionali (ASR), che comprende un fondo speciale regionale, sostitutivo o integrativo delle polizze assicurative, nonché l'istituzione di Comitati di Gestione dei Sinistri (CGS) nell'ambito di Aree di Coordinamento Sovrazonale costituite dalle ASR individuate nell'ambito di provvedimenti amministrativi regionali, cui compete l'attività gestionale dei sinistri ricadenti nel fondo speciale regionale, secondo i limiti di valore individuati dai provvedimenti amministrativi regionali, fatta eccezione per i sinistri in franchigia non rientranti nel fondo e rimessi alla diretta competenza gestionale delle singole ASR, nonché i sinistri ricompresi nel fondo, ma la cui gestione sia stata affidata - sino al 31 maggio 2016 - ad un Loss Adjuster esterno pro tempore, si stabilisce la seguente procedura, a valere esclusivamente per i sinistri di responsabilità civile verso terzi (RCT).

36.A Partecipazione della Società alle sedute dei comitati di gestione dei sinistri

La società partecipa, tramite uno o più rappresentanti individuati secondo criteri di competenza professionale (es. loss adjuster, medico legale, key account manager, ecc.), alle sedute periodiche dei CGS e del CRGS, qualora sia richiesta la sua partecipazione.

Le parti dovranno esprimere le proprie valutazioni sull'opportunità di transigere una controversia, ovvero di rigettare una richiesta di risarcimento, secondo criteri di trasparenza, economicità e razionalità, tenendo in considerazione, per ogni specifico caso esaminato:

- le conclusioni medico legali redatte dai propri consulenti (ove occorra corredate dai pareri specialistici);
- il rischio di soccombenza;
- la concreta possibilità di difesa in relazione agli elementi probatori disponibili;
- il quadro normativo di riferimento;
- i precedenti giurisprudenziali che le parti si impegneranno a produrre.

Il CGS, all'esito dell'istruttoria, apporrà per ogni sinistro la quantificazione economica presunta (riserva) che sarà trascritta nel verbale dell'adunanza; la società si impegna a fornire supporto al CGS per la quantificazione economica del sinistro e, ricevuto il verbale del CGS, a registrare nel proprio gestionale la riserva e ad aggiornarla a seguito di eventuali successive modifiche dell'importo stabilite in ulteriori sedute del CGS.

36.B Sinistri rientranti nella SIR

L'istruzione della pratica e la gestione, in sede stragiudiziale e giudiziale, civile e penale, dei sinistri rientranti nella SIR può essere assunta congiuntamente:

- per conto dell'assicurato: da ciascuna azienda, dai CGS o dal CRGS;
- per conto della società: dal proprio ufficio sinistri o dal soggetto a ciò delegato,

in applicazione delle specifiche procedure esistenti o di futura emanazione.

Al fine di consentire alla società di svolgere l'attività istruttoria, l'azienda dovrà:

- acquisire dal terzo il consenso scritto al trattamento dei dati sensibili di cui alla vigente normativa, esteso anche all'attività che verrà posta in essere dalla società;
- trasmettere alla società tutta la documentazione necessaria alla istruzione del sinistro;
- trattare i sinistri in franchigia nell'ambito delle sedute del competente CGS, a cui parteciperà la società ai fini della acquisizione del relativo parere non vincolante.

La società e l'azienda si faranno carico delle rispettive spese di istruzione del sinistro.

Gli oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, resteranno, invece, a carico dell'azienda.

In caso di transazione o condanna giudiziale, il pagamento del risarcimento (capitale, interessi e spese) dovuto al danneggiato verrà effettuato direttamente dall'azienda, la cui attività di liquidazione del sinistro sarà attuata con oneri a carico del fondo speciale regionale, fino alla concorrenza dell'importo previsto dalla SIR.

A tal fine l'azienda, acquisito il parere del CGS e approvata la definizione del sinistro, trasmette tutta la documentazione necessaria all'azienda delegata affinché effettui la liquidazione ai sensi dell'articolo ATTIVITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI CON ONERI A CARICO DEL FONDO SPECIALE REGIONALE e alla società per conoscenza.

