

COPERTURA ASSICURATIVA
RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E VERSO
PRESTATORI DI LAVORO

Policlinico Foggia



ospedaliero-universitario

SCHEDA DI POLIZZA

| | |
|---------------------------------|--|
| NUMERO DI POLIZZA | |
| CONTRAENTE | Policlinico Riuniti AOU di Foggia |
| SEDE LEGALE | Viale Pinto, 1 - Foggia |
| CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A. | 02218910715 |
| ATTIVITÀ SVOLTA | AZIENDA SANITARIA |
| PERIODO DI ASSICURAZIONE | EFFETTO: DALLE ORE 24 DEL 31/07/2024 SCADENZA: ALLE ORE 24 DEL 31/07/2027 |
| PREMIO IMPONIBILE ANNUO | € |
| IMPOSTE | € |
| PREMIO LORDO ANNUO | € |
| ALIQUOTA PROVVISORIALE | 10% |
| CORRISPONDENTE/COVERHOLDER | |
| FRAZIONAMENTO | SEMESTRALE |

Le norme qui di seguito scritte annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa sui moduli della Società, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto.

DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni le parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato.

| | |
|------------------------|---|
| ASSICURATO | Il Contraente e qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione disciplinata dal presente documento. |
| ASSICURAZIONE | Il contratto di assicurazione. |
| SOCIETÀ o ASSICURATORE | La compagnia di assicurazione o il gruppo di compagnie che si impegna ad assumere l'assicurazione disciplinata dal presente contratto. |
| CONTRAENTE | Il soggetto giuridico che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta. |
| COSE | Sia gli oggetti materiali sia gli animali. |
| BROKER | L'intermediario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto. |
| SINISTRO | <p>RCT</p> <p>La richiesta di risarcimento danni per i quali è prestata l'assicurazione (criterio c.d. « <i>claims made</i> ») ossia qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi in vigenza di polizza nei confronti dell'assicurato (o, nel caso di azione diretta, nei confronti dell'assicuratore), per il risarcimento dei danni subiti come conseguenza della sua attività. Costituisce sinistro anche la citazione dell'assicurato in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato.</p> <p>Fatti diversi da quelli elencati non costituiscono sinistro, ivi inclusa la richiesta della cartella clinica, l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, la querela e l'avviso di garanzia.</p> <p>Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa</p> |

causa, rappresentano nella formula *claims made* altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).

RCO

- La formale notifica all'assicurato dell'apertura di una inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale;
- la formale notifica all'assicurato dell'apertura di un procedimento penale;
- la ricezione di una richiesta di risarcimento da parte di Enti di Previdenza/Assistenza quali l'I.N.A.I.L. e/o l'I.N.P.S.;
- la ricezione da parte dell'assicurato di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto.

MASSIMALE PER SINISTRO

La massima esposizione della Società per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o abbiano sofferto danni a cose.

MASSIMALE PER ANNO

Laddove previsto, la massima esposizione della Società complessivamente per tutti i sinistri ascrivibili alla medesima annualità assicurativa.

SELF INSURED RETENTION (SIR)

L'importo che il Contraente tiene a proprio carico per ciascun sinistro, anche in termini di gestione ove il sinistro rientri integralmente in tale importo, e che non interessa in alcun modo la garanzia assicurativa.

FATTI NOTI

Ogni sinistro come sopra definito di cui sia venuto formalmente a conoscenza l'ufficio del Contraente a cui compete la gestione dei sinistri antecedentemente alla decorrenza della presente copertura assicurativa.

Non costituiscono in ogni caso fatto noto:

- la richiesta della cartella clinica;
- l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285;
- la querela;
- l'avviso di garanzia;
- nonché la formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione ancorché pervenuti all'assicurato

| |
|--|
| |
|--|

e/o conosciuti dall'assicurato prima della decorrenza della presente copertura assicurativa.

Pertanto la Società conferma di non eccipire i predetti fatti/eventi come sinistri pregressi tali da escludere la copertura, indipendentemente dalla segnalazione a precedenti e/o altri assicuratori.

| |
|---------------------------|
| INDENNIZZO / RISARCIMENTO |
|---------------------------|

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

| |
|-----------------|
| DANNI |
| DANNO CORPORALE |
| DANNO MATERIALE |

Il danno corporale e/o il danno materiale.

Il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a lesioni o morte di persone ivi compresi la lesione del diritto alla salute e all'integrità psico fisica, i danni biologici, nonché il danno morale.

Ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa.

| |
|---------|
| POLIZZA |
|---------|

Il documento che prova l'assicurazione.

| |
|--------|
| PREMIO |
|--------|

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

| |
|---------|
| RISCHIO |
|---------|

La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

| |
|----------------------|
| PRESTATORI DI LAVORO |
|----------------------|

I soggetti retribuiti dal Contraente e dallo stesso obbligatoriamente assicurati presso l'I.N.A.I.L., anche durante lo svolgimento di attività libero professionale intramuraria.

| |
|---|
| EMOLUMENTI ANNUI LORDI EROGATI RETRIBUZIONI |
|---|

Quanto al lordo delle ritenute previdenziali, ove previste, i prestatori di lavoro effettivamente ricevono a compenso delle loro prestazioni.

| |
|--------------------------|
| PERIODO DI ASSICURAZIONE |
|--------------------------|

Il periodo compreso fra la data di decorrenza e la data di scadenza del presente contratto.

| |
|------------|
| FRANCHIGIA |
|------------|

L'importo previsto dalle condizioni contrattuali che in caso di sinistro è detratto dalla somma liquidata e che rimane a carico esclusivo del Contraente.

| |
|----------|
| SCOPERTO |
|----------|

La parte percentuale di danno che il Contraente tiene a suo carico.

SINISTRO DA MEDICAL
MALPRACTICE

Il sinistro riconducibile:

- alla responsabilità connessa alla qualità di struttura ospedaliera e sanitaria, per l'attività medica e/o sanitaria prestata;
- all'esercizio della professione medico-sanitaria e alle attività a essa connesse.

SINISTRO DA MEDICAL
MALPRACTICE CON DECESSO
DEL PAZIENTE

Il sinistro da "Medical Malpractice" dal quale consegue, in nesso causale diretto ed esclusivo con le prestazioni sanitarie somministrate e/o omesse dall'Assicurato, il decesso del paziente.

Non rientrano in tale casistica i danni "da perdita di chances di sopravvivenza".

SINISTRO DA MEDICAL
MALPRACTICE CONSEGUENTE
A GESTAZIONE E/O PARTO
(BABY CLAIM)

Il sinistro da medical malpractice derivante da prestazioni che abbiano generato durante il periodo di gestazione e/o parto una lesione al nascituro o neonato.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, rientrano in questa definizione le encefalopatie ipossico-ischemiche del neonato, le lesioni da parto traumatico o da parto prematuro e le errate diagnosi prenatali, nonché le prestazioni di neonatologia sino al novantesimo giorno di vita.

