



**Azienda Sanitaria Locale
n°4 di Lanusei**

Allegato 1.1 – CAPITOLATO TECNICO LOTTO 1

**CAPITOLATO SPECIALE DI GARA PER LA
COPERTURA ASSICURATIVA DELLA
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI
E PRESTATORI DI LAVORO**

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

AMMINISTRAZIONE AGGIUDICATRICE	ASL n.4 di Lanusei
CONTRAENTE DELLA POLIZZA	ASL n.4 di Lanusei che stipula il contratto di assicurazione, per conto proprio e per conto delle altre persone assicurate
ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione e pertanto: <ul style="list-style-type: none">• L'Azienda Sanitaria Locale n.4 di Lanusei;• i suoi Organi, Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Sociale, i Revisori dei Conti, i componenti del Comitato Etico, i Dirigenti ed i Dipendenti, nonché tutti i collaboratori e soggetti non dipendenti di cui si avvale nello svolgimento della propria attività;
ASSICURATO AGGIUNTIVO	le persone fisiche e giuridiche diverse dal Contraente alle quali è riconosciuta tale qualifica nel testo contrattuale, in quanto soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Gli assicurati aggiuntivi potranno esercitare i diritti nascenti dal contratto unicamente per il tramite della Contraente stessa;
SOCIETA'	la Compagnia assicuratrice, nonché le coassicuratrici;
ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione;
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione;
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
GARANZIE	le prestazioni della Società oggetto dell'Assicurazione;
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
RETRIBUZIONE ANNUA LORDA	ai fini del conteggio del premio: quanto, al lordo delle ritenute previdenziali, il personale obbligatoriamente assicurato presso l'INAIL e quello c.d. non INAIL effettivamente riceve a compenso delle proprie prestazioni, nonché i compensi e gli emolumenti corrisposti ai lavoratori interinali;
SINISTRO R.C.T./R.C.O.	la richiesta di risarcimento pervenuta in forma scritta all'Assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione. Ai fini della presente Assicurazione, il termine "sinistro" ricomprende anche il sinistro in serie come di seguito definito.

SINISTRO IN SERIE	tutti i sinistri originanti dallo stesso evento o da uno stesso atto illecito, errore od omissione, oppure da più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa comune, i quali saranno considerati ad ogni effetto di polizza come un unico sinistro indennizzabile previa applicazione della eventuale franchigia e fino alla concorrenza del massimale previsti in polizza per ciascun sinistro.
RICHIESTA DI RISARCIMENTO	qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata all'Assicurato o la promozione di una richiesta di mediazione ai sensi del D. Lgs. 04/03/2010 n°28 per ottenere il risarcimento dei danni subiti;
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
MASSIMALE PER SINISTRO	l'importo massimo dell'indennizzo per ogni sinistro, incluso il sinistro in serie, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o sofferto danni a cose di loro proprietà;
MASSIMALE PER ANNO	la massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa;
ANNUALITA' ASSICURATIVA	ciascun periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria o di cessazione dell'assicurazione;
MASSIMALE PER PERIODO	la massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante l'intero periodo triennale dell'assicurazione;
FRANCHIGIA	la parte di danno a carico dell'Assicurato, in cifra fissa;
FRANCHIGIA AGGREGATA ANNUA	l'ammontare in eccesso alla franchigia fissa, fino a concorrenza del quale il Contraente/Assicurato assume a suo carico l'onere di tutte le somme liquidate nei termini previsti dal presente contratto per il risarcimento dei danni relativi ai sinistri per i quali è pervenuta richiesta di risarcimento nel corso di ciascun periodo assicurativo annuo di operatività della presente polizza.
SCOPERTO	la parte percentuale di danno a carico dell'Assicurato;
DANNO CORPORALE	il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale;
DANNI MATERIALI	ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa, nonché i danni ad essi conseguenti;

COSE	gli oggetti materiali e gli animali;
DANNI PATRIMONIALI	il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni materiali o corporali come sopra definiti;
CONCILIAZIONE	la composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della mediazione (D. Lgs. 04/03/2010 n°28);
MEDIAZIONE	l'attività svolta da un terzo soggetto imparziale finalizzata ad assistere due più soggetti, sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa (D. Lgs. 04/03/2010 n°28);

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Norme che regolano l'Assicurazione

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

Art. 2 - Assicurati aggiuntivi

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

b) Qualsiasi soggetto autorizzato della cui opera il Contraente si avvale a qualunque titolo.

c) Qualsiasi persona fisica o giuridica alla quale sia riconosciuta l'estensione della qualifica di Assicurato nel contesto contrattuale; a titolo esemplificativo e non esaustivo il personale appartenente alle seguenti categorie:

- personale medico e sanitario a rapporto convenzionale,
- personale universitario convenzionato,
- personale a contratto, inclusi i medici contrattisti,
- medici specialisti in formazione,
- obiettori di coscienza in servizio sostitutivo civile;
- assegnisti, borsisti e tirocinanti;
- soggetti appartenenti alle cosiddette "fasce deboli" tramite progetti tipo "Borsa Lavoro" e/o tutti i progetti di tipo "socio-riabilitativi"
- appartenenti ad Associazioni di volontariato;

In caso di corresponsabilità di due o più Assicurati, restano confermati i massimali previsti in polizza da considerarsi unici ad ogni effetto.

