

Responsabilità Civile Terzi e Prestatori d'Opera

POLIZZA N° IITOMM1600016	POLIZZA SOSTITUITA N° *****	RAMO RC	PRODOTTO RC Aziende P	INTERMEDIARIO AON SpA - Marsh SpA - Centrale SpA	COD. ***
-----------------------------	--------------------------------	------------	--------------------------	---	-------------

Contraente/Assicurato

Azienda Ospedaliera di Perugia	CODICE FISCALE 02101050546	PARTITA I.V.A. 0210105046
VIA N° S. Andrea delle Fratte	LOCALITÀ / COMUNE Perugia	PROVINCIA PG
		C.A.P. 06156

Data di decorrenza e scadenza della Polizza

EFFETTO DALLE ORE 24 27/10/2016	SCADENZA ALLE ORE 24 27/10/2020
------------------------------------	------------------------------------

Frazionamento

TIPO ANNUALE

Modelli allegati

VEDASI CAPITOLATO ALLEGATO

Data di effetto e scadenza della Rata

EFFETTO DALLE ORE 24 27/10/2016	SCADENZA ALLE ORE 24 27/10/2017	PROSSIMA QUIETANZA 27/10/2017
------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Premio alla firma

PREMIO NETTO € 4.000.000,00	ACCESSORI € 0,00	PREMIO IMPONIBILE € 4.000.000,00	IMPOSTE € 890.000,00	TOTALE PREMIO € 4.890.000,00
--------------------------------	---------------------	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------

Premio annuo

PREMIO NETTO € 4.000.000,00	ACCESSORI € 0,00	PREMIO IMPONIBILE € 4.000.000,00	IMPOSTE € 890.000,00	TOTALE PREMIO € 4.890.000,00
--------------------------------	---------------------	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------

Dichiarazioni del Contraente

L'assicurazione è regolata dalle condizioni e dichiarazioni contenute negli allegati modelli sopra richiamati, che formano parte integrante del presente contratto e che il Contraente dichiara di conoscere, di aver ricevuto e sottoscritto.

Il presente contratto si compone di n° 25 pagine.

la Società **AmTrust International Underwriters DAC**
Il Procuratore Speciale
Serena Rocchi

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre di avere ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa all'Assicurato per il trattamento dei dati personali.

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Contratto e, agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D. Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Emesso in quadruplica copia in Milano il 2/12/2016

L'importo di € 4.890.000,00 è stato pagato oggi 15/12/2016
L'incaricato KANDARI 6011793E 6011794

DIREZIONE CONTABILITA' E BILANCIO
IL RESPONSABILE
(Dr. Roberto Ambroggi)

COPIA PER ASSICURATO

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

La presente polizza è stipulata tra

 <i>Azienda Ospedaliera di Perugia</i>	Azienda Ospedaliera di Perugia
	S. Andrea delle Fratte
	06156 - Perugia
	P.IVA 0210105046

e

Società Assicuratrice  AmTrust International Underwriters <small>An AmTrust Financial Company</small>
AmTrust International Underwriters DAC Sede Legale 40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 Capitale Sociale € 37.072.355,00 Rappresentanza Generale per l'Italia Via Clerici, 14 • 20121 Milano Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174 C.F. 09477630967 • P.I. 09477630967 • R.E.A. 2093047

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	27/10/2016
Alle ore 24.00 del :	27/10/2020

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

(Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 - Codice della Privacy)

La vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, introdotta dal D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) entrato in vigore il 1° gennaio 2004, dispone che AmTrust International Underwriters Ltd – Rappresentanza Generale per l'Italia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, è tenuta a fornire agli interessati ossia ai soggetti ai quali si riferiscono informazioni sull'attività di raccolta e utilizzo dei dati personali.

1. Finalità del trattamento dei dati:

Il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato:

- a) all'esecuzione delle prestazioni contrattuali. L'acquisizione dei dati personali comuni è strettamente necessaria al conseguimento delle predette finalità;
- b) all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti, da normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate e dagli Organi di Vigilanza e Controllo.

Pertanto l'eventuale rifiuto nel conferirli, nel rilasciare il consenso al relativo trattamento e nel comunicare i dati ai soggetti di seguito citati, impedisce la gestione del sinistro;

2. Modalità del trattamento:

I dati saranno trattati principalmente con strumenti cartacei, elettronici, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e memorizzati su supporti informatici, cartacei e su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza stabilite dal Codice della Privacy e, con riguardo al trattamento dei dati sensibili, con presidi e modalità separate e specifiche al fine di evitare ogni possibile rischio di trattamento non autorizzato.

3. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali:

I dati raccolti, inclusi quelli sensibili,

- a) per le finalità di cui al punto 1., verranno comunicati alle Società del Gruppo AmTrust, in particolare a:
AmTrust International Underwriters Dac, 40 Westland Row, Dublino 2, Irlanda;
AmTrust Financial Services, Inc. - 59 Maiden Lane, 43rd Floor New York, NY 10038 e sedi secondarie.
- b) per le finalità di cui al punto 1. i dati verranno comunicati a soggetti quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: Soggetti facenti parte della catena assicurativa quali: Coassicuratori, Riassicuratori, agenti e brokers, Organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, consulenti, traduttori; società di servizi informatici, di archiviazione, di stampa ed invio della corrispondenza, di gestione della posta in arrivo e in partenza, di certificazione di qualità, di revisione contabile e certificazione di bilancio, istituti di credito per l'esecuzione di eventuali pagamenti e società terze incaricate per la gestione dei sinistri.

4. Diffusione dei dati:

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

5. Trasferimenti dei dati all'estero:

Per le finalità di cui al punto 1. con riferimento ai soggetti indicati al punto 3., i dati personali possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea.

6. Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti:

In qualsiasi momento, in forza dei diritti previsti dagli artt. 7 - 10 del Codice Privacy, l'interessato può richiedere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intellegibile, a meno che non ne derivi pregiudizio allo svolgimento delle investigazioni difensive o all'esercizio del diritto in sede giudiziaria così come previsto dall'art.8 lett.e); di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati e di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

7. Titolare del trattamento dei dati:

Titolare del trattamento dei dati è AmTrust International Underwriters Dac, con sede secondaria in Via Clerici 14, 20121 Milano, Tel. 02-83438150, Fax 02-83438174, in persona del suo legale rappresentante, cui l'interessato potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui al precedente punto 6).