Nei casi in cui all'esito dell'istruttoria il danno dovesse risultare superiore alla SIR, troverà applicazione la procedura di gestione per i sinistri eccedenti l'importo della SIR. Da quel momento, i relativi oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, saranno a carico della società, fatta eccezione per i costi fino a quel momento sostenuti dall'azienda, che resteranno a carico della stessa.

SUPPORTO ALL'ISTRUTTORIA DEI SINISTRI RIENTRANTI NELLA SIR

Qualora l'azienda, per qualsiasi motivo di carattere organizzativo, richiedesse un supporto per compiere l'attività istruttoria di un sinistro, la società si impegna a sostenere le spese per la visita di un medico-legale e/o specialista designati dall'azienda.

Parimenti, la società potrà proporre all'azienda di effettuare l'attività istruttoria di un sinistro, con oneri a proprio carico.

La designazione del medico-legale e/o dello specialista avverrà in ogni caso sulla base di un adeguato elenco proposto dalla società e condiviso con l'azienda.

Parimenti, la società potrà proporre all'azienda di effettuare l'attività istruttoria di un sinistro, con oneri a proprio carico.

La designazione del medico-legale e/o dello specialista avverrà in ogni caso sulla base di un adeguato elenco proposto dalla società e condiviso con l'azienda.

36. C Sinistri eccedenti la SIR

La gestione delle richieste risarcitorie la cui quantificazione economica risulti superiore alla SIR è assunta congiuntamente:

- dall'assicurato, ossia da ciascuna azienda, dai CGS o dal CRGS;
- dalla società, ossia dal proprio ufficio sinistri o dal soggetto a ciò delegato,

in applicazione delle specifiche procedure esistenti o di futura emanazione.

Al fine di consentire alla società di svolgere l'attività istruttoria, l'azienda dovrà acquisire dal terzo il consenso scritto al trattamento dei dati sensibili di cui alla vigente normativa, esteso anche all'attività che verrà posta in essere dalla società.

Al fine di consentire all'azienda di svolgere l'attività istruttoria, la società dovrà trasmettere all'azienda tutta la documentazione ricevuta dal terzo e necessaria per l'istruzione del sinistro.

La valutazione della quantificazione economica potrà avvenire in ogni stato dell'istruttoria.

La procedura relativa ai sinistri con valore superiore alla SIR trova sempre applicazione nelle seguenti ipotesi:

- decesso di una persona;
- lesione permanente di grado pari o superiore al 50%;
- danni da parto da cui sia derivato un danno biologico uguale o superiore al 50%;
- petitum superiore alla SIR.

L'azienda potrà provvedere all'istruzione congiunta della richiesta danni attraverso la nomina di propri consulenti, i cui costi resteranno a suo carico, concordando eventuali attività comuni con la società (ad es. visita medico legale congiunta sulla persona lesa), che procederà per la sua parte a svolgere la completa istruttoria della richiesta danni.

Gli oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, resteranno a carico della società entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno a cui si riferisce la domanda ed in aggiunta ad esso.

Trattandosi di sinistri con valore superiore alla SIR, la scelta del legale a cui verrà affidato l'incarico di rappresentanza e difesa dell'assicurato dovrà essere sempre preventivamente concordata con la società. A tal fine, la società condivide con le aziende elenchi di professionisti all'interno del quale l'assicurato potrà attingere in tutti i casi in cui sia necessario procedere alla nomina di un legale e/o di un medico-legale.

In ogni caso, la società sosterrà le spese relative alla nomina di un solo legale, salvo eventuali casi di incompatibilità tra le posizioni dei singoli assicurati e il legale prescelto dovrà attenersi alle tariffe preventivamente concordate ed autorizzate dalla società.

Nei casi di supposta incompatibilità tra le posizioni dei singoli assicurati, la società e l'azienda condividono tempestivamente le ipotesi di incompatibilità sulla base di valutazioni congiunte e stabiliscono i criteri per la ripartizione delle spese legali, nel rispetto delle previsioni dei contratti collettivi applicabili.