Art. 3 - Attività assicurata

Gestione di attività sanitaria in applicazione delle norme vigenti o di atti, deliberazioni, determinazioni ordinanze e disposizioni anche dei propri organi o conseguente a convenzioni con soggetti pubblici o privati istituzionalmente riconosciute al Contraente dalle competenti Autorità o comunque ad esso trasferite o delegate comprese tutte le attività preliminari e conseguenti, accessorie, connesse e collegate, complementari ed ausiliarie, mediante strutture, mezzi e tecnologie ritenute dal Contraente stesso più idonee al raggiungimento del fine istituzionale.

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

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

Art. 4 - Somme e rischi assicurati, massimali di garanzia

La Società assicuratrice sulla base delle condizioni di assicurazione presta l'assicurazione, fino alla concorrenza delle seguenti somme (massimali):

Responsabilità Civile verso terzi (RCT)

Euro 5.000.000,00 per ogni sinistro, incluso il sinistro in serie con il limite di:

- Euro 5.000.000,00 per ogni persona

- Euro 5.000.000,00 per danni a cose

Responsabilità Civile verso i Prestatori di lavoro (RCO)

Euro 5.000.000,00 per ogni sinistro, con il limite di:

- Euro 5.000.000,00 per ogni persona

Massimale aggregato: Euro 10.000.000,00.

Il massimale aggregato è il limite di indennizzo cumulativo per l'insieme di tutti i sinistri relativi a una stessa annualità assicurativa, qualunque sia il numero dei danneggiati e in relazione a tutte le garanzie prestate

Art. 5 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha durata di 36 mesi ed effetto dalle ore 24 del 31/12/2013 e scadrà alle ore 24 del 31/12/2016, e non è soggetta a proroga.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di rescindere il contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 90 (novanta) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria (31/12).

E' prevista la possibilità da parte del Contraente di richiedere un'ulteriore annualità di copertura alla scadenza alle medesime condizioni economiche e normative, ai sensi dell'art. 57 comma 5 lett. b) del D.Lgs n° 163/2006.

Art. 6 - Inizio e termine della garanzia

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato per la prima volta, nel corso del periodo di decorrenza dell'assicurazione indicato in polizza e notificate alla Società entro i termini contrattuali o di legge, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti posti in essere non antecedentemente alla data del **30/06/2004**, nei limiti di franchigia e massimale previsti dalla presente polizza.

Al riguardo le parti si danno reciprocamente atto che per le richieste relative a fatti accaduti prima della decorrenza della presente polizza, la presente assicurazione opererà come di seguito descritto:

- a) se il rischio non fosse garantito in precedenti assicurazioni ma lo fosse in base alle garanzie prestate con la presente polizza a favore dell'Assicurato stesso, saranno operanti per quel rischio i capitali e/o massimali e le condizioni previsti in quest'ultima, come se le predette assicurazioni non esistessero;
- b) se il rischio fosse garantito e liquidato in base a precedenti assicurazioni ma i massimali e/o capitali o le somme in esse previste fossero insufficienti a coprire l'intero danno, la presente polizza risarcirà l'Assicurato per la sola parte di danno eccedente quella risarcita a norma delle precedenti assicurazioni, nei limiti e alle condizioni tutte della presente polizza.

L'Assicurazione vale inoltre per le richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato durante il periodo di polizza anche se notificate alla Società dopo la scadenza contrattuale, purchè tale notifica avvenga entro e non oltre il termine di tre mesi dalla cessazione del contratto.

L'assicurazione comprende altresì fatti o circostanze pregresse alla data di inizio della presente polizza già note al Contraente e/o agli Assicurati, a condizione inderogabile che gli stessi non potessero essere validamente denunciati come sinistri ai precedenti assicuratori per operatività od inefficacia delle polizze ad esse riconducibili.

Si intende parificata alla richiesta di risarcimento la formale comunicazione dell'avvio di indagine penale in relazione ai danni per i quali è prestata l'assicurazione, nel momento in cui il Contraente ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta.

La presente assicurazione vale per le richieste avanzate nei confronti dell'Assicurato indipendentemente dalla fonte giuridica invocata (norme di legge nazionali, estere, internazionali, comunitarie, usi e costumi, giurisprudenza ad

ogni norma giuridica ritenuta applicabile) ed indipendentemente dall'autorità competente, giudiziaria o arbitrale, nazionale, estera o internazionale.