8. Diritti dell'interessato:

L'elenco degli Incaricati del trattamento designati da AmTrust International Underwriters Dac – Rappresentanza Generale per l'Italia è disponibile presso la sede del Titolare.

L'interessato, per l'esercizio dei propri diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, potrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: amtrustsuccursaleitalia@legalmail.it.

Sommario	3
DEFINIZIONI	5
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	8
Art. 1 - Norme che regolano l'Assicurazione	8
Art. 2 - Assicurati Aggiuntivi	8
Art. 3 - Attività assicurata	8
Art. 4 - Durata dell'assicurazione.....	8
Art. 5 - Proroga dell'assicurazione	9
Art. 6 - Premio annuo lordo dell'assicurazione e oneri fiscali	9
Art. 7 - Clausola Broker	9
Art. 8 - Clausola di coassicurazione (non applicabile ai R.T.I.) – NON OPERANTE.....	9
Art. 9 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio.....	9
Art. 10 - Regolazione del premio	10
Art. 11 - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n° 136/2010	10
Art. 12 - Foro competente	10
Art. 13 - Diminuzione di rischio	10
Art. 14 - Prova del contratto e forma delle comunicazioni	11
Art. 15 - Rinvio alle norme di legge	11
Art. 16 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio/buona fede.....	11
Art. 17 - Altre Assicurazioni	11
Art. 18 - Informativa sui danni.....	11
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE.....	12
Art. 19 - Oggetto del contratto.....	12
Art. 20 - Responsabilità civile verso terzi RCT	12
Art. 21 - Persone non considerate "terzi"	12
Art. 22 - Responsabilità civile verso dipendenti RCO	13
Art. 23 - Responsabilità personale e professionale	14
Art. 24 - Operatività temporale delle garanzie	14
Art. 25 - Estensione territoriale	14
Art. 26 - Esclusioni	14
Art. 27 - Precisazione inerente fatti e circostanze noti	15
Art. 28 - Precisazioni ed estensioni di garanzia	16
Art. 29 - Denuncia di sinistro	17

Art. 30 - Rinuncia alla rivalsa	17
Art. 31 - Recesso in caso di sinistro	17
Art. 32 - Gestione delle vertenze di danno e spese di resistenza.....	18
Art. 33 - SIR (Self Insured Retention).....	18
Art. 34 - Procedura per la gestione dei sinistri	18
Art. 35 - Massimali di garanzia	22
Art. 36 - COLPA GRAVE	22

DEFINIZIONI

Le Parti attribuiscono convenzionalmente alle seguenti denominazioni il significato qui precisato.
Le parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa polizza e valgono ad interpretarne le condizioni ed ogni altro disposto di assicurazione.
Nel testo che segue si intendono:

**AMMINISTRAZIONE
AGGIUDICATRICE:**

Azienda Ospedaliera di Perugia in qualità di capofila individuata dalla Regione Umbria, delegata dalle Aziende del SSR (ASL Umbria n. 1; ASL Umbria n. 2; Azienda Ospedaliera di Terni).

**CONTRAENTE DELLA
POLIZZA:**

il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione ossia le Aziende Sanitarie della Regione Umbria.

ASSICURATO:

la persona fisica o giuridica la cui responsabilità civile è coperta con il contratto.

AZIENDE SANITARIE SSR:

ciascuna Azienda Sanitaria Locale o Azienda Ospedaliera o Azienda Ospedaliero-Universitaria della Regione Umbria, i loro Organi, i loro Organismi ed i Dipendenti tutti, nonché gli Assicurati Aggiuntivi come di seguito definiti.

**ASSICURATO
AGGIUNTIVO:**

i Soggetti autorizzati della cui opera l'Azienda Sanitaria si avvale a qualunque titolo ed i soggetti a cui è riconosciuta tale qualifica nel presente contratto.

COMPAGNIA:

la Compagnia Assicuratrice, nonché le eventuali Imprese Coassicuratrici.

BROKER:

l'intermediario che ai sensi dell'art. 109, comma 2 lettera b), del D.Lgs. 209/2005 abbia ricevuto o riceva mandato dal Contraente alla gestione ed esecuzione del contratto.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione stipulato dall'Azienda Ospedaliera di Perugia in proprio e a favore delle Aziende Sanitarie del SSR.

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione.

RISCHIO:

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

COSE:

sia gli oggetti materiali che gli animali e le piante.

**RISCHIO CATASTROFALE
R.C.:**

la probabilità che si verifichi un sinistro con danni di entità pari o superiore ad euro 700.001,00 (settecentomilazerouno/00).

GARANZIE:

le prestazioni oggetto dell'Assicurazione dovute dalla Compagnia.

PREMIO:

la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

SINISTRO R.C.T./R.C.O.:

(secondo la formula temporale claims made) la richiesta di risarcimento pervenuta all'Assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione

**PER SINISTRO DA MEDICAL
MALPRACTICE:**

il sinistro riconducibile alla Responsabilità connessa:

- alla qualità di struttura: Azienda Sanitaria Locale o Azienda

Ospedaliera o Azienda Ospedaliero-Universitaria della Regione Umbria;

- all'esercizio della professione medico/sanitaria ed alle attività ad essa connesse

SINISTRO IN SERIE:

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

RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

quella che per prima viene a conoscenza dell'Assicurato fra le circostanze sotto elencate.

a) Qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata da terzi pervenuta all'Assicurato.

b) Formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti in relazione ai danni per i quali è prestata l'assicurazione. In caso di procedimento penale si considerano atti di formale notifica dell'avvio di inchiesta esclusivamente l'avviso di garanzia di cui all'art. 369 c.p.p. o l'avviso di conclusione delle indagini di cui all'art. 415 bis c.p.p.

c) Provvedimento di sequestro disposto dall'autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 253 e segg. 321 e segg. del c.p.p.

Per quanto concerne gli atti di cui alle lettere a) e b), qualora gli stessi siano ricevuti dall'Assicurato/persona fisica, si considerano richiesta di risarcimento soltanto nel momento in cui l'Azienda Assicurata ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta inviata dall'Assicurato/persona fisica ai fini della copertura assicurativa.