Non rientrano in tale casistica i danni riconducibili a morte o lesioni subite durante il parto dalla puerpera o la morte del nascituro.

SINISTRO NON DA MEDICAL
MALPRACTICE

- Qualsiasi sinistro non rientrante nella definizione di "Sinistro da Medical Malpractice"

DESCRIZIONE DELLA ATTIVITÀ

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'Azienda Sanitaria salve le esclusioni espressamente menzionate.

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante ai sensi di legge all'Ente Contraente e all'assicurato in relazione allo svolgimento della propria attività istituzionale, ai sensi delle norme vigenti comprese eventuali regolamentazioni individuate dalla normativa regionale pertinente in materia e comunque di fatto svolta, purché tale attività sia svolta in nome e per conto del Contraente. Sono comprese tutte le attività ed i servizi che in futuro possano essere espletati, anche quelli di carattere amministrativo, sociale, assistenziale anche indirettamente e/o in forma mista e/o tramite associazioni e/o volontariato e/o enti del terzo settore, sia a titolo oneroso che gratuito.

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

La presente polizza è conforme ai principi normativi della Legge 24/2017 e successivo Regolamento 232/2023.

MASSIMALI E RISCHI ASSICURATI

La Società, sulla base delle condizioni che seguono, presta l'assicurazione RCT/O, fino alla concorrenza delle seguenti somme: € 10.000.000,00 per sinistro fermi ulteriori limiti di risarcimento precisati in polizza.

In nessun caso la Società risarcirà per anno assicurativo un importo complessivo, per più sinistri, superiore a € 30.000.000,00.

La copertura è prestata con l'applicazione di SIR come meglio precisato all'articolo PARTECIPAZIONE AL RISCHIO – SELF INSURED RETENTION (SIR).

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1. DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA – DISDETTA

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella SCHEDA DI POLIZZA; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 6 mesi.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 6 mesi, anche nel caso in cui venga inviata il recesso annuale di cui all'articolo RECESSO ANTICIPATO ANNUALE. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, articolo 1, comma 13, convertito in Legge 135/2012), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, Nell caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del premio in conformità a dette iniziative, il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite.

Ai sensi dell'articolo 14 e dell'articolo 76 comma 6 del D.Lgs. 36/2023, l'Ente Contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata massima pari a quella dell'iniziale appalto, alle medesime condizioni economiche e normative in corso, previa adozione di apposito atto e obbligo della Società accettare tale richiesta.

Questa disposizione non è operante nel caso in cui la Società abbia comunicato, nei termini di cui all'articolo RECESSO ANTICIPATO ANNUALE la propria volontà di non procedere al rinnovo.

Art. 2. RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

È attribuita alle parti la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi almeno 4 mesi prima di ogni scadenza annuale.

In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi di cui all'articolo DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – DISDETTA.

Art. 3. PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

Il Contraente pagherà al Broker incaricato:

- entro 2 mesi dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- entro 2 mesi da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;

- entro 2 mesi dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento semestrale.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'articolo 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 la Società dà atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'articolo 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'agente di riscossione ai sensi dell'articolo 72 bis del D.P.R. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'articolo 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza. Il Broker provvederà a segnalare alla Società tali situazioni.

Art. 4. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni volutamente inesatte o le reticenze dell'Ente Contraente e/o assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso. La Società ha, pertanto, il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

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

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 5. VARIAZIONI DI RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio entro 1 mese dalla intervenuta conoscenza.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (articolo 1898 del Codice Civile).

Qualora nel corso dell'assicurazione si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso e la modifica decorre dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata. Nel caso in cui l'Ente Contraente non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 1 mese dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dalla polizza, con preavviso di 2 mesi.

Se la variazione implica diminuzione di rischio (articolo 1897 Codice Civile), il premio è ridotto in proporzione a partire dalla comunicazione fatta dal Contraente.

L'aggiornamento del premio relativa all'aggravamento o alla diminuzione del rischio decorrerà dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente.

Tuttavia, l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti del Contraente.

Art. 6. REVISIONE DEL PREZZO

a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO e all'articolo VARIAZIONE DEL RISCHIO, la Società, decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO e all'articolo VARIAZIONE DEL RISCHIO e richiedere motivatamente, ai sensi dell'articolo 60 del D.Lgs. 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.

b) Il Contraente, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo RECESSO.

Art. 7. RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta del Contraente.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.

Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Art. 8. FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente o l'assicurato sono tenuti devono esser fatte con lettera raccomandata, fax, mail o altro mezzo idoneo, indirizzate al Broker o alla Società.

Art. 9. DETERMINAZIONE E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il presente contratto non è soggetto a regolazione.

Art. 10. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

A parziale deroga dell'articolo 1913 del Codice Civile, in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso scritto al Broker o alla Società entro 1 mese da quando ne ha avuto conoscenza, rimettendole al più presto un dettagliato rapporto scritto.

Resta inteso tra le parti che, limitatamente alla sola garanzia responsabilità civile verso terzi, i termini di cui sopra assumeranno valore per i sinistri che prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato in una misura pari o superiore alla SIR, nonché per quei sinistri per i quali, in assenza di una quantificazione economica del danno lamentato, il Contraente non sia in grado, entro il termine temporale di cui sopra, a quantificare ragionevolmente la potenziale esposizione.

Ai fini della garanzia RCO l'Ente Contraente deve denunciare soltanto i sinistri mortali e quelli per i quali ha luogo l'inchiesta amministrativa o giudiziaria a norma di legge; in quest'ultimo caso il termine decorre dal giorno in cui il Contraente ha ricevuto l'avviso per l'inchiesta. Del pari deve dare comunicazione alla Società di qualunque richiesta di risarcimento o azione legale proposta dall'infortunato o suoi aventi diritto o terzi nonché da parte dell'INAIL qualora esercitasse diritto di surroga ai sensi del DPR 1124/65 trasmettendo tempestivamente atti, documenti, notizie e quant'altro riguardi la vertenza.

La Società è tenuta a contestare al Contraente le eccezioni di inoperatività della garanzia tempestivamente e comunque non oltre 3 mesi dalla denuncia del sinistro, salvo che non emergano successivamente a tale termine nuovi elementi probatori che rendano inoperante la garanzia prestata e fatti salvi eventuali diversi tempi di natura processuale che impongono tempi minori.