In relazione alle vertenze aventi ad oggetto la materia penale, la società si farà carico soltanto delle spese legali fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del danneggiato.

In caso di mediazione e di negoziazione assistita, l'assicurato, ricevuto l'invito, lo trasmetterà nel più breve tempo possibile alla società, la quale valuterà l'opportunità o meno di una partecipazione. In caso affermativo, la società invierà una comunicazione in tal senso all'assicurato, indicando il nominativo del legale prescelto, al quale dovrà essere rilasciata apposita procura. Eventuali costi della procedura saranno anticipati dall'assicurato e successivamente rimborsati dalla società. Nel caso in cui, invece, la società riterrà non opportuno partecipare, nella comunicazione scritta che invierà all'assicurato preciserà le motivazioni che rendono non utile la partecipazione.

Le considerazioni che precedono producono effetti anche in relazione alla nomina dei professionisti medico- legali che si renda necessaria in relazione ai giudizi civili e penali, alle procedure di mediazione, nonché in relazione ad ogni altro sistema di risoluzione alternativa delle controversie previsto dall'ordinamento, nell'ambito dei quali l'assicurato sia coinvolto durante il periodo di validità della polizza. Ne consegue che, anche con riferimento ad essi, la nomina del professionista medico-legale ed il limite tariffario dovranno essere preventivamente concordati con la società.

Nei casi in cui all'esito dell'istruttoria il danno dovesse risultare pari o inferiore alla SIR, troverà applicazione la procedura di gestione per i sinistri rientranti nella SIR. Da quel momento, i relativi oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, saranno a carico dell'azienda, fatta eccezione per i costi fino a quel momento sostenuti dalla società, che resteranno a carico della stessa.

Al completamento dell'istruttoria del fascicolo, la società riporterà gli esiti della stessa all'azienda, unitamente ad una proposta di risarcimento o di rigetto della domanda.

La società si impegna ad inviare la medesima proposta alla segreteria del CGS competente, con congruo anticipo rispetto alla calendarizzazione della prima adunanza utile.

Nel caso in cui la società ritenga che vi siano i presupposti per una definizione transattiva del sinistro, trasmetterà all'azienda e alla segreteria del CGS competente, prima di avviare qualsiasi trattativa con il terzo, una proposta di definizione contenente:

- la dichiarazione di non aver avviato alcun tentativo di transazione con il terzo;
- la quantificazione del sinistro, con specifica indicazione dell'importo massimo e minimo entro cui ipotizzare la transazione;
- una copia della relazione medico-legale acquisita nel corso dell'istruttoria;
- la scheda tecnica contenente:
 - I. le motivazioni di opportunità della transazione;
 - II. l'eventuale giurisprudenza rilevante nel caso oggetto di trattazione;
 - III. gli scenari ipotizzabili in caso di mancata adesione alla transazione.

Entro 15 giorni, salvo i casi in cui per giustificati motivi sia necessario un termine di 30 giorni, dal suo ricevimento da parte della segreteria del CGS competente, l'azienda trasmette alla società il verbale approvato dell'ultima adunanza che ha statuito definitivamente la proposta motivata di definizione del sinistro, unitamente agli estremi della comunicazione di cui all'art. 13 Legge n.24/2017 e ss.mm.ii., al fine di autorizzare la società all'avvio delle trattative per la definizione del sinistro con il terzo; in caso contrario, entro il termine sopra richiamato, l'azienda dovrà comunicare alla società e alla segreteria del CGS competente il proprio diniego alla proposta di definizione di cui sopra, evidenziando, in quest'ultima ipotesi, i seguenti aspetti:

- le motivazioni del diniego;
- l'eventuale giurisprudenza rilevante nel caso oggetto di trattazione a supporto del diniego;
- le controdeduzioni agli scenari ipotizzati dalla società in caso di mancata adesione alla transazione.