Se l'Azienda che ha ricevuto gli atti di cui alle lettere a), b), c) è diversa dall'Azienda Contraente, ai fini della denuncia sulla presente Polizza, la richiesta di risarcimento si considera conosciuta per la prima volta nel momento in cui il Contraente ne abbia debitamente ricevuto comunicazione scritta nelle forme di cui all'art. 14

RISARCIMENTO:

la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

MASSIMALE PER SINISTRO:

l'importo massimo del risarcimento dovuto 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 Compagnia a titolo di risarcimento per uno o più sinistri ascrivibili alla 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.

DANNO ALLA PERSONA:

qualunque pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a morte o lesione dell'integrità psicofisica o lesione di altri diritti inviolabili della persona di rango costituzionale.

DANNO MATERIALE:

ogni distruzione deterioramento, alterazione, perdita, danneggiamento totale o parziale di una cosa, incluso il furto, nonché i danni ad essi conseguenti.

DANNO PATRIMONIALE PURO:

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

MEDIAZIONE:

l'attività svolta da un terzo soggetto imparziale finalizzata ad assistere due o più parti, sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la conciliazione della stessa, ai sensi del D.Lgs. n° 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni, che si intenderanno automaticamente recepite nella presente Assicurazione.

COMITATO GESTIONE SINISTRI (CO.GE.SI.):

il Comitato tecnico-scientifico, composto da professionalità interne ed anche esterne all'Azienda Contraente, nonché da rappresentanti della Compagnia, che si riunisce periodicamente per fornire consulenza e supporto alle strutture Aziendali incaricate di istruire e valutare le pratiche del contenzioso assicurativo, con la finalità di orientare le gestioni del contenzioso e di assumere determinazioni in merito all'an e al quantum delle richieste risarcitorie sottoposte al suo esame secondo le modalità operative previste dall'art. 34 "procedura per la gestione dei sinistri". I nominativi dei componenti permanenti del CO.GE.SI. sono deliberati dall'Azienda Contraente e potrà essere prevista un'integrazione con altre professionalità per affrontare casi specifici.

Il funzionamento del CO.GE.SI. è altresì disciplinato da apposito regolamento anch'esso emanato con atto deliberativo del Contraente.

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 Compagnia ed il Contraente e riportate nel certificato di assicurazione.

L'assicurazione è riferita alle attività esercitate dal Contraente e dagli Assicurati, qui di seguito indicate:

Attività istituzionali del Contraente e degli Assicurati, comunque svolte e con ogni mezzo ritenuto utile o necessario, comprese tutte le attività esercitate dal Contraente e dagli Assicurati per legge, regolamenti o delibere, ivi compresi i provvedimenti emanati dai propri organi, nonché eventuali modificazioni e/o integrazioni presenti e future.

Includendo altresì tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, comunque ed ovunque svolte, nessuna esclusa né eccettuata.

Art. 2 - Assicurati Aggiuntivi

1. Qualsiasi persona fisica o giuridica per la quale la legge, convenzione o contratto od altra disposizione impone all'Assicurato l'obbligo di assicurazione di Responsabilità Civile.
2. Qualsiasi soggetto autorizzato della cui opera l'Azienda Sanitaria si avvale a qualunque titolo.
3. A titolo esemplificativo e non limitativo si considerano assicurati aggiuntivi:
 - a) Le categorie di medici ed altro personale sanitario a rapporto convenzionale, per le quali esiste l'obbligo di assicurazione a carico dell'Azienda ai sensi di legge, convenzione o contratto od altra disposizione o ai sensi degli Accordi Collettivi Nazionali di Lavoro (Medici addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza sanitaria territoriale, Medici addetti alla medicina dei servizi, Medici Specialisti Ambulatoriali interni ed altre professionalità ivi compresi i Biologi, Chimici e Psicologi Ambulatoriali, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta).
 - b) Personale Universitario convenzionato.
 - c) Personale a contratto, inclusi i Medici contrattisti.
 - d) Medici specialisti in formazione.
 - e) Personale di Servizio del Volontariato Civile ed appartenenti ad associazione di volontariato autorizzate.
 - f) Assegnisti, borsisti, tirocinanti, dottorandi e frequentatori.
 - g) Personale volontario dei Servizi Sociali.

Art. 3 - Attività assicurata

Gestione di attività sanitaria istituzionalmente riconosciuta al Contraente ed alle Aziende Sanitarie del S.S.R. dalle competenti Autorità o comunque ad esso trasferite o delegate comprese tutte le attività preliminari e conseguenti, accessorie, connesse e collegate, complementari ed ausiliarie, mediante strutture, mezzi e tecnologie ritenute dal Contraente stesso più idonee al raggiungimento del fine istituzionale. L'Assicurato/Contraente dispone delle autorizzazioni previste dall'ordinamento giuridico e dai regolamenti vigenti per l'esercizio dell'attività oggetto della presente assicurazione.

Art. 4 - Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni quattro con effetto dalle ore 24.00 del 27 ottobre 2016 e scadenza alle ore 24.00 del 27 ottobre 2020.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 120 (centoventi) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

E' prevista la possibilità da parte del Contraente di richiedere un'ulteriore annualità di copertura alla scadenza, alle medesime condizioni economiche e normative.

Art. 5 - Proroga dell'assicurazione

La Compagnia si impegna a concedere una o più proroghe del contratto, alle stesse condizioni normative ed economiche, fino ad un massimo di 180 (centottanta) giorni decorrenti dalla scadenza o dalla cessazione in caso di recesso anticipato per qualunque motivo, al fine di espletare le procedure di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto. L'Ente invierà l'eventuale richiesta alla Compagnia con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni da darsi alla Compagnia 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. 6 - Premio annuo lordo dell'assicurazione e oneri fiscali

Il premio annuo lordo anticipato è determinato applicando il premio annuo imponibile e le relative imposte governative.

Gli oneri fiscali relativi al premio dell'Assicurazione sono a carico del Contraente anche se anticipati dalla Compagnia.

Art. 7 - Clausola Broker

Il Contraente, in nome e per conto delle Aziende:

- Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1
- Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
- Azienda Ospedaliero – Universitaria di Perugia
- Azienda Ospedaliera "S. Maria" Terni

dichiara di avvalersi dei Brokers società AON S.p.A., società Marsh S.p.A., società Centrale S.p.A.; all'uopo incaricate da ciascuna Azienda Sanitaria ai sensi del D.Lgs. 209/2005.