Art. 7 - Proroga dell'assicurazione

La Società si impegna a concedere una proroga tecnica temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza o dalla cessazione in caso di recesso anticipato per qualunque motivo, finalizzata all'espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio.

L'Ente invierà l'eventuale richiesta alla Società con un preavviso di 30 giorni da darsi alla Società' mediante lettera raccomandata

In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura. Tale proroga non comporterà in nessun modo un aumento dei massimali aggregati di polizza.

Art. 8 - Ripartizione dell'assicurazione e delega (opzionale - valida in caso di coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quote fra le Società coassicuratrici indicate nel riparto del premio, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta o ad eventuale proroga ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto e ciò vale anche per la presente clausola.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle coassicuratrici.

Art. 9 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

Premesso che il pagamento del premio di polizza avviene in una rata annuale scadente il 31/12 di ogni anno. A parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente/Assicurato è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 90 giorni dal ricevimento della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Trascorso infruttuosamente tale termine, la copertura avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il termine di 90 giorni vale anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma. Se il Contraente/Assicurato non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.)

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto

- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 C.C. nei confronti della Società stessa.

Art. 10 - Regolazione del premio

Se il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nella scheda di quotazione, parte integrante della presente polizza, lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società che provvederà ad emettere ed a recapitare al Contraente la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione del relativo documento.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente/Assicurato non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società fisserà un ulteriore termine di 60 giorni dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata.

Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

Art. 11 - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

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

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

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

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

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

Art. 12 - Oneri Fiscali

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

Art. 13 - Foro Competente

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

Art. 14 - Aggravamento e diminuzione di rischio

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

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

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

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

Art. 15 - Prova del contratto e forma delle comunicazioni

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Tutte le comunicazioni fra le Parti dovranno avvenire a mezzo di lettera raccomandata, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

Art. 16 - Clausola di revisione del contratto

Le parti prendono e danno reciprocamente atto che ai sensi dell'art. 115 del D. Lgs. 163/2006 durante il decorso del rapporto contrattuale si potrà addivenire ad una revisione delle condizioni di premio indicate in polizza, laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una loro variazione.

La revisione verrà operata, nell'accordo delle parti, sulla base di un'istruttoria condotta tenuto conto delle disposizioni di cui all'art. 7, comma 4, lettera c) e comma 5 del D.Lgs. 163/2006.

Nessuna variazione delle condizioni contrattuali, in forza della presente disposizione, potrà essere posta in essere ed avrà efficacia se non previo accordo scritto di entrambe le parti contrattuali.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio/buona fede

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

Resta fermo il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti del rischio che comportino un premio maggiore di richiedere la relativa modifica delle condizioni economiche praticate, applicando la maggiorazione del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze stesse si siano verificate, ma non oltre un anno antecedente la richiesta stessa.

Art. 19 - Altre assicurazioni

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

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

Ciò vale anche qualora l'assicurazione stipulata dal singolo Assicurato, contenga una clausola di secondo rischio, restando inteso che in nessun caso la presente Assicurazione opererà in deroga all'art. 1910, 4° comma del c.c.

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

Art. 20 - Informativa sui sinistri

La Società si impegna a comunicare entro 60 giorni dall'avviso di sinistro il numero della pratica, l'Ufficio e la persona incaricata della gestione del sinistro medesimo.

La Società, con cadenza semestrale, s'impegna a fornire al Contraente, un tabulato, preferibilmente su supporto elettronico, che precisi per ciascun sinistro:

- data di accadimento
- data di denuncia
- data di ricezione del reclamo;
- numero e importo dei sinistri denunciati
- numero e importo dei sinistri pagati e riservati;
- sinistri respinti e motivazione;
- Indicazione dello status pratica (specificare se riservato/liquidato)
- Indicazione del procedimento (civile/penale)
- Descrizione dell'evento
- Grado di lesione

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE

Art. 20 - Responsabilità civile verso terzi RCT

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

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

Art. 21 - Persone non considerate "terzi"

Ai fini dell'assicurazione R.C.T. 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 R.C.O.;

b) dei soggetti non dipendenti dell'Assicurato per i quali lo stesso debba provvedere alla copertura obbligatoria INAIL (opera la garanzia R.C.O.).

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

A titolo di maggior precisazione, si prende atto fra le parti che sono considerati terzi tutti coloro che non rientrano nel novero dei prestatori di lavoro come sopra definiti (compresi il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario nonché i Revisori dei Conti), anche nel caso di partecipazione alle attività dell'Assicurato stesso, (manuali e non), a qualsiasi titolo intraprese, nonché per la presenza, a qualsiasi titolo e/o scopo, nell'ambito delle suddette attività.

Art. 22 - Responsabilità civile verso dipendenti RCO

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

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

2) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive integrazioni e modifiche e del D. Lgs. 23 Febbraio 2000 n. 38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali; la garanzia inizia ad operare dopo i primi € 2.500 per ogni sinistro.