Nel caso in cui l'azienda non comunichi entro il suddetto termine la propria valutazione di adesione ovvero di diniego, la società potrà procedere alla definizione del sinistro e l'azienda non potrà sollevare eccezioni e dovrà provvedere al pagamento della somma di propria spettanza, previa emissione di quietanza pro-quota. In questo caso, la società resterà, quindi, impegnata esclusivamente per la propria quota parte.

In caso di persistente contrasto tra le parti, troverà applicazione il principio dell'interesse economico prevalente, secondo la procedura declinata alla sezione MODALITÀ DI SOLUZIONE DEI CONTRASTI TRA SOCIETÀ E AZIENDA del presente articolo.

Nel caso di adesione dell'azienda alla proposta di definizione del sinistro formalizzata secondo le modalità di cui sopra, la società provvederà alla definizione del sinistro prendendo contatti con il terzo e aggiornando costantemente l'azienda e la segreteria del CGS competente circa gli sviluppi di tale attività.

Qualora sia raggiunta una transazione per un importo pari o inferiore alla SIR, la società trasmetterà all'azienda tutta la documentazione attestante l'avvenuta definizione e quest'ultima provvederà al pagamento dell'intero importo con oneri a carico del fondo speciale regionale nei confronti del terzo, secondo la procedura prevista alla sezione ATTIVITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI CON ONERI A CARICO DEL FONDO SPECIALE REGIONALE del presente articolo.

In caso di mancato, tardivo o parziale pagamento, gli eventuali ulteriori costi resteranno a totale carico dell'azienda.

36.D Modalità di soluzione dei contrasti tra Assicuratori e Azienda

Nell'ipotesi in cui le relazioni medico legali redatte dai rispettivi consulenti, unitamente ai pareri specialistici, giungano a differenti conclusioni, la società si impegna, a proprie spese, a produrre un ulteriore parere medico legale che sarà discusso in apposito CGS/CRGS con l'azienda per la ricerca di una strategia liquidativa condivisa.

Nel caso in cui persista un contrasto, le parti potranno ricorrere all'applicazione del principio dell'interesse economico prevalente secondo i criteri di seguito enunciati.

INTERESSE ECONOMICO PREVALENTE

In caso di contrasto tra le parti circa la sussistenza dei profili di responsabilità (contrasto sull'an debeat) e di contrasto tra le parti sulla quantificazione del danno (contrasto sul quantum debeat), si procederà con l'acquisizione di un parere supplementare redatto da un medico-legale che non abbia motivi di incompatibilità rispetto al caso, individuato di comune accordo, nell'elenco regionale dei medici legali specializzati in materia di responsabilità sanitaria, preventivamente validato ed integrato con nominativi selezionati dalla società.

I quesiti su cui dovrà esprimersi il perito interpellato saranno definiti di comune accordo tra le parti, a cui competerà la trasmissione della relativa documentazione, ciascuna per quanto di competenza.

Le spese di redazione del parere medico legale supplementare saranno a carico di entrambe le parti in eguale misura.

Nel caso in cui il perito interpellato escluda la sussistenza di profili di responsabilità dell'azienda, la richiesta di risarcimento andrà respinta.

Nel caso in cui il perito invece riconosca la sussistenza di profili di responsabilità dell'azienda, dovrà anche fornire una quantificazione potenziale dei postumi permanenti e temporanei ai fini dell'individuazione dell'interesse economico prevalente.

Le conclusioni del perito saranno vincolanti per le parti esclusivamente per la determinazione dell'interesse economico prevalente.

A questo fine si precisa che:

- I. prevale l'interesse economico della società nei casi in cui la valutazione del perito e la conseguente quantificazione economica del danno determini un potenziale esborso della società, al netto della SIR e dello scoperto, superiore alla sommatoria dei predetti deducibili.
- II. prevale l'interesse economico dell'azienda nei casi in cui la valutazione del perito e la conseguente quantificazione economica del danno determini un potenziale esborso dell'azienda superiore a quello della società, al netto della SIR e dello scoperto; in questo caso la società non potrà procedere alla definizione del sinistro e dovrà attenersi alle indicazioni ricevute dal CGS/CGRS.