L'opera dei broker incaricati sarà remunerata, relativamente al presente contratto, nella misura provvigionale del 7,5% da calcolarsi sul premio imponibile.

Al momento dell'aggiudicazione della gara per l'affidamento del servizio di brokeraggio, in corso di espletamento, l'aggiudicatario del servizio subentrerà in luogo dei soggetti sopra indicati, alle stesse condizioni economiche, per tutta la residua durata del contratto di assicurazione.

Art. 8 - Clausola di coassicurazione (non applicabile ai R.T.I.) – NON OPERANTE

L'assicurazione è ripartita per quote fra le Compagnie coassicuratrici indicate nel riparto del premio, in conformità a quanto stabilito dall'A.N.A.C. con determinazione n. 2 del 13/03/2013 ed in deroga a quanto disposto dall'art. 1911 del c.c. dovrà essere prevista la responsabilità solidale delle imprese partecipanti all'accordo di assicurazione.

Tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Compagnie coassicuratrici. Le Compagnie coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune.

La Compagnia 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 la presente clausola. Pertanto la firma apposta dalla Compagnia 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

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella polizza.

A parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24.00 del giorno indicato nella polizza. Trascorso infruttuosamente tale termine, la copertura avrà effetto dalle

ore 24,00 del giorno del pagamento. Il termine di 60 giorni vale anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma. Se il Contraente non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.). I premi potranno essere pagati alla Direzione della Compagnia o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, per il tramite del broker. Per eventuali variazioni che comportino un pagamento di premio, il Contraente potrà pagare tale premio, nei modi di cui sopra, entro 60 giorni dal ricevimento delle relative appendici, salvo termini a lui più favorevoli previsti altrove in polizza. Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Compagnia 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 ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Compagnia stessa".

Art. 10 - Regolazione del premio

Il premio annuo lordo deve intendersi "FLAT".

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

L'aggiudicatario è soggetto a tutti gli obblighi in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, così come disposto ai sensi della Legge n° 136 del 13/08/2010 e s.m.i.

L'Azienda si avvarrà della facoltà prevista dal Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. n. 209 del 07/07/2005) di effettuare il pagamento dei premi assicurativi tramite broker, così come specificato all'articolo del presente capitolato.

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

Nel caso in cui la Compagnia, nei rapporti nascenti con i propri eventuali 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, 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 transizioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto.

Art. 12 - Foro competente

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

Art. 13 - Diminuzione di rischio

Verificandosi una diminuzione del rischio la Compagnia 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 Compagnia.

Art. 14 - Prova del contratto e forma delle comunicazioni

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Tutte le comunicazioni fra le Parti dovranno avvenire a mezzo di lettera raccomandata, e-mail, posta elettronica certificata o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di ricevimento.

Art. 15 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 16 - 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 all'atto della sottoscrizione delle stesse, non comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, né la cessazione dell'assicurazione.

La Compagnia ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note perché occultate dal contraente, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

Art. 17 - 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 Compagnia risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza. Per quanto coperto da assicurazione, sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Compagnia risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 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 Compagnia 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. 18 - Informativa sui danni

La Compagnia si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avviso di sinistro il numero della pratica, l'Ufficio e la persona incaricata della gestione del sinistro medesimo. La Compagnia, con cadenza semestrale si impegna a fornire un'informativa circa la quantificazione dei sinistri denunciati corredata dai seguenti dati:

- numero del sinistro
- data di accadimento
- data di denuncia
- tipologia di avvenimento
- importo pagato
- importo riservato
- data del pagamento o della chiusura senza seguito.

Art. 19 - Oggetto del contratto

La Regione Umbria, con Delibera di Giunta Regionale n. 1775 del 27 dicembre 2012 avente ad oggetto "Studio di fattibilità per la gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie regionali- provvedimenti" ha stabilito di organizzare il servizio di gestione assicurativa dei rischi di responsabilità civile sanitaria prevedendo tre fasce per la liquidazione del danno così ripartito:

- una fascia a gestione diretta aziendale fino ad euro 70,000,00 di valore stimato del sinistro, ove le Aziende sanitarie regionali hanno un ruolo diretto, e la trattazione del sinistro viene effettuata direttamente dall'Azienda sanitaria, che provvede autonomamente alla valutazione e alla determinazione del quantum, nel rispetto di quei criteri organizzativi ed operativi individuati dall'Azienda capofila;
- una seconda fascia da euro 70,001.00 ad euro 700.000.00 di valore stimato del sinistro a gestione diretta sovraziendale a cura dell'Azienda capofila con costituzione di un Fondo speciale finalizzato 'al finanziamento del rischio;
- una terza fascia a gestione assicurativa pari o superiore ad euro 700.001,00 di valore stimato del sinistro, tramite stipula di un contratto di assicurazione a seguito di procedura ad evidenza pubblica.

La Regione Umbria con legge regionale 9 aprile 2013 n. 8 (art. 3) ha disposto l'istituzione del sistema sperimentale di autoritenzione del rischio sanitario articolato nelle suddette tre fasce di gestione, così come stabilito dalla D.G.R. n. 1775/2012 per una durata di tre esercizi di bilancio con decorrenza dall'esercizio finanziario anno 2013.

L'art. 3 della legge regionale 11 aprile 2016 n. 5 ha disposto una proroga del sistema sperimentale di autoritenzione del rischio sanitario "per un massimo di sette esercizi finanziari con decorrenza dall'esercizio finanziario anno 2013" e quindi sino all'esercizio finanziario anno 2020, rendendosi pertanto necessaria una copertura assicurativa del rischio catastrofale per l'ulteriore periodo di proroga.

Oggetto del contratto di assicurazione che si andrà a stipulare a seguito della procedura di gara saranno soltanto i sinistri di terza fascia con valore stimato del sinistro oltre gli euro 700.000,00 (SIR - Self Insured Retention) o oltre il diverso importo della S.I.R. proposto dall'aggiudicatario.