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che l'Assicurato sia in regola con gli obblighi derivanti dall'assicurazione di legge. L'assicurazione conserva tuttavia la propria validità anche se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi di cui sopra in quanto ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia.

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

La garanzia non vale:

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

per le malattie professionali che siano la diretta conseguenza:

a) della mancata osservanza delle disposizioni di legge addebitabile a titolo di dolo al Legale Rappresentante della Contraente;

b) della intenzionale mancata prevenzione del danno, per omesse riparazioni od adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni, una volta rilevati, da parte del Legale Rappresentante della Contraente.

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

c) manifestatesi per la prima volta trascorsi oltre 24 mesi dalla cessazione dell'Assicurazione o del rapporto di lavoro.

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

Le garanzie di cui ai precedenti punti 1) e 2) sono inoltre operanti:

1. a favore delle persone incaricate dall'Assicurato della direzione o della sorveglianza del lavoro per la eventuale responsabilità civile personale loro derivante,
2. in conseguenza di involontaria violazione delle disposizioni inerenti la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D. Lgs. 9 aprile 2008 n° 81 e successive modifiche ed integrazioni, in esse ricomprese la mancata o ritardata adozione di atti e provvedimenti obbligatori, salvo il caso di dolo del Legale Rappresentante,
3. in relazione alla responsabilità civile personale dei soggetti titolari delle funzioni, delegabili o non delegabili di cui al D. Lgs. 9 aprile 2008 n° 81, inclusi i soggetti delegati, di seguito elencate:
 - Datore di Lavoro – Dirigente – Preposto – Medico Competente – Rappresentanti dei lavoratori e tutti i lavoratori stessi,
 - Committente – Responsabile dei lavori – Coordinatore per la Progettazione – Coordinatore per l'Esecuzione; con esclusione delle sanzioni per le quali è vietata la copertura assicurativa ai sensi dell'art. 12 del D. Lgs. 7/9/2005 n° 209;
4. in conseguenza di danni sofferti da terzi e prestatori di lavoro come precedentemente definiti, ivi inclusi gli appaltatori, subappaltatori e loro dipendenti;
5. in relazione a fatti connessi ad involontaria violazione della previgente normativa di cui al D. Lgs 626/94 e successive modifiche ed integrazioni contenute nel D. Lgs. 9 Aprile 2008 n. 81, e al D. Lgs. N. 494/96 e successive modifiche ed integrazioni contenute nel D. Lgs. 9 Aprile 2008 n. 81, inclusa la Responsabilità civile personale derivante al responsabile della sicurezza e salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro, nominato dall'Assicurato ai sensi della legge n. 626/94 e successive modifiche ed integrazioni contenute nel D. Lgs. 9 Aprile 2008 n. 81 e per la Responsabilità civile personale derivante al coordinatore in materia di sicurezza e di salute durante la realizzazione dell'opera, ai sensi della legge n. 494/96. e successive modifiche ed integrazioni contenute nel D. Lgs. 9 Aprile 2008 n. 81

Art. 23 - Responsabilità personale e professionale

L'assicurazione R.C.T. è estesa alla responsabilità personale e/o professionale di tutti i dipendenti e/o collaboratori convenzionati, medici compresi, e compresi i sanitari non alle dipendenze, di cui l'Assicurato si avvale nell'esercizio della sua attività compresa la libera professione intramuraria.

L'assicurazione include la responsabilità civile personale dei dipendenti dell'assicurato, nonché delle persone non in rapporto di dipendenza con l'assicurato e della cui opera quest'ultimo si avvale, per danni involontariamente cagionati a terzi, escluso il Contraente, nella loro qualifica di: "Datore di Lavoro"; "Responsabili del servizio di protezione e sicurezza" ai sensi del D. Lgs. n. 626/1994 e successive modifiche ed integrazioni; nonché nella loro qualità di "Responsabili dei lavori ovvero di «Coordinatori per la progettazione e/o per l'esecuzione dei lavori", ai sensi del D. Lgs. n° 494/1996 e successive modifiche ed integrazioni.

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

Si intende inclusa la responsabilità derivante alla Contraente per il fatto delle persone sopra indicate, resta salva la facoltà di rivalsa spettante alla Società in caso di dolo o colpa grave dei soggetti sopra indicati.

Art. 24 - Estensione territoriale

L'Assicurazione RCT ha validità nel mondo esclusi i territori di USA Canada e Messico. L'Assicurazione RCO ha validità nel mondo intero.