Relativamente ai sinistri che non prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato, ma ai quali, nei termini sopra indicati, il Contraente sia in grado di attribuire una prima ragionevole quantificazione in misura inferiore alla SIR, sarà obbligo di quest'ultimo di fornire bimestralmente alla Società un bordereau, in formato excel, riassuntivo dei nuovi sinistri ricevuti con indicazione delle seguenti informazioni:

- cognome e nome della controparte;
- data dell'evento;
- data della richiesta;
- unità di rischio in cui si verificato l'evento oggetto della richiesta di risarcimento;
- descrizione dell'evento con indicazione della dinamica dell'evento, della potenziale lesione e della menomazione/danno;
- prima stima economica.

Sarà altresì obbligo del Contraente consentire alla Società di effettuare degli audit su specifici sinistri riportati nei bordereau ogni 3 mesi e consentire il trasferimento della gestione del sinistro a quest'ultima a fronte di espressa richiesta in tal senso.

Art. 11. OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, con periodicità semestrale deve fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

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

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

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

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente in formato standard digitale aperto tramite file modificabili (quindi non nella modalità di solo lettura), e non modificabili, preferibilmente mediante supporto informatico compatibile e utilizzabile dal Contraente stesso (file excel).

In caso di mancato rispetto di quanto previsto nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, la Società dovrà corrispondere al Contraente un importo pari a € 100,00 per ogni giorno solare di ritardo con un importo massimo pari a € 20.000,00.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 1 mese dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica dal Contraente e/o dal Broker.

La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al presente articolo.

Art. 12. GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO

La Società assume la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale e/o amministrativa, a nome dell'assicurato, designando di intesa con lo stesso, legali, periti e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'assicurato stesso, e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del/i danneggiato/i.

Qualora la tacitazione del/i danneggiato/i intervenga durante l'istruttoria, l'assistenza legale verrà ugualmente fornita qualora il Pubblico Ministero abbia già, in quel momento, deciso e/o richiesto il rinvio a giudizio dell'assicurato.

La Società in accordo con l'Azienda Sanitaria stilerà un elenco di professionisti (legali, periti, e/o tecnici) composto da professionisti dell'Azienda Sanitaria e della Società a cui saranno affidati gli incarichi. Di volta in volta per i sinistri non rientranti in SIR, la Società indicherà all'Azienda Sanitaria (per il tramite del broker) il legale da incaricare.

Previo necessario assenso alla nomina, saranno a carico della Società le spese sostenute dai sanitari per i propri legali e medici e legali di fiducia, purché appartenenti all'elenco sopra detto di professionisti concordato con l'Azienda.

In nessun caso, la Società sopporterà spese ed onorari di legali e medici-legali non rientranti nell'elenco condiviso con l'Azienda.

Per i sinistri il cui importo è "borderline" rispetto alla SIR, le richieste di risarcimento per le quali il valore dell'indennizzo richiesto e/o presunto non sia manifestamente, certamente o ragionevolmente superiore all'importo della franchigia in SIR e siano, quindi, gestite dall'Azienda Sanitaria in prima istruttoria, dovranno essere trasferite e rimesse in gestione alla Società, allorquando, a seguito dell'attività istruttoria, l'indennizzo richiesto o presunto, si ritiene possa, invece, superare l'importo della SIR.

In tale caso, la Società si impegna a riconoscere il rimborso (anche sotto forma di acconto) delle spese tecniche e legali sostenute e documentate dall'Azienda Sanitaria per la gestione della vertenza sino al momento del trasferimento. È altresì facoltà della Società di autorizzare l'Azienda Sanitaria nella prosecuzione della gestione della vertenza con onere per la Società di rimborso (anche sotto forma di acconto) delle spese legali e tecniche sostenute e documentate dall'Azienda Sanitaria. Qualora la gestione venga demandata alla Società, perché si presume sopra SIR, la stessa si impegna a nominare legali, medici e tecnici rientranti nell'elenco condiviso ed a mantenerli anche in caso di riallocazione del sinistro all'interno della SIR stessa, prevedendo un rimborso da parte della Azienda per tali spese. Ai sensi dell'articolo 1917 3° comma del Codice Civile sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'assicurato, comprese le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione, anche in eccesso al massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda ma entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e assicurato in proporzione al rispettivo interesse; sono comunque a carico della Società sia le spese legali che tutte quelle riguardanti la gestione del sinistro, compresi i costi dei consulenti di parte nominati dalla stessa.

È facoltà del Contraente affiancare il proprio legale interno al legale fiduciario della Società.

Al ricevimento di una eventuale domanda di mediazione il Contraente è tenuto a informare tempestivamente la Società e a fornire nei tempi più rapidi la documentazione necessaria per consentire la corretta ed esaustiva istruzione del sinistro utile alla condivisione tra le parti circa l'opportunità o meno di aderire alla domanda. Le parti saranno tenute, per quanto di propria pertinenza, ad adottare – entro i termini utili a evitare pregiudizi – ogni iniziativa necessaria all'osservanza degli adempimenti previsti dalle vigenti norme di legge e dalle specifiche disposizioni contenute nel regolamento dell'organismo individuato per l'espletamento della procedura di mediazione.

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

In sede penale l'assistenza viene assicurata anche dopo l'eventuale tacitazione della o delle parti lese, e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento dell'avvenuta tacitazione della o delle parti lese.

Resta convenuto tra le parti che nei casi in cui, in base alla polizza, il Contraente e/o l'assicurato abbiano diritto all'assistenza legale e peritale, questi saranno individuati all'interno di una lista condivisa (non più di 6 per categoria) che il Contraente è tenuto a fornire entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente contratto, mediante comunicazione scritta. In assenza sarà cura della Società indicare il nominativo mediante comunicazione scritta ed entro un termine utile a non compromettere il pieno esercizio del diritto di difesa.

La Società non risponde di multe o ammende.

| |
|---|
| Art. 13. PARTECIPAZIONE AL RISCHIO - SELF INSURED RETENTION (SIR) |
|---|

La garanzia prestata dalla presente polizza opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui risarcimento superi l'importo delle SIR di seguito dettagliate:

SINISTRO DA MEDICAL MALPRATICE

SIR € 350.000,00 elevata a € 550.000,00 in caso di decesso e a € 750.000,00 in caso di sinistro medical malpractice conseguente a gestazione e/o parto (baby claim)

SINISTRO NON MEDICAL MALPRACTICE

SIR € 50.000,00

fermo restando l'esclusione dei sinistri relativi alla garanzia RCO nonché i sinistri di cui alla garanzia inerenti al successivo articolo COMITATO ETICO per i quali l'assicurazione è prestata senza alcuna franchigia.

I sinistri che non superino tali importi saranno direttamente gestiti dal Contraente che dovrà comunicare bimestralmente la presenza degli stessi alla Società.