Art. 20 - Responsabilità civile verso terzi RCT

La Compagnia 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 ed attività accessorie, sussidiarie, e/o complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa né 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 o per colpa grave 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, il Collegio sindacale / Comitato d'indirizzo / Consiglio di indirizzo e verifica del NIV e simili organi / organismi e Comitato Gestione Sinistri), 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 Compagnia 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 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 12 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 sono inoltre operanti:

1. a favore delle persone incaricate dall'Assicurato della Direzione o della sorveglianza del lavoro per l'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. n° 81 del 09/04/2008 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 dell'Assicurato;
3. in relazione alla responsabilità civile personale dei soggetti titolari delle funzioni, delegabili o non delegabili di cui al D. Lgs. n° 81/2008, inclusi i soggetti delegati, di seguito elencati:
 - Datore di Lavoro – Dirigente – Preposto – Medico Competente – Rappresentante 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. n° 209/2005;
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. n° 81/2008, inclusa la responsabilità civile personale derivante al responsabile della sicurezza e salute dei

lavoratori nei luoghi di lavoro, nominato dall'Assicurato ai sensi del D.Lgs. n° 81/2008, e per la responsabilità civile personale derivante al coordinatore in materia di sicurezza e di salute durante la realizzazione dell'opera, ai sensi del D.Lgs. n° 81/2008.

Art. 23 - Responsabilità personale e professionale

L'assicurazione è estesa anche alla responsabilità personale e/o professionale di tutti i dipendenti e/o collaboratori dell'Azienda Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'esercizio della sua attività nonché nell'esercizio di ogni altra attività svolta anche presso terzi su incarico dell'Assicurato.

Si intende compresa nell'Assicurazione la libera professione intramoenia ovunque svolta purché in conformità alle disposizioni ed autorizzazione dell'Assicurato.

Anche l'Assicurazione RCT 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.

Per i sanitari ed il restante personale, non alle dipendenze, la copertura opera limitatamente alle categorie per le quali sussiste un obbligo di legge o derivante dal regolamento dell'Azienda Sanitaria o da convenzione sottoscritta dall'Assicurato nonché da contratto collettivo od anche individuale di lavoro o prestazione d'opera, con oneri di copertura a carico dell'Azienda ed entro i limiti dagli stessi previsti.

L'Assicurazione conserva la propria validità anche sulla responsabilità civile personale e professionale di dipendenti dell'Assicurato che svolgono attività presso altre strutture in virtù di convenzioni, accordi o altri atti stipulati con l'Assicurato.

Relativamente alla corresponsabilità del Contraente, in qualità di committente, prevista al punto 4. dell'art. 26 del D.Lgs. 81/2008, resta convenuto che l'assicurazione risponde per tutti i danni per i quali il lavoratore, dipendente dall'appaltatore o dal subappaltatore, non risulti indennizzato ad opera dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) o dell'Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA).

Art. 24 - Operatività temporale delle garanzie

La garanzia della Responsabilità civile verso terzi e RCO vale per le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato per la prima volta, e dallo stesso ricevute nel corso del periodo di decorrenza dell'assicurazione indicato in polizza e notificate alla Compagnia entro i termini, prescritti al successivo Art.29, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti posti in essere non antecedentemente alle date di seguito indicate:

- Azienda Ospedaliera di Perugia - 01/01/2001
- Azienda Ospedaliera di Terni - 30/06/1998
- Azienda Usl Umbria n° 1 - 01/09/1996
- Azienda Usl Umbria n° 2 - 30/06/1998

Nel caso di richieste di risarcimento relative a comportamenti colposi posti in essere in data anteriore alla data di effetto indicata in polizza l'Assicurazione opererà, comunque nei limiti ed alle condizioni previste dalla stessa, dopo l'esaurimento delle garanzie eventualmente operanti sui contratti di assicurazione stipulati in precedenza e senza possibilità di cumulo dei massimali tra rischi o quote di rischio assunte dalla medesima impresa.

Art. 25 - Estensione territoriale

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

Art. 26 - Esclusioni

L'Assicurazione non comprende:

- a) i danni da furto;
- b) i rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi dell'art. 122 e segg. del D.Lgs. 209/2005;
- c) i danni derivanti dalla proprietà di aeromobili e natanti;

- d) i danni derivanti da intenzionale mancata osservanza o intenzionale violazione di norme di legge da parte del Direttore Generale della Contraente;
- e) i danni conseguenti ad omessa vigilanza veterinaria e di igiene alimentare in relazione all'encefalopatia spongiforme (BSE) o nuove varianti della malattia di Creutzfeld-Jacob;
- f) danni verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc....), ad eccezione però dell'impiego di apparecchi radianti a scopo analitico diagnostico e terapeutico;
- g) danni di qualunque natura conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, infiltrazione e contaminazione di acque, terreni o colture, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione od impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento ad eccezione dei casi in cui tali danni siano diretta conseguenza della rottura di impianti e condutture di pertinenza dell'Assicurato causata da un evento improvviso, repentino ed accidentale;
- h) danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di esplosivi;
- i) danni cagionati da macchinari, merci e prodotti fabbricati, lavorati o in vendita dopo la consegna a terzi, con l'eccezione del sangue e degli emoderivati che possono essere ceduti a terzi, anche attraverso la banca del sangue;
- j) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti ad interventi di chirurgia estetica; sono invece compresi quelli determinati da errore tecnico nell'intervento di chirurgia estetica con esclusione della garanzia delle pretese della mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- k) fatti o circostanze pregresse già note al Contraente o agli Assicurati prima dell'inizio della presente assicurazione. Per fatti o circostanze pregresse già noti si intendono: relativamente e limitatamente al Contraente/Assicurato Persona Giuridica le circostanze o i fatti dannosi suscettibili di poter cagionare un sinistro di cui sia a conoscenza per iscritto l'ufficio di ogni singola Azienda assicurata competente ad effettuare la denuncia di sinistro;
relativamente e limitatamente all'Assicurato persona fisica i casi in cui l'Assicurato, incluso l'Assicurato Aggiuntivo, abbia ricevuto un avviso di garanzia o una richiesta di risarcimento; in questi casi l'assicurazione rimane valida per il Contraente/Azienda assicurata che non è stato informato per iscritto dall'Assicurato/persona fisica o dall'Assicurato Aggiuntivo ai fini della copertura assicurativa;
- l) danni derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse;
- m) danni derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati;
- n) danni di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura amianto, nonché 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) 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;
- r) danni alle cose e/o opere di terzi sulle quali si eseguono i lavori;
- s) danni conseguenti a furto ed incendio 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;
- t) i danni derivanti direttamente o indirettamente da piombo o prodotti contenenti piombo.