Art. 25 - Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) le richieste di risarcimento già note al Contraente prima della data di effetto di questa assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori, salvo quanto previsto all'art.23 bis;
- b) i danni da furto, salvo che per danni derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose in consegna e custodia;
- c) i rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi dell' art. 122 e segg. del D. Lgs. 209/2005;
- d) i danni derivanti dalla proprietà di aeromobili e natanti;
- e) i danni derivanti da intenzionale mancata osservanza o intenzionale violazione di norme di legge da parte del Direttore Generale della Contraente;
- f) i danni conseguenti ad omessa vigilanza veterinaria e di igiene alimentare in relazione all'encefalopatia spongiforme (BSE) o nuove varianti della malattia di Creutzfeld-Jacob;
- g) danni verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc...), ad eccezione però dell'impiego di apparecchi radianti a scopo analitico diagnostico e terapeutico;
- h) danni di qualunque natura conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, infiltrazione e contaminazione di acque, terreni o colture, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione od impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento ad eccezione dei casi in cui tali danni siano diretta conseguenza di un evento improvviso, repentino ed accidentale;
- i) danni derivanti dalla detenzione od all'impiego di esplosivi;
- j) danni cagionati da macchinari, merci e prodotti fabbricati, lavorati o in vendita dopo la consegna a terzi, con l'eccezione del sangue e degli emoderivati che possono essere ceduti a terzi, anche attraverso la banca del sangue;
- k) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica; sono invece compresi quelli determinati da errore tecnico nell'intervento con esclusione della garanzia delle pretese della mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- l) danni derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti vandalici, sabotaggio, terrorismo;
- m) danni derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati;
- n) danni di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura amianto, nonchè ogni responsabilità derivante dall'asbestosi o ogni altra malattia collegata;
- o) danni di qualunque natura derivanti da campi elettromagnetici;
- p) danni patrimoniali verificatisi in assenza di qualunque danno corporale o materiale (v. Definizioni), salvo quanto espressamente indicato nelle Condizioni di Assicurazione ;
- q) la presenza e gli effetti, diretti e indiretti, di muffa tossica di qualsiasi tipo;

- r) danni alle cose di terzi che l'assicurato detenga a qualsiasi titolo allo scopo di servirsene come beni strumentali o merci direttamente destinati allo svolgimento delle sue attività; sono tuttavia comprese in garanzia tutte le cose di terzi in semplice consegna e/o custodia;
- s) danni alle cose e/o opere di terzi sulle quali si eseguono i lavori;
- t) danni conseguenti a furto dei veicoli di terzi e prestatori di lavoro, in sosta negli spazi appositi di pertinenza dell'Assicurato, e comunque i danni alle cose in essi contenute;
- u) i danni derivanti direttamente o indirettamente da funghi, piombo o prodotti contenenti piombo;
- v) attività di fecondazione assistita, salvo che per i danni corporali sofferti dal nascituro e dai genitori, con esclusione di eventuali danni al patrimonio genetico, nonché di qualunque pretesa di natura patrimoniale che non sia direttamente derivante da tali lesioni. La presente deroga è prestata alla condizione che l'attività di fecondazione assistita venga svolta nel rispetto delle disposizioni di legge

Art. 26 - Precisazioni ed estensioni di garanzia

A titolo puramente esemplificativo, e non esaustivo, l'assicurazione è prestata, anche in deroga a quanto precedentemente previsto, per le conseguenze della responsabilità civile derivante all'Assicurato, ai sensi di legge, dalla sua qualità di:

- a) esercente, in conformità alle leggi ed ai regolamenti vigenti, centri di raccolta, distribuzione, utilizzo del sangue e trasfusionali, inclusi emoderivati, tessuti e sostanze di origine umana, espianto e trapianto di organi e tessuti;
- b) esercente, autorizzato ai sensi di legge, a svolgere attività di sperimentazione clinica di ogni fase e grado, con protocolli interni e o sponsorizzati da terzi; L'assicurazione opera per la diretta ed esclusiva responsabilità del Contraente e del proprio personale, e non comprende:
 - la responsabilità che ricade sul produttore di farmaci e/o presidi e dispositivi sanitari oggetto della sperimentazione e sullo Sponsor (salvo il caso del Promotore/Sponsor senza finalità commerciali che si intende assicurato in conformità alle disposizioni ministeriali e regionali),
 - la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione né il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione,
 - i danni imputabili ad assenza del Consenso Informato,
 - i danni imputabili ad assenza, inidoneità od insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello Sponsor,
 - le sperimentazioni relative a farmaci la cui richiesta per il parere unico al comitato etico sia stata presentata dopo l'entrata in vigore del D. M. 14 luglio 2009 – Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, né è idonea all'assolvimento dell'obbligo assicurativo e relativi requisiti minimi dallo stesso previsti;
- c) Comitato Etico Aziendale od interaziendale, inclusa la responsabilità collegiale ed individuale dei singoli componenti in conseguenza di danni cagionati ai pazienti in relazione ad ogni tipo di sperimentazione. L'assicurazione e non comprende:
 - la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione né il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione,
 - i danni imputabili ad assenza, inidoneità od insufficienza di coperture assicurative obbligatorie degli sperimentatori e dello Sponsor.
- d) beni in proprietà o comodato comprese ordinaria e straordinaria manutenzione;
- e) conferente di rifiuti speciali, infettivi, tossici o nocivi, anche quale committente, qualora le operazioni di smaltimento, che abbiano provocato a terzi lesioni personali o morte e/od un inquinamento accidentale di qualsiasi