In ogni caso in cui sussista un interesse economico prevalente dell'azienda, resta ferma la possibilità per la società di indicare all'azienda una nuova proposta di definizione, redatta sulla base di nuovi elementi emersi nel corso della successiva attività di gestione, stragiudiziale e giudiziale, del sinistro.

In ogni caso, le parti potranno in qualsiasi momento discostarsi dalle conclusioni della perizia supplementare e trovare una soluzione alternativa condivisa, fornendo ulteriori pareri medico legali e specialistici necessari per l'eventuale rivalutazione del caso, i cui costi resteranno a carico del soggetto che li avrà richiesti.

36.E Attività di liquidazione dei sinistri con oneri a carico del fondo speciale regionale

Con riferimento alle attività di liquidazione dei sinistri con oneri a carico del fondo speciale regionale, la società e l'azienda, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, inoltrano all'azienda delegata la seguente documentazione:

- in caso di definizione stragiudiziale, atto di transazione e quietanza sottoscritto dal terzo danneggiato e pertinente documentazione a corredo della pratica di sinistro (ad es. verbale della seduta del CGS);
- in caso di definizione giudiziale e/o innanzi ad organismi di mediazione, sentenza emanata e/o accordo di mediazione raggiunto;
- contabilizzazione analitica delle singole voci da liquidare (importi in linea capitale, fatture per spese legali e/o peritali del terzo danneggiato debitamente quietanzate, spese mediche ammesse a rimborso, ecc.);
- dati anagrafici dei soggetti interessati completi di coordinate bancarie, copie documenti di identità, codice fiscale;
- per soggetti minorenni da risarcire, autorizzazione del tribunale/giudice tutelare.

La liquidazione da parte dell'azienda delegata avverrà entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione sopra indicata e sarà effettuata in conformità alle previsioni di cui ai provvedimenti amministrativi adottati dai competenti organi regionali, limitatamente agli oneri di spesa che ricadono sul fondo (importo liquidato al danneggiato in linea capitale ed onorari corrisposti al legale-perito della controparte dedotta la franchigia a carico dell'azienda, gli oneri e spese di resistenza, comprese quelle inerenti la mediazione, nonché gli onorari corrisposti dall'azienda resistente).

L'azienda delegata comunicherà alla società l'avvenuta liquidazione del sinistro, affinché sia tenuto aggiornato lo stato di erosione del fondo speciale regionale.

La società, ricevuta la comunicazione dell'avvenuta liquidazione da parte dell'azienda delegata, provvede ad aggiornare la posizione sul proprio gestionale.

36.F Attività di rendicontazione

Al fine di garantire la costante e corretta implementazione dei dati relativi ai sinistri sull'applicativo regionale SIMES, resta a carico della società l'aggiornamento dei sinistri con valore superiore alla SIR, con particolare riferimento allo stato della pratica ed al valore di riservazione.

A tal fine, sono fornite alla società le credenziali per accedere all'applicativo regionale; in alternativa, previa verifica di fattibilità tecnica, la società provvederà all'importazione dei dati dal proprio database all'applicativo regionale.

37. Gestione dei sinistri RCO

Con riferimento all'assicurazione della responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO), la società assume gli oneri della gestione delle vertenze civili, anche esercitate nell'ambito del processo penale, tanto in sede stragiudiziale, quanto giudiziale, nell'interesse dell'assicurato, designando legali o tecnici, concordati con l'azienda.

Sono a carico della società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'assicurato, in sede civile, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale assicurato.

38. Mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili

La società prende atto che le controversie aventi a oggetto il risarcimento del danno derivante da responsabilità medico/sanitaria rientrano nella presente copertura assicurativa e ad esse saranno applicate tutte le disposizioni di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28, in materia di mediazione finalizzata

alla conciliazione delle controversie civili e commerciali, ed al successivo Decreto Ministero Giustizia 18.10.2010 n. 180.