Resta convenuto tra le parti che, a semplice richiesta e con un preavviso di 1 mese, è facoltà della Società effettuare un audit presso il Contraente, in occasione eventualmente di una riunione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS), al fine di analizzare le posizioni di sinistro non denunciate da quest'ultimo in quanto ritenute potenzialmente contenute nell'importo della SIR.

Nel caso in cui la Società valuti che il valore di uno o più sinistri possa superare l'importo della SIR, la stessa si riserva di chiedere al Contraente l'affidamento di tali posizioni. In tal caso il Contraente si impegna, entro 1 mese dal ricevimento della richiesta, a denunciarli con le modalità stabilite negli articoli che precedono. Ne conseguiranno i relativi costi di gestione a carico della Società.

Pagamento del risarcimento

Resta inteso tra le parti che la Società è tenuta ad acquisire il preventivo consenso del Contraente prima di provvedere alla definizione e successiva liquidazione di qualsiasi risarcimento.

Quando l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti interamente a carico del Contraente, nel caso in cui la Società abbia chiesto e/o chiedi l'affidamento di posizioni il cui valore potenzialmente superi l'importo della SIR stabilita nella polizza, la Società trasmetterà al Contraente l'integrale documentazione attestante l'avvenuta definizione del sinistro, comunque preventivamente condivisa con lo stesso attraverso il CVS, affinché il Contraente possa provvedere, entro i 2 mesi successivi alla ricezione della documentazione di cui sopra, al pagamento del risarcimento in favore dell'avente diritto.

Qualora, invece, l'importo del risarcimento dovuto risulti essere superiore, anche solo parzialmente, alla somma posta a carico del Contraente quale SIR stabilita nella polizza, la Società corrisponde direttamente al terzo danneggiato il risarcimento dovuto dandone formale comunicazione al Contraente; in tale caso la Società presenterà la fotocopia dell'atto di quietanza, debitamente sottoscritto dal terzo danneggiato, nonché copia dell'assegno o mandato di bonifico con cui è stata effettuata la liquidazione ed entro i 2 mesi successivi dal ricevimento della documentazione da parte del Contraente, lo stesso provvederà al reintegro degli importi corrisposti direttamente alla Società ma rientranti nella SIR, così come risultanti dalla documentazione probatoria citata.

Entro 2 mesi dall'aggiudicazione il Contraente, il Broker e la Società condivideranno la procedura per la gestione sinistri. Tale procedura, soggetta a periodiche revisioni, ove necessarie, rappresenterà le linee guida cui le parti si atterranno per la gestione dei sinistri

Art. 14. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

L'Azienda Sanitaria, in comune accordo con la Società, si avvarrà dell'ausilio del Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS) per la gestione e il monitoraggio dei sinistri.

Il CVS è, quindi, interessato a valutare la fondatezza delle richieste di risarcimento ricevute dall'Azienda Sanitaria, a esprimere pareri sugli importi posti a riserva e a rappresentare le eventuali tesi e strategie difensive. Tale attività non è vincolante per la Società, che avrà sempre il diritto di gestire il sinistro e gli importi posti a riserva.

I componenti del CVS, nominato dall'Azienda, saranno rappresentativi delle seguenti aree interne ed esterne all'Azienda:

- Ufficio interno preposto alla Gestione dei Sinistri Aziendali – UGSA;
- Direzione Sanitaria;
- Medicina Legale – U.O. Rischio Clinico;
- Ufficio Legale;
- Broker;
- Rappresentante della Società.

Resta inteso che tutte le volte in cui si renda necessario, in ragione di casi specifici e di particolari esigenze, potranno prevedersi integrazioni con altre professionalità con apposite e specifiche competenze. Il CVS si avvale della collaborazione di tutte le strutture aziendali in base alla necessità degli argomenti trattati.

La Società si impegna a partecipare attivamente e con proprio personale dedicato ad almeno 10 sedute del CVS per ciascun periodo di assicurazione, al fine di collaborare alla gestione dei sinistri valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimendo parere sugli importi posti a riserva e convenendo, congiuntamente con il CVS, le strategie di gestione del sinistro.

Gli obiettivi principali del CVS consistono nel:

- vagliare tempestivamente le richieste di risarcimento danni, procedendo a un'analisi puntuale del sinistro in termini causali, di identificazione delle responsabilità e di quantificazione del danno;
- migliorare la comunicazione con il soggetto danneggiato da parte di tutti gli attori coinvolti;
- favorire la sollecita definizione delle pratiche, anche con la definizione di protocolli di gestione dei sinistri;
- definire la strategia di gestione del sinistro in SIR, anche in condivisione con la Società e favorire, se del caso, percorsi di mediazione con i danneggiati e/o rappresentanti legali per la composizione stragiudiziale della vertenza;

- definire azioni di miglioramento su specifiche aree e funzioni, in collaborazione e a integrazione del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio.

In seno al CVS il Contraente potrà informare la Società sullo stato del contenzioso rientrante nella SIR e gestito in autonomia dall'Azienda Sanitaria.

La Società si impegna altresì a garantire la funzionalità del Comitato, con le medesime modalità di cui sopra, anche dopo le scadenze del contratto per l'analisi dei sinistri aperti sulla presente polizza. Tale impegno sarà relativo a 2 riunioni annue da svolgersi fino alla data in cui tutti i sinistri che abbiano interessato la garanzia di cui alla presente polizza abbiano trovato compiuta definizione

Art. 15. RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Non si applica al presente contratto.

Art. 16. FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l'assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010.

La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art. 17. ONERI FISCALI

Le imposte e tutti i relativi oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 18. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana; laddove in esso siano richiamate norme, disposizioni regolamentari e simili, sono altresì automaticamente richiamate eventuali e successive modifiche e integrazioni. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti, comprese successive modifiche e integrazioni.

Art. 19. TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3 della Legge 136/2010, la Società si assume l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari. L'inadempimento costituisce causa di risoluzione della polizza. La risoluzione del contratto non andrà a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla dichiarazione di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

Art. 20. TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003), ciascuna delle parti (Contraente, Società, Assicurato,) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla Polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali

Art. 21. ALTRE ASSICURAZIONI

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. Per quanto coperto da assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde per l'intero danno con facoltà di agire in regresso verso gli altri assicuratori.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, su richiesta della Società, il Contraente dovrà denunciare l'esistenza e/o stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, incluse quelle stipulate direttamente da esercenti la professione sanitaria.

Art. 22. GESTIONE DEL CONTRATTO

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla ATI AON S.p.A. - Consulbroker S.p.A. in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente. Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'articolo 118 del D.Lgs. 209/2005 e all'articolo 55 del regolamento IVASS 05/2006, il Broker è autorizzato a incassare i premi. La Società, pertanto, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'articolo 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato. La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterà all'atto della rimessa dei premi alla Società la commissione di spettanza della misura del 10% sul premio imponibile.