natura, siano effettuate da ditte terze regolarmente autorizzate ai sensi delle disposizioni di legge vigenti;

f) civilmente responsabile ai sensi di legge per i danni agli assistiti ed agli ospiti derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate e non (artt. 1783-1786 C.C.); l'Assicurazione non vale per gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, veicoli a motore e cose in essi contenute;

g) committente per i lavori e/o gestioni ceduti in appalto;

h) detentore/utilizzatore di fonti ed apparecchiature radioattive a condizione che l'attività sia intrapresa con l'osservanza delle norme vigenti in materia nonché dalle prescrizioni della competente autorità. Il Contraente/Assicurato s'impegna a valersi esclusivamente di personale tecnico specializzato ed idoneamente protetto e ad allontanare qualsiasi persona estranea all'impiego delle fonti ed apparecchiature radioattive dai locali di conservazione od uso;

i) esercente farmacie interne con smercio distribuzione e 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;

j) attività intramuraria (ovunque svolta), sempreché debitamente autorizzata da parte dell'Amministrazione del Contraente/Assicurato,

k) civilmente responsabile ai sensi di legge per danni patrimoniali puri involontariamente cagionati ai prestatori nonché ai terzi utenti delle strutture in conseguenza di una non intenzionale violazione degli obblighi di legge, in relazione al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, degli stessi. La garanzia è valida a condizione che il trattamento dei dati personali predetti sia strettamente strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione non vale:

- per il trattamenti di dati aventi finalità commerciali ;
- per i danni non patrimoniali di cui all'Art. 2059 del C.C.;
- per le multe e le ammende inflitte direttamente all'Azienda Assicurata o alle persone del cui fatto l'Ente debba rispondere.

a) danneggiamento o distruzione (escluso il furto) di mezzi di trasporto di terzi e delle cose su di essi caricate, che si trovino nell'ambito delle ubicazioni ove si svolgono le attività della Contraente, allo scopo di compere operazioni di carico o scarico o di veicoli di dipendenti e/o Amministratori e/o di terzi stazionanti nell'ambito dei luoghi ove sono ubicate le strutture sanitarie o le sedi amministrative dell'Assicurato/Contraente ;

b) Esercizio di mense e spacci all'interno delle proprie strutture, anche se affidati in gestione a terzi;

c) Somministrazione di prodotti alimentari, bevande e simili, anche tramite distributori automatici di proprietà di terzi affidati in gestione a terzi;

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

Art. 27 - Obblighi del Contraente in caso di sinistro

Il Contraente, venuto a conoscenza del sinistro, deve darne notizia alla Società tempestivamente ed in ogni caso entro 60 giorni lavorativi. Deve, inoltre, fornire alla Società ed ai suoi mandatari tutte le informazioni, i documenti e le prove che possano venirgli richieste. Per "venuto a conoscenza del sinistro" si intende il momento in cui la richiesta di risarcimento è pervenuta all'Ufficio Protocollo della Contraente.

Il Contraente è tenuto a denunciare alla Società solo i sinistri:

- a) se rientranti nella garanzia Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) i casi:
 - in cui vi sia una richiesta di risarcimento da parte di terzi
 - in cui sia in corso un'indagine penale disposta dalla Magistratura.

In tutti gli altri casi di incidenti la cui comunicazione pervenga alla Contraente la stessa è esonerata dal presentare denuncia alla Società restando la Contraente stessa impegnata a mettere a disposizione della Società, la documentazione relativa al danno in caso venga avanzata una richiesta di risarcimento.

- b) se rientranti nella garanzia RCO i casi:
- di morte
 - quelli per i quali ha luogo l'inchiesta giudiziaria a norma della Legge infortuni; in quest'ultimo caso il termine decorre dal giorno in cui l'Assicurato ha ricevuto l'avviso per l'inchiesta. Del pari deve dare comunicazione alla Società di qualunque domanda od azione proposta dall'infortunato o suoi aventi diritto o terzi nonché dall'Istituto Assicuratore Infortuni, trasmettendo tempestivamente atti, documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.

Art. 27bis - Obblighi della Società nella gestione dei sinistri

All'atto dell'apertura del sinistro la Società provvederà a comunicare tempestivamente e comunque non oltre 30 giorni al Contraente il numero attribuito. I sinistri verranno gestiti presso un unico Centro Liquidazione Danni. L'istruzione dei sinistri prevederà il coinvolgimento diretto della Direzione Sanitaria del Contraente e del Comitato per la Valutazione Sinistri (C.V.S.), composto da professionalità con competenze medico-legali e giuridico-assicurative di cui la Contraente è dotata. Il C.V.S. avrà lo scopo di collaborare alla gestione dei sinistri valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimendo parere sugli importi posti a riserva e convenendo, congiuntamente con la Società, le eventuali tesi difensive e la possibilità di transazione con la/le parte/i danneggiate nell'ipotesi in cui, fatte le necessarie valutazioni, se ne ravvisi l'opportunità e l'utilità.