Le parti riconoscono che nell'esecuzione del presente contratto ciascuna di esse sarà tenuta, per quanto di propria pertinenza, ad adottare ogni iniziativa necessaria alla stretta osservanza degli adempimenti, entro i termini utili ad evitare pregiudizi, previsti a carico dell'assicurato dalle indicate norme di legge e dalle specifiche disposizioni contenute nel regolamento dell'organismo scelto per l'espletamento della procedura di mediazione.

Se la domanda di mediazione è proposta dalla controparte, l'azienda è tenuta ad informare la società tempestivamente ed a fornire nei tempi più rapidi la documentazione necessaria per consentire la corretta ed esaustiva istruzione del sinistro nonché a garantire, salvo giustificato e documentato motivo, la propria partecipazione all'incontro tra le parti entro i termini previsti.

Nel rispetto di quanto previsto nel regolamento dell'organismo adito, l'azienda garantisce, salvo giustificato motivo, la propria partecipazione all'incontro di mediazione con l'assistenza e la rappresentanza di un legale scelto di comune accordo tra le parti.

Per i sinistri di sua competenza, le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione sono a carico della società, ivi comprese le spese per il legale designato.

La società assume l'obbligo di riscontrare in modo esplicito e per iscritto le proposte di conciliazione pervenute entro i termini previsti dalla procedura e fornisce, comunque, una propria motivata decisione con un preavviso tale da consentire all'azienda il rispetto di ogni termine previsto dalla procedura di mediazione e dalla legge.

In caso di conciliazione, la società presta la propria assistenza nella stesura degli atti di transazione e di quietanza relativi.

39. Rendiconto dei sinistri

La società si obbliga a fornire al contraente, con cadenza semestrale, in formato elettronico Microsoft Excel editabile, il dettaglio dei sinistri così impostato:

- elencazione dei sinistri denunciati con indicazione degli estremi della controparte, numero assegnato e tipologia di evento;
- sinistri riservati, con indicazione del relativo importo, suddiviso tra importo a carico dell'Assicurato e a carico della Società;
- sinistri liquidati, con indicazione dell'importo liquidato, suddiviso tra importo a carico dell'Assicurato e a carico della Società;
- sinistri senza seguito e/o respinti, con precisazione delle motivazioni;
- sinistri in contenzioso legale (civile e/o penale);
- descrizione dell'evento;
- unità operativa principalmente coinvolta;
- ASR di competenza;
- data di notifica (data sinistro);
- data di apertura della pratica presso la società;
- data di accadimento;
- data chiusura.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presenta 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 assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento ed ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 200,00 a valere sulla cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'adempimento rispetto ai termini indicati dal presente contratto.

MASSIMALI, LIMITI DI RISARCIMENTO, DEDUCIBILI

40. Massimali di assicurazione

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza dei massimali stabiliti:

- limite di risarcimento per sinistro RCT/O: Euro 20.000.000 per ogni sinistro o sinistro in serie, a valere per ciascuna azienda;
- il massimale assicurato deve intendersi eccedente rispetto all'importo della SIR, nei casi in cui la stessa sia operante;
- limite di risarcimento annuo relativo alla presente polizza: Euro 61.000.000 per l'insieme di tutti i sinistri di competenza di un medesimo periodo assicurativo, qualunque sia il numero dei danneggiati e degli assicurati o delle aziende coinvolte;
- I massimali e i limiti di risarcimento saranno erosi esclusivamente a fronte di somme effettivamente liquidate dalla società.