Art. 23. COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società, resta inteso che in caso di sinistro la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Società delegataria si impegna, altresì e in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente polizza, le Società coassicuratrici danno mandato alla Società delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto; pertanto, la firma apposta dalla Società delegataria medesima rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società coassicuratrici.

Resta inteso tra le parti che ogni comunicazione effettuata alla delegataria deve intendersi efficace anche nei confronti delle Società coassicuratrici.

Art. 24. PROVA DEL CONTRATTO

La polizza ed eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RCT-O

Art. 25. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A) Responsabilità civile verso terzi – RCT

La Società si obbliga a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di danni 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 né eccettuata ovunque nell'ambito della validità territoriale della polizza.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante da fatto colposo e/o doloso di persone delle quali o con le quali l'assicurato debba rispondere o che, ai sensi dell'articolo 7 della Legge 24/2017, a qualunque titolo si trovino a operare presso le strutture del Contraente e/o assicurato, purché tale attività sia svolta in nome e per conto del Contraente e/o assicurato.

B) Responsabilità civile verso prestatori di 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:

- ai sensi degli articoli 10 e 11 del DPR 1124/1965 nonché del D.Lgs. 38/2000 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti assicurati ai sensi del citato DPR e addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del DPR 1124/1965 e del D.Lgs.38/2000 cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto a), per morte e per lesioni personali da infortunio dalle quali sia derivata un'invalità permanente.

Si intendono equiparati ai prestatori di lavoro, e quindi compresi in garanzia, i dipendenti, i collaboratori, i tirocinanti e tutti coloro i quali prestano servizio presso le Società in House detenute dall' Azienda.

L'assicurazione RCO è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, il Contraente sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge; qualora l'irregolarità derivi da inesatta e involontaria errata interpretazione delle norme di legge vigenti in materia, l'assicurazione conserva la propria validità.

Tanto la garanzia RCT quanto la garanzia RCO valgono anche per le azioni di rivalsa esperite all'INPS e simili istituti, ove esistenti, ai sensi della legge vigente.

I dipendenti soggetti all'assicurazione obbligatoria INAIL inviati all'estero saranno considerati terzi qualora l'INAIL non riconosca la propria copertura assicurativa.

La Società si impegna a operare al fine di tacitare la controparte indipendentemente dalla perseguibilità d'ufficio dell'assicurato o di persone delle quali questi debba rispondere ai sensi dell'articolo 2049 del Codice Civile e indipendentemente dall'accertamento giudiziale. A questo riguardo si conviene che ogni decisione in merito sarà di volta in volta concordata tra il Contraente e la Società, tenendo conto degli interessi del Contraente, dell'assicurato e delle persone delle quali il Contraente e l'assicurato debbano rispondere ai sensi del citato articolo 2049 del Codice Civile.

La garanzia RCO è estesa al rischio delle malattie professionali contemplate ai sensi della vigente normativa di legge nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali o dovute a causa di servizio dalla magistratura.

L'assicurazione vale per le malattie manifestatesi in corso di validità della polizza e conseguenti anche a fatti colposi posti in essere in data non antecedente la data di retroattività ma non oltre 12 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro e/o siano denunciate entro 12 mesi dalla fine del periodo di polizza.

La garanzia non vale:

1. per le ricadute di malattia professionale già precedentemente indennizzata o indennizzabile;
2. per le malattie professionali conseguenti:
 - all'intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge da parte di amministratori o legali rappresentanti dell'impresa;
 - all'intenzionale mancata prevenzione del danno, per omesse riparazioni o adattamento dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni, da parte d'amministratori o legali rappresentanti dell'Ente.

La presente esclusione 2. cessa d'avere effetto successivamente all'adozione d'accorgimenti ragionevolmente idonei, in rapporto alle circostanze di fatto e di diritto, a porre rimedio alla preesistente situazione;

3. per i danni derivanti da mobbing, da bossing, da abusi e/o molestie sessuali;
4. per le malattie professionali direttamente o indirettamente derivanti, seppur in parte, dall'esposizione e/o contatto con l'asbesto, l'amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto o l'amianto.

Art. 26. RICHIESTE DI RISARCIMENTO COMPRESSE IN COPERTURA CLAIMS MADE

La garanzia assicurativa esplica la sua operatività per tutti i sinistri ricevuti dal Contraente e/o dall'assicurato per la prima volta durante il periodo di assicurazione in relazione a fatti posti in essere durante tale periodo nonché per fatti posti in essere anche anteriormente a tale data ma non prima del 30.06.2001.

Inoltre, la polizza avrà effetto dalle ore 24 del 31/07/2024 e pertanto la compagnia aggiudicataria prenderà in carico tutti i sinistri denunciati nel periodo intercorrente tra la data di scadenza del 31 luglio 2024 della polizza Amtrust nr. e la data di aggiudicazione del nuovo contratto di assicurazione, senza soluzione di continuità e sulla base delle condizioni tecniche ed economiche risultanti dalla nuova procedura”.

Art. 27. NOVERO DEI TERZI

Si prende atto fra le parti che, ai fini della assicurazione RCT, non sono considerati terzi esclusivamente i prestatori di lavoro quando opera la garanzia RCO. Pertanto, i prestatori di lavoro, sopra definiti, sono considerati terzi:

- a) qualora subiscano il danno mentre non sono in servizio;
- b) 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 (e pertanto sono terzi il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario), 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 o in qualità di cittadino e/o utente.

Art. 28. ESCLUSIONI

L'assicurazione responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera non comprende le richieste

di risarcimento:

1. conseguenti a detenzione e/o impiego di esplosivi, a eccezione della responsabilità derivante all'assicurato in qualità di committente di lavori che richiedano l'impiego di tali materiali
2. conseguenti direttamente o indirettamente ad atti di terrorismo e sabotaggio, nonché per i danni provocati da atti di guerra, atti vandalici, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare, invasione, colpi di stato;
3. conseguenti a detenzione e/o impiego o comunque connessi con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche provocata artificialmente, a eccezione, però, dei danni derivanti dall'impiego di apparecchiature e macchinari specifici che utilizzano materiale radioattivo, a scopo analitico, diagnostico, terapeutico e scientifico che si intendono pertanto compresi;
4. derivanti da campi elettromagnetici a eccezione, però dei danni derivanti dall'impiego di apparecchiature e macchinari specifici a scopo analitico, diagnostico, terapeutico e scientifico che si intendono pertanto compresi;
5. derivanti direttamente o indirettamente, anche se parzialmente, da amianto/asbesto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto/asbesto;
6. derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati;
7. conseguenti a intenzionale violazione di legge, errori, omissioni o ritardi nel compimento di atti amministrativi, salvo che dagli stessi non derivino morte, lesioni personali e/o danni a cose.