Art. 27 - Precisazione inerente fatti e circostanze noti

27. a) A parziale deroga all'art. 26) Esclusioni paragrafo K), le parti precisano e danno atto che non si considerano fatti e circostanze noti le segnalazioni interne, non accompagnate da espressa richiesta di risarcimento; e/o qualunque lamentela o richiesta di chiarimento avanzata dall'utente anche tramite associazioni di volontariato, Difensore Civico o per le quali l'URP provvede a fornire risposta; e/o acquisizioni di documentazione clinica da parte di Autorità Giudiziaria o Polizia Giudiziaria che non siano accompagnate da espressa richiesta di risarcimento secondo le "Definizioni" della presente Polizza.

27. b) Si precisa che l'assicurazione comprende sinistri cagionati da 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 ai precedenti assicuratori e, a condizione che tali sinistri si manifestino nel periodo di validità della presente assicurazione e siano ricollegati a fatti successivi alla data di retroattività di cui all' art. 24).

Art. 28 - Precisazioni ed estensioni di garanzia

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

- a) esercente, in conformità alle leggi ed ai regolamenti vigenti, centri di raccolta del sangue e trasfusionali, distribuzione ed utilizzo del sangue ed emoderivati, espianti e trapianti di organi. In relazione alla seguente estensione è stabilito un limite di risarcimento pari ad € 5.000.000,00;
- b) esercente, autorizzato ai sensi di legge, a svolgere attività di sperimentazione clinica in ogni fase e grado, con protocolli interni o promossi da Enti senza fine di lucro, oppure 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 dei 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 vigenti);
 - 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 o 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 non comprende:
- la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione né il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione;
 - i danni imputabili ad assenza, inidoneità o insufficienza di coperture assicurative obbligatorie degli sperimentatori e dello Sponsor;
- d) 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) (a parziale deroga di quanto previsto all'art 26 lett. a), 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) (a parziale deroga di quanto previsto all'art 26 lett. f), detentore/utilizzatore, di fonti 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 radioattive dai locali di conservazione od uso delle fonti stesse;
- i) (a parziale deroga di quanto previsto all'art 26 lett. i), esercente farmacie interne con vendita al pubblico, a condizione che il titolare e le persone addette alla farmacia siano in possesso dei requisiti previsti dalla legge per l'esercizio dell'attività;
- j) attività intramuraria (ovunque svolta), sempreché debitamente autorizzata da parte dell'Amministrazione del Contraente/Assicurato;

k) (a parziale deroga dell'art. 26 lettera p) la Compagnia si obbliga, a tenere indenne l'Assicurato di quanto questo sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per perdite patrimoniali involontariamente cagionate ai terzi, utenti delle strutture, o ad altri dipendenti, 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 trattamento di dati aventi finalità commerciali;
- per la diffusione e il trasferimento dei dati personali ad altri soggetti;
- per i danni non patrimoniali di cui all'art. 9 della Legge 675 del 31/12/96 così come modificato dal D.Lgs. 196/03 e di quelli di cui all' Art. 185 del C. P.;
- per le multe e le ammende inflitte direttamente all'Azienda Assicurata o alle persone del cui fatto l'Ente debba rispondere.

La garanzia opera per la RC personale derivante ai dipendenti dell'Ente Assicurato salvo il diritto di rivalsa nei loro confronti per dolo e colpa grave;

l) per i danni da inquinamento accidentale, il limite per sinistro ed anno, per singola azienda, è di € 5.000.000,00.

Art. 29 - Denuncia di sinistro

Il Contraente riceve le "richieste di risarcimento", così come definite in Polizza, da parte degli Uffici a cui compete la gestione dei sinistri di ciascuna Azienda assicurata e tempestivamente provvede ad inoltrare all'Ufficio Sinistri della Compagnia regolare denuncia di sinistro per le richieste che rientrino nell'art. 34 n. 1, lett. b) e c).

Tutte le comunicazioni tra le parti contraenti devono essere effettuate, per essere valide, nelle forme di cui all'art. 14.

Il termine per la denuncia di un sinistro all'Ufficio Sinistri della Compagnia è fissato in 60 (sessanta) giorni lavorativi dalla data di pervenimento della prima richiesta di risarcimento all'Ufficio preposto alla gestione dei sinistri dell'Azienda Contraente (in tal caso farà fede il protocollo dell'ufficio sinistri del Contraente).

A parziale deroga dell'art. 1913 C.C. l'Assicurato o il Contraente sono tenuti ad inoltrare avviso per eventuali sinistri rientranti nella garanzia "responsabilità civile verso dipendenti RCO" solo ed esclusivamente: a) in caso di infortunio per il quale ha luogo inchiesta amministrativa o giudiziaria a norma di legge; b) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto nonché da parte dell'INAIL qualora esercitasse diritto di surroga a sensi del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124.

La Compagnia è tenuta a contestare al Contraente le eccezioni di inoperatività delle garanzie di polizza entro 30 giorni dalla denuncia di sinistro.

Tale termine deve considerarsi perentorio e una volta decorso il sinistro si intende assunto in garanzia dalla Compagnia a tutti gli effetti.

Art. 30 - Rinuncia alla rivalsa

Salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave dei soggetti indicati all'art. 2, la Compagnia rinuncerà al diritto di surrogazione nei confronti degli Amministratori e Dipendenti del Contraente nonché delle persone delle quali l'Azienda si avvale nello svolgimento della propria attività.

Art. 31 - Recesso in caso di sinistro

Successivamente al decorso della prima annualità di assicurazione, sino al 30° giorno dall'avvenuta liquidazione o di rifiuto di un sinistro la Compagnia o il Contraente possono recedere dal contratto con preavviso di 180 giorni, da comunicarsi con le modalità di cui all'art. 14 della presente polizza con specifica indicazione del sinistro in base al quale la Compagnia ha scelto di avvalersi della presente facoltà. Nel caso in cui la comunicazione della volontà di recedere venga effettuata dalla Compagnia 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 la Compagnia, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, dovrà rimborsare la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

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

Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze, tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato sono a carico degli Assicuratori, fino a concorrenza di un importo pari al quarto del limite o sottolimito di indennizzo stabilito in polizza per il danno a cui si riferisce la richiesta di risarcimento. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto limite o sottolimito, le spese vengono ripartite fra gli Assicuratori e l'Assicurato in proporzione al rispettivo interesse (art. 1917 c. c., terzo comma). Qualora l'interesse degli Assicuratori alla gestione della lite cessi durante lo svolgimento del processo, le anzidette spese rimangono a carico degli stessi fino all'esaurimento del giudizio nel grado in cui esso si trova.