41. Limiti di risarcimento

I risarcimenti dovuti dalla società sono soggetti, per specifiche causali e per ciascuna azienda assicurata, ai seguenti limiti massimi applicabili in eccesso alla SIR:

- a) per danni alle cose in consegna e custodia: massimo risarcimento Euro 1.500.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo;
- b) per danni derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate e non: massimo risarcimento Euro 1.500.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo;
- c) per danni alle condutture ed agli impianti sotterranei: massimo risarcimento Euro 1.500.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo;
- d) per danni alle cose e/o opere dovuti a cedimento o franamento del terreno: massimo risarcimento Euro 1.500.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo;
- e) per danni derivanti da fonti radioattive: massimo risarcimento Euro 1.000.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo;
- f) per danni da inquinamento: massimo risarcimento Euro 1.500.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo;
- g) per danni a cose di terzi derivanti da incendio, esplosione e scoppio di cose dell'assicurato o comunque detenute dallo stesso: massimo risarcimento Euro 4.500.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo; la presente garanzia viene prestata in eccedenza ad eventuali analoghe coperture previste da esistenti polizze incendio;
- h) per i danni a terzi derivanti da interruzione o sospensione parziale o totale di attività: massimo risarcimento Euro 1.500.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo;
- i) per danni derivanti dalla raccolta, distribuzione, utilizzazione del sangue, suoi derivati o preparati, prodotti o organi di origine umana: massimo risarcimento Euro 3.000.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo;

- j) per le malattie professionali: massimo risarcimento di Euro 3.000.000,00 per sinistro per periodo assicurativo;
- k) per danni da implantologia di prodotti/impianti che prevedono l'utilizzo di silicone in forma liquida/gelatinosa: massimo risarcimento Euro 3.000.000,00 per sinistro/per periodo assicurativo/sinistro in serie;
- l) per i danni derivanti da sperimentazioni cliniche: massimo risarcimento Euro 4.500.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo;
- m) per la garanzia estensione ai compiti dell'esperto qualificato ex art. 79 D.Lgs. 230/95 e s.m.i. e della persona qualificata ex art. 52 comma 8 D.L. 219/06: massimo risarcimento Euro 1.000.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo;
- n) per la garanzia di cui all'art. LEGGE SULLA PRIVACY: massimo risarcimento Euro 1.000.000,00 per sinistro e per periodo assicurativo.

42. SIR E DEDUCIBILI

42.A Assicurazione della responsabilità civile verso terzi (RCT)

Per ogni sinistro afferente all'assicurazione RCT si applicheranno i seguenti deducibili, comprensivi dell'importo della franchigia aziendale di Euro 5.000,00 che non erode il fondo speciale regionale.

IMPORTI DELLA SIR

- SIR per sinistro che abbia cagionato danni materiali a cose: Euro 10.000,00;
- SIR per ogni altra tipologia di sinistro: Euro 395.000,00.

SCOPERTO

Per i risarcimenti di valore superiore alla SIR, sulla parte del danno eccedente alla SIR si applicherà uno scoperto del 39% a carico dell'assicurato con il massimo di Euro 500.000,00 per sinistro.

La società si impegna a liquidare al terzo danneggiato la propria quota parte del risarcimento al lordo dello scoperto, secondo le modalità declinate alla sezione NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI.

Ogni tre mesi dalla data di effetto dell'assicurazione la società si impegna a far pervenire all'azienda l'elenco dei sinistri RCT quietanzati e liquidati, che riporterà gli importi di scoperto da recuperare e indicherà, per ciascun sinistro, i seguenti dati:

- numero del sinistro;
- data di denuncia del sinistro;
- data di liquidazione del sinistro;
- importo quietanzato e liquidato al terzo danneggiato;
- documento comprovante il risarcimento (a titolo meramente esemplificativo, copia della quietanza sottoscritta, oppure copia dell'ordine di pagamento oppure copia di qualunque altro documento equipollente);
- ammontare dello scoperto a carico dell'azienda.

L'azienda si impegna a provvedere al pagamento di quanto dovuto a titolo di rimborso entro 60 giorni dalla richiesta scritta da parte della società.

Le disposizioni del presente articolo non sono operanti per Azienda Zero, alla quale si applica una franchigia fissa di € 15.000 per sinistro.

42.B Assicurazione della responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO)

L'assicurazione RCO è prestata senza applicazione di franchigia o scoperto.