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, assicurato, beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti dalla violazione delle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy):

- per i danni dovuti al trattamento dei dati personali con finalità commerciali
- per i danni derivanti da violazione dei sistemi informatici (cyber risk) fatto salvo che non provochino morte e/o lesioni e/o danni materiali ai pazienti e/o al personale e/o a terzi in genere.

ESCLUSIONI RELATIVE ALLA SOLA GARANZIA RCT

L'assicurazione responsabilità civile verso terzi non comprende i danni:

8. conseguenti a furto. Sono invece compresi i danni derivanti da sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate al Contraente come previsto alla clausola DANNI DA FURTO;
9. per i quali è obbligatoria l'assicurazione responsabilità civile autoveicoli ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e regolamenti di esecuzione;
10. derivanti dall'impiego di aeromobili, nonché di navigazione di natanti a motore;
11. da impiego di veicoli a motore, macchinari o impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il sedicesimo

anno di età;

12. alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;
13. alle cose trasportate su mezzi di trasporto;
14. derivanti da inquinamento dell'acqua, dell'aria, del suolo e dell'ambiente in genere che non siano diretta conseguenza di eventi accidentali;
15. danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica. Devono tuttavia ritenersi inclusi in garanzia:
 - i danni di natura estetica e fisionomica determinati da errore tecnico nell'intervento, qualora non derivanti dalla mancata rispondenza dell'intervento con l'impegno di risultato assunto dall'assicurato;
 - i danni di natura estetica conseguenti a interventi di chirurgia ricostruttiva, nonché quelli di chirurgia riparatrice di lesioni funzionali infortunistiche o restauratrice di cicatrici postoperatorie.

ECCEZIONI OPPONIBILI

Sono opponibili al terzo le seguenti eccezioni:

- a) i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
- b) fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo RICHIESTE DI RISARCIMENTO COMPRESSE IN COPERTURA CLAIMS MADE
- c) franchigie e/o SIR previste dalla presente polizza;
- d) il mancato pagamento del premio.

| |
|-----------------------|
| Art. 29. PRECISAZIONI |
|-----------------------|

A titolo puramente esemplificativo e non limitativo l'assicurazione comprende anche:

- a. la responsabilità derivante all'assicurato ai sensi dell'articolo 2049 del Codice Civile;
- b. la responsabilità derivante all'assicurato dalla proprietà o conduzione e/o uso, a qualsiasi titolo o destinazione, di fabbricati o loro porzioni, terreni e relativi impianti e attrezzature che possono essere usati, oltre che dall'assicurato anche da terzi, nonché la responsabilità derivante dalla proprietà ed esercizio di piazzole da eliporto a uso esclusivo sanitario;
- c. la responsabilità derivante all'assicurato dallo svolgimento di funzioni amministrative, funzioni organizzative, anche di attività sanitarie, svolte da altri soggetti nei confronti degli utenti, in nome e per conto del Contraente e/o assicurato;
- d. la responsabilità derivante all'assicurato per danni verificatisi nell'ambito delle strutture sanitarie dell'assicurato utilizzate a fini didattici o di ricerca da parte delle cliniche universitarie e degli istituti a carattere scientifico, nonché per i danni verificatisi nell'ambito dei reparti di ricovero e cura gestiti da tali enti, convenzionati con l'assicurato. In caso di corresponsabilità tra i suddetti enti e l'assicurato, si precisa che la garanzia opera esclusivamente a favore di quest'ultimo e per la sola quota di responsabilità a esso attribuibile, escluso quindi ogni vincolo di solidarietà.

La garanzia:

- e. è altresì estesa a borsisti, tirocinanti, specializzandi, volontari, obiettori, quando operano sotto la diretta responsabilità dell'Azienda sanitaria assicurata nell'ambito dei reparti dati in gestione;

- f. è operante anche per la responsabilità civile derivante dalla attività svolta nell'ambito di apposite convenzioni e per prestazioni di attività presso soggetti pubblici e privati.

Art. 30. ESTENSIONI DI GARANZIA

a) Responsabilità personale e professionale

La garanzia per danni arrecati nello svolgimento delle mansioni o degli incarichi espliciti per conto e ordine del Contraente comprende la responsabilità civile professionale e personale di:

- tutti i prestatori di lavoro e del personale a essi equiparato, ai sensi delle normative vigenti, esercenti la professione sanitaria e non, del Contraente, anche qualora svolgano la propria attività professionale presso altre strutture, in forza di accordi o convenzioni stipulate dal Contraente stessa nonché attraverso la telemedicina;
- esercenti la professione sanitaria o altro personale non a rapporto di dipendenza, qualora sussista per legge l'obbligo di copertura con oneri a carico del Contraente;
- volontari, appartenenti o non ad associazioni di volontariato e/o soggetti terzi appositamente incaricati dal Contraente;
- esercenti la professione sanitaria e non o altro personale non a rapporto di dipendenza che prestino a qualsiasi titolo la propria opera in nome e per conto del Contraente, quand'anche a titolo gratuito, tra cui a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, medici in formazione specialista, medici specialisti ambulatoriali, assegnatari di borse di studio, tirocinanti, specializzandi, e simili.

Resta comunque inteso che qualunque attività clinica e/o chirurgica svolta da esercenti la professione sanitaria o altro personale non a rapporto di dipendenza dovrà essere preventivamente autorizzata dal Contraente. Per l'individuazione degli assicurati e la loro entrata o cessazione dalla garanzia, che avverrà comunque senza necessità di preventiva comunicazione alla Società, si farà riferimento alla formale evidenza interna (atti, registrazioni e contratti) di cui il Contraente s'impegna a fornire copia a semplice richiesta della Società. Si conviene inoltre tra le parti che la garanzia sarà operante ancorché, al momento in cui emerga il sinistro, gli assicurati di cui sopra non prestino più la propria attività in favore del Contraente.

La garanzia in esame sarà operante anche per i danni cagionati a terzi dai pazienti incapaci di intendere e di volere, anche di fatto e anche in forma temporanea, annoverando nella qualifica di terzi anche il personale che sia direttamente incaricato della loro sorveglianza.

Tale garanzia è operante anche per la responsabilità civile personale degli assistiti, compresi i portatori di handicap che, previa autorizzazione del Contraente, prestino tirocinio lavorativo presso terzi.