Si conviene che la Contraente e la Compagnia individueranno preliminarmente e di comune accordo, un elenco di legali per i procedimenti penali e civili, ivi comprese le procedure conciliative e di mediazione, con esperienza nel settore sanitario, fra i quali la Compagnia potrà scegliere il legale di fiducia da designare.

Gli Assicuratori non riconoscono spese sostenute dal Contraente o dall'Assicurato per legali e tecnici che non siano da essi designati.

In nessun caso saranno applicabili franchigie e/o scoperti per i costi relativi alla difesa dell'Assicurato.

Per quanto concerne le modalità operative sulla gestione dei sinistri in mediazione o in contenzioso si fa rinvio all'art. 34 n. 4.

Art. 33 - SIR (Self Insured Retention)

Resta convenuto tra le Parti che la garanzia prestata dalla presente polizza opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui potenziale risarcimento superi l'importo della Self Insured Retention (SIR) di euro 700.000,00.

Art. 34 - Procedura per la gestione dei sinistri

1. Una volta ricevuto il sinistro così come definito in Polizza, il Contraente per il tramite del personale preposto, procederà come segue:

a) I sinistri la cui richiesta del danno risulti palesemente pari o inferiore all'importo della SIR, saranno direttamente gestiti, definiti e liquidati dalla Contraente, che manterrà a proprio carico i costi di gestione, oltre che i costi legali e peritali connessi alla trattativa stragiudiziale e giudiziale del reclamo, senza necessità che tali sinistri siano comunicati alla Compagnia.

b) I sinistri la cui richiesta del danno risulti palesemente superiore all'importo della SIR, saranno denunciati dal Contraente alla Compagnia, nei termini contrattualmente previsti all'art.29.

c) I sinistri riguardanti danni collegati a tetraplegia, danni cerebrali, mancata diagnosi di tumore, feti e neonati, decessi, invalidità permanenti gravi (superiori al 60%), e danni in serie, in assenza di altri elementi che facciano desumere una quantificazione al di sotto di euro 700.000,00, saranno denunciati dal Contraente alla Compagnia nei termini contrattualmente previsti all'art.29.

2. Le determinazioni in merito all'attribuzione della fascia di gestione verranno assunte come segue:

a) I sinistri per i quali possa esistere un dubbio circa il potenziale economico dello stesso, ovvero se sopra o sotto SIR, si attiverà un confronto, anche telematico, tra il personale preposto del Contraente e i referenti dell'ufficio liquidazione della Compagnia, onde pervenire ad una decisione sull'assegnazione della gestione.

Tale decisione verrà assunta dal CO.GE.SI. nella composizione di cui alle "Definizioni" della presente Polizza.

Qualora in sede di CO.GE.SI. non si pervenga ad un accordo tra il Contraente e la Compagnia in merito all'assegnazione della fascia di gestione per determinati sinistri, il Contraente ha la facoltà di avocare alla propria gestione i casi in cui vi siano elementi oggettivi che consentano di ricondurre con ragionevole probabilità il potenziale valore economico delle relative richieste di risarcimento al di sotto della soglia di euro 700.000,00.

In tal caso, se la Compagnia non intende esporsi per una somma superiore alla SIR per i sinistri avocati dal Contraente la stessa dovrà far risultare dal verbale della riunione del CO.GE.SI. il proprio intendimento.

In ogni caso, qualora nell'iter gestionale del sinistro emergano elementi inizialmente non valutabili che facciano presumere un importo di definizione del sinistro superiore ad euro 700.000,00, il Contraente procederà al passaggio di gestione della pratica alla Compagnia ai sensi della successiva lett. c) e la Compagnia rimarrà impegnata al risarcimento anche per l'importo eccedente il valore della S.I.R.

b) In sede di CO.GE.SI. l'Ufficio Sinistri della Compagnia dovrà segnalare al Comitato se vi siano sinistri che, seppur denunciati e presi in carico dall'Assicuratore in quanto inizialmente valutati in importo superiore ad euro 700.000,00, nel corso della relativa trattazione sia apparsa probabile la definizione per somme inferiori. Qualora le risultanze presentate dall'Ufficio Sinistri della Compagnia siano condivise dal CO.GE.SI. verrà verbalizzato il passaggio di gestione al Contraente, fermo restando che il CO.GE.SI. potrà decidere in accordo con l'Ufficio Sinistri della Compagnia se lasciare a quest'ultimo la gestione/definizione di quei sinistri che per motivi di opportunità sia conveniente chiudere tempestivamente. In tale ultimo caso, il CO.GE.SI. autorizzerà il range di importo entro il quale l'Ufficio Sinistri della Compagnia potrà presentare offerta risarcitoria alla controparte, fermo l'impegno dell'Ufficio Sinistri della Compagnia a fornire preventiva comunicazione/informazione al CO.GE.SI. del raggiunto accordo transattivo prima di procedere alla sua definizione.

c) Allo stesso modo in sede di CO.GE.SI. saranno segnalati all'Ufficio Sinistri della Compagnia i sinistri, inizialmente non denunciati o avvocati a sé dal Contraente (secondo le modalità di cui alla precedente lett. a)) in quanto ritenuti di importo inferiore ad euro 700.000,00, per i quali nel corso dell'iter gestionale dovessero emergere elementi che facciano presumere un probabile importo di definizione superiore ad euro 700.000,00 per il passaggio degli stessi alla gestione/definizione dell'Ufficio Sinistri della Compagnia.

Quest'ultimo si impegna a non eccedere il mancato rispetto dei termini di denuncia del sinistro previsti in Polizza, nonché i termini della prescrizione di legge, che si intendono in ogni caso entrambi decorrenti dalla data del primo CO.GE.SI. utile nel quale si stabilisca concordemente il passaggio di gestione.