La Società si impegna altresì a garantire la propria presenza a periodiche riunioni del C.V.S. anche successivamente alla data di scadenza del presente Contratto, al fine di garantire una continuità al lavoro effettuato anche per i sinistri che, alla data di cessazione del Contratto, non abbiano ancora trovato una compiuta definizione. Tale partecipazione avrà luogo fino a quando non verranno definiti tutti i sinistri per i quali l'Assicurato riterrà necessario il confronto congiunto con la Società. Le risultanze dei lavori del Comitato Valutazione Sinistri ed i pareri dal medesimo espressi assumono fondamentale rilievo all'interno della procedura di gestione di cui sopra, in particolar modo per i sinistri in franchigia. La Società dalla decorrenza del contratto e alle scadenze quadrimestrali si impegna a 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 (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

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, causa, data della eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo. Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto cartaceo ed elettronico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In caso di violazione degli obblighi precedentemente descritti la Contraente si riserva la facoltà di sanzionare l'inottemperanza della Società mediante l'applicazione di penali, Commisurate

alla gravità dell'inadempimento, fino ad un massimo di Euro 1.000,00 per inadempienza. Gli importi delle eventuali penali saranno prelevati dall'Ente dall'importo della cauzione definitiva versata a garanzia del corretto adempimento delle obbligazioni assunte

Art. 28 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 29 - Recesso in caso di sinistro

Sino al 30° giorno dall'avvenuta liquidazione o di rifiuto di un sinistro la Società può recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni, da comunicarsi a mezzo lettera raccomandata A/R.

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

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

Art. 30 - Gestione delle vertenze di danno

La Società assume la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile sia penale, in nome dell'Assicurato, designando, con le modalità sotto descritte, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od 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. Per le procedure di gestione e pagamento sinistri rientranti nella franchigia si rinvia al successivo art. 33. 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.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse. La Società non risponde di multe o ammende.

Il Contraente e la Società individueranno, di comune accordo, un pool di almeno quattro legali di cui due indicati dal Contraente, con esperienza nel settore sanitario fra i quali la Società potrà scegliere il legale di fiducia da designare applicando un criterio di rotazione nelle scelte. Potranno far parte del pool anche due medici legali individuati di comune accordo tra le parti, tra i quali la Società potrà scegliere il soggetto da incaricare di volta in volta sempre applicando il criterio di rotazione. I legali incaricati si impegneranno a trasmettere alla Assicurata una puntuale informativa dei passaggi salienti dei processi in corso, relazionando sulle difese della controparte, sugli esiti delle udienze e sulla conseguente assegnazione a sentenza.

Art. 31 - Mediazione

La Società prende atto che alle controversie inerenti il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica oggetto della presente copertura assicurativa si applicano le disposizioni del D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

Le parti si danno pertanto reciprocamente atto che nell'esecuzione del presente contratto assicurativo ciascuna di esse sarà tenuta ad assumere ogni iniziativa necessaria all'adempimento, entro i termini sanciti, degli oneri posti a carico dell'assicurato dalle norme di legge e dal regolamento dell'Organismo prescelto per lo svolgimento del procedimento di mediazione.

La domanda di mediazione può essere proposta dalla Contraente, su istanza della Società, o spontaneamente dalla Contraente stessa nei casi di cui all'art. 5 comma 4 lettera f) del Decreto.

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

In accordo con il regolamento dell'Organismo prescelto, la Contraente garantisce la propria partecipazione, diretta oppure con l'assistenza o la rappresentanza di un legale scelto di comune accordo tra le parti, i cui oneri sono posti a carico della Società ed inoltre si adopra per assicurare la partecipazione degli altri soggetti del cui operato debba rispondere, quando ciò sia previsto o reso obbligatorio in base al regolamento dell'Organismo prescelto.

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

La Società riscontra e decide con le stesse forme in ordine alle eventuali proposte di conciliazione formulate dal mediatore ai sensi del 1° comma dell'art. 11.

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

La proposizione della domanda di mediazione produce fra le parti gli stessi effetti della richiesta di risarcimento e della domanda giudiziale ai fini interruttivi e sospensivi della prescrizione.

Le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione sono posti a carico della Società, per i sinistri non rientranti interamente nella franchigia di cui al successivo art. 32.