La garanzia copre la responsabilità personale di tutti i prestatori di lavoro in genere di ogni ordine e grado del Contraente e comunque di tutte le persone fisiche di cui il Contraente debba rispondere per i danni arrecati ai terzi e ad altri prestatori di lavoro in genere in relazione allo svolgimento delle loro mansioni, comprese quelle previste dal D.Lgs. 81/2008.

b) Danni da attrezzature cedute in comodato

A parziale deroga dell'articolo ESCLUSIONI, l'assicurazione comprende i danni cagionati a terzi e/o agli assistiti da beni, attrezzature o apparecchiature cedute in uso dall'assicurato a qualsivoglia titolo.

c) Cose dei prestatori di lavoro

L'assicurazione è estesa alle cose dei prestatori di lavoro o da loro detenute, per danni subiti in occasione di servizio, ferma l'esclusione di cui all'articolo ESCLUSIONI, punto 8.

La garanzia comprende, altresì, i danni cagionati ai veicoli dei dipendenti trovantisi in sosta nelle aree adibite a parcheggio di pertinenza del Contraente.

d) Smercio

L'assicurazione comprende la responsabilità derivante da RC derivante dalla somministrazione, smercio, distribuzione, utilizzazione di prodotti medicinali farmaceutici, galenici, parafarmaceutici, apparecchiature e protesi, direttamente o tramite enti o persone convenzionate. Si intende compresa anche la RC derivante dall'esercizio di farmacie con vendita al pubblico. L'assicurazione non comprende tuttavia le responsabilità che ai sensi del DPR 224/1988 ricadono sui terzi produttori.

e) Danni da furto

A parziale deroga dell'articolo ESCLUSIONI, la garanzia comprende i danni dei quali l'assicurato sia tenuto a rispondere ai sensi degli articoli 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile, compresi smarrimento, sparizione deterioramento di cose consegnate e no. L'assicurazione non vale per gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, valori, veicoli a motore in genere e cose in essi contenute.

f) Società in house

La Società si obbliga a tenere indenne le Società in House detenute dall'Azienda Contraente, i suoi dipendenti, collaboratori, tirocinanti e qualsiasi altro prestatore d'opera per i danni arrecati a terzi nello svolgimento delle l'attività affidate alla società in house dall'Azienda. Tale garanzia viene prestata nell'ambito dei massimali di polizza con un sottolimito di € 2.000.000,00 per sinistro e anno assicurativo.

g) Danni estetici

A parziale deroga dell'articolo ESCLUSIONI, la garanzia comprende i danni estetici e fisionomici, purché determinati da errore tecnico nell'intervento con l'esclusione della garanzia delle pretese per la mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'ente assicurato e dal personale dipendente del cui fatto debba rispondere.

h) Attività intramuraria

L'assicurazione è estesa alla attività intramuraria libero professionale del personale dirigente medico e del ruolo sanitario, del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione che partecipa a tale attività, nonché del personale del comparto di supporto ed è equiparata all'attività di lavoro dipendente. La presente garanzia comprende l'attività intramuraria svolta sia presso le strutture del Contraente, sia presso altre strutture convenzionate e/o autorizzate dal Contraente. La garanzia si intende confermata esclusivamente per danni materiali a persone e a cose in relazione all'attività sanitaria svolta.

i) S.E.U.S 118

La garanzia copre la responsabilità professionale e personale di tutti gli addetti, prestatori di lavoro e non del Contraente per danni inerenti il Servizio di Emergenza Unità Sanitaria 118 entro i limiti dei massimali convenuti in polizza.

j) Appalto – Subappalto – RC incrociata

Premesso che l'assicurato può appaltare e sub-appaltare ad altre imprese o persone i lavori di manutenzione dei locali, lavori e/o prestazioni in genere e/o lavori e/o prestazioni attinenti l'attività svolta dall'assicurato, si conviene che:

- sono compresi i danni causati a terzi da dette imprese e/o persone;
- il Contraente e i propri prestatori di lavoro, dette imprese e loro dipendenti e/o persone sono considerati terzi tra di loro;
- la Società eserciterà il diritto di rivalsa nei confronti dell'appaltatore, solo se autorizzata dal Contraente.

k) RC gestione rifiuti

La garanzia comprende le responsabilità derivanti all'assicurato dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi.

La garanzia è operante inoltre per l'eventuale responsabilità derivante dalle operazioni di smaltimento di detti rifiuti, (eseguite da terzi) che abbiano provocato a terze lesioni personali o morte e/o inquinamento dell'ambiente, a condizione che il conferimento dei rifiuti sia stato effettuato ad aziende regolarmente autorizzate ai sensi delle disposizioni di legge vigenti.

l) Trasporto materiale radioattivo

Si precisa che l'assicurazione comprende la responsabilità per danni derivanti dalla detenzione e uso di fonti radioattive relativamente all'attività descritta in polizza. La garanzia è estesa anche al rischio della responsabilità civile terzi derivante al Contraente per effetto del trasporto del materiale radioattivo, prelevato e trasportato esclusivamente con mezzi speciali previsti dalla legge, ferma restando l'esclusione dei danni ricollegabili ai rischi di responsabilità civile per i quali in conformità alle norme del D.Lgs. 209/2005 è obbligatoria l'assicurazione.

m) Committenza in genere e committenza auto

La garanzia comprende la responsabilità derivante al Contraente ai sensi dell'articolo 2049 del Codice Civile per danni cagionati dai suoi prestatori di lavoro.

Con riferimento alla guida di veicoli da parte di persone incaricate dall'assicurato, si precisa che la garanzia di cui al presente punto non è operante qualora i veicoli siano di proprietà o usufrutto dell'assicurato o allo stesso intestati al PRA o a lui locati. La garanzia è operante per danni subiti dai terzi trasportati.

n) Somministrazione cibi e bevande

La garanzia comprende la responsabilità derivante dalla somministrazione di prodotti alimentari, bevande e simili, distributori automatici nonché dall'esistenza di distributori di proprietà di terzi.

o) Mostre e fiere

La garanzia comprende la responsabilità derivante dalla partecipazione e/o organizzazione di corsi di formazione, corsi professionali, concorsi, stage, mostre, fiere, convegni e simili (compreso il rischio derivante dall'allestimento e dallo smontaggio delle attrezzature e degli stands), attività sportive e ricreative, attività promozionali di qualunque tipo anche nella qualità di concedente di strutture nelle quali terzi siano organizzatori. L'assicurazione comprende la responsabilità civile per i danni derivanti dalla conduzione dei locali presi in uso anche da terzi a qualsiasi titolo.

p) Legge Privacy

A parziale deroga di quanto previsto all'articolo OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, 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, Regolamento UE 679/2016, e anche se tale danno risulti causato dalla figura del DPO\RSP (siano essi comuni che sensibili) nonché da inosservanza del Regolamento. La garanzia è operativa a condizione che il trattamento di tali dati sia strettamente strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali del Contraente.