43. Limite annuo dell'esposizione finanziaria del sistema regionale

Atteso che il programma assicurativo regionale, attuato ai sensi dell'art. 21 della Legge regionale 14 maggio 2004, n. 9 e s.m.i., comprende un fondo speciale regionale, sostitutivo o integrativo delle polizze assicurative, si prende atto che detto fondo interviene per finanziare gli esborsi a carico delle aziende, vale a dire:

- In caso di sinistri RCT rientranti nella SIR:
 - I. liquidazione del risarcimento al netto della franchigia aziendale di Euro 5.000,00 che non erode il fondo speciale regionale;
- In caso di sinistri RCT di valore superiore alla SIR:
 - I. liquidazione al terzo della parte di risarcimento di importo pari alla SIR, al netto della franchigia aziendale di Euro 5.000,00 che non erode il fondo speciale regionale;
 - II. rimborso alla società dello scoperto a carico dell'assicurato.

Tutto ciò premesso, si stabilisce che il limite annuo dell'esposizione finanziaria del sistema regionale, corrispondente all'entità del fondo speciale regionale, è fissato in Euro 27.000.000,00.

43.A Esaurimento del fondo speciale regionale

Al raggiungimento del limite annuo dell'esposizione finanziaria del sistema regionale, coincidente con l'esaurimento del fondo speciale regionale, l'assicurazione è operante, nel limite del massimale aggregato annuo, per tutti gli ulteriori sinistri RCT che saranno definiti direttamente dalla società con la sola applicazione della franchigia aziendale di Euro 5.000,00.

Da quel momento, non essendo più in vigore la SIR, i relativi oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, dei sinistri saranno a carico della società, fatta eccezione per i costi fino a quel momento sostenuti dall'azienda, che resteranno a carico della stessa.

La società si impegna a liquidare al terzo danneggiato il risarcimento al lordo della franchigia aziendale di Euro 5.000,00, previa richiesta di formale consenso all'azienda, la quale avrà 30 giorni di tempo per accettare o meno le proposte della società; decorso inutilmente tale termine, la società provvederà a liquidare il risarcimento al terzo danneggiato.

Ogni sei mesi dalla data di esaurimento del fondo speciale regionale, la società si impegna a far pervenire all'azienda l'elenco dei sinistri RCT quietanzati e liquidati, che riporterà gli importi in franchigia da recuperare e indicherà, per ciascun sinistro, i seguenti dati:

- numero del sinistro;
- data di denuncia del sinistro;
- data di liquidazione del sinistro;
- importo quietanzato e liquidato al terzo danneggiato;

- documento comprovante il risarcimento (a titolo meramente esemplificativo, copia della quietanza sottoscritta, oppure copia dell'ordine di pagamento oppure copia di qualunque altro documento equipollente);
- ammontare della franchigia a carico dell'azienda.

L'azienda si impegna a provvedere al pagamento di quanto dovuto a titolo di rimborso entro 60 giorni dalla richiesta scritta da parte della società.

CLINICAL RISK MANAGEMENT

44. Clinical Risk Management

La società si impegna a mettere a disposizione delle aziende un servizio di Clinical Risk Management (CRM) finalizzato allo svolgimento di un programma indicato dal committente e articolato congiuntamente con la società.

Il professionista o i professionisti incaricati dello svolgimento del servizio di CRM saranno individuati in risorse con almeno cinque anni di esperienza nel settore, che sarà comprovata mediante i curriculum vitae, nonché mediante pubblicazioni sulla materia (in qualità di autore o co-autore) e/o mediante comprova di attività formativa dai medesimi svolta e/o gestita; il professionista dovrà ottenere il preventivo gradimento dell'azienda, espresso a seguito della valutazione della documentazione presentata all'atto della richiesta di attivazione del servizio.

La società si impegna a fornire il servizio per un numero di 36 giornate/presenza anno.

La Società

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Emmanuele Netzer

(Documento firmato digitalmente)

Il Contraente

Azienda Sanitaria Zero

(Documento firmato digitalmente)