Art. 32 - Gestione dei sinistri e rimborso degli importi in franchigia

La liquidazione dei danni, eccedenti o meno l'importo della franchigia, sarà assunta comunque per intero dalla Società, senza che assuma rilievo, ai fini della suddivisione delle spese, la proporzione dei rispettivi interessi. Parimenti, in caso di transazione o condanna giudiziale, il pagamento del risarcimento (capitale, interessi e spese) dovuto al danneggiato verrà effettuato direttamente e per intero dalla Società con espressa riserva di ripetere nei confronti del Contraente l'importo della franchigia.

Ogni decisione circa l'effettuazione di offerte transattive, come pure l'acquiescenza o l'impugnazione di decisioni dell'Autorità Giudiziaria verranno assunte dalla Società e dal Contraente di comune accordo. La Società non potrà infatti impegnare il Contraente ad alcun pagamento senza averne ottenuto il consenso scritto sia per le somme approvate che per le somme eventualmente eccedenti quelle approvate.

Il rimborso degli importi inclusi nella franchigia, a seguito delle decisioni come sopra assunte, verrà effettuato dal Contraente in un'unica soluzione entro 60 giorni dal termine di ciascuna semestralità, sulla scorta delle seguenti informazioni fornite dalla Società per ciascun sinistro, anche alla luce anche dei lavori del C.V.S.:

- l'an ed il quantum debeatur,
- l'ammontare della richiesta della controparte,
- lo sviluppo giudiziale e stragiudiziale della vertenza,
- la relazione di valutazione medico legale inclusa la quantificazione dei postumi residuati alla controparte,
- l'eventuale sussistenza di "fumus" di colpa grave da parte del personale del Contraente,
- le eventuali responsabilità di soggetti terzi,
- l'eventuale possibilità di ottenere recuperi da assicuratori coobbligati.

In assenza di tale relazione informativa, la Contraente non potrà provvedere al rimborso delle franchigie anticipate dalla Società.

La Società si impegna inoltre a proseguire la difesa dell'Assicurato e di tutte le persone alle quali è riconosciuta in polizza tale qualifica fino all'esaurimento del giudizio in corso al momento della completa tacitazione del danneggiato e, nel caso in cui dovesse proseguire il processo penale, la Società si impegna alla stessa difesa fino all'esaurimento del processo penale nei suoi vari gradi.

Art. 33 - Franchigia

Per i soli danni alle persone, l'Assicurazione è prestata con l'applicazione di una franchigia aggregata annua pari ad € 350.000,00 da applicarsi ai pagamenti effettuati in eccesso all'importo di € 1.500,00 quale franchigia fissa per ogni sinistro .

Quando i pagamenti eseguiti esauriscono la franchigia aggregata, tutti gli ulteriori risarcimenti per sinistri pertinenti al periodo assicurativo, saranno pagati dagli Assicuratori applicando la sola franchigia fissa per sinistro e fino a concorrenza dei limiti e sottolimiti di indennizzo convenuti.

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

La facoltà di recesso per sinistro è esercitabile anche in caso di sinistro che interessi la franchigia.

Si conviene in proposito che le parti provvederanno a redigere di comune accordo, con oneri da porsi in ogni caso per intero a carico della Società, una procedura per la gestione ed il pagamento dei sinistri rientranti nella franchigia di polizza, sia interamente che per quelli di importo inferiore al doppio della franchigia, con valorizzazione del seguente principio:

La Società è tenuta ad acquisire il preventivo consenso da parte del Contraente prima di provvedere alla definizione in via transattiva di qualsiasi indennizzo ai richiedenti;

DICHIARAZIONE

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

- Art. 5 - Durata dell'assicurazione
- Art. 9 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio
- Art. 29 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 13 - Foro competente;

Con la presente dichiarazione vengono accettate tutte le clausole del capitolato tecnico allegato

LA SOCIETA'

**LE (EVENTUALI)
COASSICURATRICI**

Lotto n° 1
Scheda di Quotazione Polizza RCT/O

Responsabilità Civile Verso Terzi e Dipendenti

Sezione RCT

Massimale

Euro 5.000.000,00 per ogni sinistro, incluso il sinistro in serie con il limite di:

- Euro 5.000.000,00 per ogni persona e
- Euro 5.000.000,00 per danni a cose

Sezione RCO

Massimale

Euro 5.000.000,00 per sinistro con il limite di:

- Euro 5.000.000,00 per ogni persona

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio anticipato dovuto dalla Contraente viene così calcolato:

preventivo retribuzioni	Tasso finito promille	Totale premio anticipato
€ 20.000.000,00	_____ ‰	€

TOTALE PREMIO LORDO ANNUO OFFERTO € (CIFRE E LETTERE) _____

TOTALE PREMIO LORDO INTERO PERIODO CONTRATTUALE € (CIFRE E LETTERE)

RIPARTO DI ASSICURAZIONE/RTI (se previsto)

Compagnia	%	Compagnia	%
	%		%
	%		%

LA SOCIETÀ	LE (EVENTUALI) COASSICURATRICI