La presente estensione non vale:

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

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

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € 250.000,00 per sinistro e anno assicurativo.

q) Danni a mezzi sotto carico e scarico

La garanzia comprende i danni a mezzi di trasporto sotto carico e scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle suddette operazioni.

r) Cose in consegna e custodia

La garanzia comprende i danni alle cose di terzi consegnate e non per le quali l'assicurato è tenuto a rispondere ex artt. 1783 – 1784 – 1785 bis – 1786 del Codice Civile. La garanzia è prestata con un massimo di € 10.000,00 per ciascun sinistro.

| |
|-------------------------|
| Art. 31. COMITATO ETICO |
|-------------------------|

Si precisa che la copertura assicurativa è estesa alla responsabilità personale dei soggetti componenti il Comitato Etico Indipendente e la Commissione Tecnico Scientifica per danni cagionati ai soggetti sottoposti a sperimentazione, terapia di medicina complementare, studi osservazionali, studi per il miglioramento della pratica, protocolli nei quali vi sia una terapia compassionevole per uso terapeutico.

A deroga dell'articolo RIVALSA la Società rinuncia al diritto di rivalsa nei confronti di tali soggetti, salvo il caso di dolo.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo risarcimento indicato alla sezione MASSIMALI E RISCHI ASSICURATI.

Art. 32. LIMITI DI RISARCIMENTO

a) Danni da sindrome di immunodeficienza acquisita

Per i danni provocati a terzi siano o no degenti, dall'insorgenza o aggravamento della malattia di sindrome di immunodeficienza acquisita la garanzia è prestata con un massimo risarcimento di € 6.000.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.

b) Rischio sangue

La garanzia per danni conseguenti alla raccolta o all'utilizzazione, distribuzione del sangue, delle sue componenti, dei suoi preparati o derivati e/o sostanze è prestata con un massimo risarcimento di € 6.000.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.

Quanto sopra s'intende esteso anche all'utilizzo e/o trattamento e/o conservazione, anche attraverso crioconservazione, di sostanze di origine umana (tessuti, cellule, organi e simili), nonché di ogni prodotto biosintetico o di ogni prodotto derivato da tali materiali o sostanze

Resta comunque esclusa ogni responsabilità derivante dal D.P.R. 224/1988.

Si intendono altresì compresi ai sensi della vigente legge i danni che possono essere arrecati ai donatori volontari periodici e occasionali e ai donatori professionali in diretta conseguenza di un prelievo di sangue o dei suoi derivati e alla loro somministrazione.

c) Danni da incendio

Per danni a cose di terzi da incendio, la garanzia è prestata con un massimo risarcimento di € 1.000.000,00 per sinistro e per anno assicurativo. La presente garanzia è prestata in eccedenza a eventuali analoghe coperture previste da esistenti polizze incendio, purché valide e operanti.

d) Danni derivanti da interruzione di attività

Per danni derivanti da interruzioni totali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza, la garanzia è prestata con un massimo risarcimento di € 500.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.

e) Inquinamento accidentale

Per danni involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di inquinamento dell'ambiente, causato da un fatto accidentale e improvviso e imprevedibile derivante dall'attività desunta dalla polizza e derivante da guasto o rottura accidentale di impianti e condutture, la garanzia è prestata con un massimo risarcimento di € 500.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.

f) Danni da furto

Per i danni da furto previsti all'articolo ESTENSIONI DI GARANZIA la garanzia è prestata con il massimo risarcimento di € 5.000,00 per sinistro ed € 50.000,00 per anno assicurativo.

g) Sperimentazione clinica

L'assicurazione comprende la responsabilità civile verso terzi (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, 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.

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 a esempio: promotori della sperimentazione, ditte produttrici dei farmaci) che operano nell'ambito della stessa sperimentazione.

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

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 € 5.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nell'anno assicurativo.

A maggior chiarimento di quanto previsto dalle norme generali di polizza si prende atto fra le parti che l'assicurazione non opera per i danni riconducibili alla RC Prodotti, ascrivibili alle ditte produttrici dei farmaci somministrati nell'ambito della sperimentazione.

L'assicurato può inoltre, mediante apposite convenzioni, avvalersi delle prestazioni di terzi (persone fisiche e giuridiche) di altre strutture sanitarie, di cliniche universitarie e istituti a carattere scientifico, oppure può riservare agli stessi l'utilizzo di proprie strutture a fini didattici e di ricerca.

Resta inteso tra le parti che relativamente ai protocolli presentati al Comitato Etico in data successiva all'entrata in vigore del Decreto e approvato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro dello Sviluppo Economico il 14.7.2009, 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/inoperatività della specifica polizza obbligatoriamente sottoscritta a copertura del singolo protocollo, la garanzia di cui alla presente polizza opererà previa applicazione di una franchigia pari ai massimali previsti dal richiamato Decreto.

Art. 33. VALIDITÀ TERRITORIALE

La presente assicurazione vale per il mondo intero con esclusione, per la sola garanzia responsabilità civile verso terzi (RCT), dei danni verificatisi in USA, Canada, Messico e/o delle controversie portate avanti le autorità giudiziarie di USA, Canada, Messico.

Art. 34. RIVALSA

a) A integrazione di quanto previsto all'articolo ESTENSIONI DI GARANZIA – RESPONSABILITÀ PERSONALE E PROFESSIONALE, in caso di fatti commessi con dolo o colpa grave accertati con sentenza passata in giudicato delle persone la cui responsabilità è coperta nei citati punti, la Società ha diritto di rivalsa nei confronti di questi ultimi per le somme che abbia dovuto pagare agli aventi diritto per la quota di responsabilità a essi imputabile.

- b) La Società rinuncia al diritto di surrogazione spettante ai sensi dell'articolo 1916 Codice Civile., salvo il caso di dolo, a meno che tale diritto non venga esercitato dal Contraente nei confronti di:
- associazioni, patronati ed enti in genere, senza scopo di lucro, che possano collaborare con Contraente e/o assicurato per le sue attività;
 - soggetti disabili e/o handicappati, inseriti temporaneamente nella struttura per finalità di recupero;
 - delle persone assistite nell'ambito dei programmi di inserimento educativo e/o socializzante e/o riabilitativo e/o terapeutico;
 - di minori in affidamento o comunque posti sotto la tutela o la sorveglianza del Contraente e/o assicurato da parte della Magistratura competente.

Art. 35. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di interpretazione dubbia delle clausole di polizza, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole al Contraente.

La Società

Il Contraente

ACCETTAZIONE CLAUSOLE CONTRATTUALI AI SENSI DELL'ARTICOLO 1341 DEL CODICE CIVILE

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le seguenti clausole:

- articolo ESCLUSIONI - ECCEZIONI OPPONIBILI

La Società

Il Contraente