Per tali sinistri il Contraente si impegna a mettere a disposizione l'importo della S.I.R., fermo l'impegno dell'Ufficio Sinistri della Compagnia a fornire preventiva comunicazione/informazione al CO.GE.SI. del raggiunto accordo transattivo prima di procedere alla sua definizione.

3. Per la presa in carico e l'istruttoria dei sinistri catastrofali si procederà nel modo che segue:

a) Una volta ricevuta la denuncia, l'Ufficio Sinistri della Compagnia comunica (con le modalità di cui all'art. 14) entro 30 gg al Contraente e all'Assicurato/i (qualora diverso/i dal Contraente) cui sia rivolta la richiesta di risarcimento, la presa in carico del sinistro, indicando altresì il relativo numero di pratica assegnato e formulando richiesta di trasmissione della documentazione istruttoria che verrà evasa a cura della/e Azienda/e Assicurata/e coinvolta/e nel sinistro, previa acquisizione, per le pratiche aperte in via stragiudiziale, del consenso al trattamento dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/2003.

Tutta la documentazione istruttoria dovrà altresì essere trasmessa al Contraente a cura dell'Assicurato/i (qualora diverso/i dal Contraente) coinvolto/i nel sinistro.

Entro lo stesso termine di 30 gg dal ricevimento della denuncia l'Ufficio Sinistri della Compagnia dovrà comunicare anche le eventuali eccezioni di inoperatività della garanzia, ai sensi dell'art. 29.

Qualora per un medesimo evento dannoso e/o le complicità dello stesso venisse avanzata richiesta di risarcimento nei confronti di due o più Assicurati, la Compagnia procederà alla rubricazione di un unico sinistro cui verranno ricondotte le posizioni di tutti gli Assicurati nello stesso coinvolti, assegnando un unico numero di pratica ed applicando un'unica S.I.R. pari ad euro 700.000,00.

b) All'atto rubricazione di un sinistro la Compagnia, oltre a darne comunicazione al Contraente e allo/agli Assicurato/i coinvolto/i, inoltrerà comunicazione di presa in carico (con le modalità di cui all'art. 14) al presunto danneggiato o, qualora la richiesta di risarcimento sia stata avanzata tramite un legale, al legale dallo stesso incaricato. Contestualmente, per i casi in cui la richiesta di risarcimento sia avanzata in via stragiudiziale, la Compagnia trasmetterà al presunto danneggiato o al legale dallo stesso incaricato il modulo per il consenso al trattamento dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 da restituire debitamente sottoscritto, e richiedendo la documentazione medica facente riferimento a strutture diverse dagli Assicurati di cui alla presente Polizza.

c) L'Azienda o le Aziende coinvolte nel sinistro, oltre a trasmettere all'Ufficio Sinistri della Compagnia e al Contraente tutta la documentazione istruttoria in proprio possesso, provvederanno ad inviare al medesimo Ufficio ed al Contraente, una volta completata l'istruttoria, una relazione tecnica redatta da un medico legale afferente all'Azienda.

d) La Compagnia si impegna a trasmettere al Contraente relazione medico legale del proprio fiduciario e parere in merito all'opportunità della transazione.

4. Per la trattazione dei sinistri gestiti in fascia catastrofale si procederà nel modo che segue:

a) L'organo incaricato per la trattazione è il CO.GE.SI. nella composizione di cui alle "Definizioni" della presente Polizza, il cui funzionamento è disciplinato da apposito regolamento emanato con atto deliberativo del Contraente.

Il Comitato Gestione Sinistri con cadenza periodica bimestrale, salvi i casi di particolare necessità, si riunisce per valutare collegialmente:

- l'appartenenza o meno dei sinistri di dubbia quantificazione alla terza fascia secondo le modalità di cui al punto 2. lett. a) e b);
- la situazione sullo stato delle pratiche aperte;
- le proposte di gestione del sinistro, sia in sede stragiudiziale che giudiziale
- le eventuali problematiche emerse nella gestione dei sinistri ed eventuali problematiche applicative ed interpretative del presente contratto al fine di individuare le possibili soluzioni.

Potranno essere stabilite riunioni straordinarie del CO.GE.SI., da tenersi anche in videoconferenza o con altro sistema telematico, in casi di particolare urgenza che necessitino di una celere valutazione in ordine all'attribuzione della fascia di gestione o in ordine alla sussistenza della responsabilità ed alle iniziative da intraprendere per la trattazione del sinistro.

L'Ufficio Sinistri della Compagnia si impegna a garantire la propria presenza a riunioni periodiche del Comitato anche successivamente alla data di scadenza del contratto di riferimento, al fine di portare a compimento la gestione di quei sinistri che alla scadenza della Polizza non abbiano trovato una compiuta definizione.

Tale partecipazione avrà luogo finché non saranno definiti tutti i sinistri gestiti dalla Compagnia sulla presente Polizza.

Resta fermo che per tale ulteriore attività la Compagnia Assicuratrice non potrà impegnare il Contraente a pagamenti per somme eccedenti quelle approvate dalla Contraente stessa.

b) L'Ufficio Sinistri della Compagnia dovrà proporre al Contraente, mediante corrispondenza da intrattenersi nelle forme di cui all'art. 14, con almeno 30 giorni di anticipo rispetto alla data fissata per la successiva seduta del Comitato, l'elenco dei sinistri da inserire all'ordine del giorno, allegando contestualmente per tutti i casi proposti le relazioni medico legali e specialistiche dei propri fiduciari.

Rispetto a tali sinistri il Contraente avrà cura di acquisire in tempo utile un parere da parte di medici legali interni all'Azienda e/o membri del CO.GE.SI., al fine di poter realizzare un proficuo confronto in sede di Comitato tra le valutazioni medico legali prodotte dalla Compagnia e quelle prodotte dal Contraente stesso.

c) In sede di CO.GE.SI., verrà attivato un confronto basato sui suddetti pareri acquisiti dalla Compagnia e dal Contraente e verranno formulate le necessarie valutazioni medico-legali e legali-assicurative, assumendo espressa determinazione sulla sussistenza della responsabilità e, in caso di accertata fondatezza della richiesta, sulla messa a disposizione del valore della SIR.

d) Qualora in sede di CO.GE.SI. emerga una discordanza tra le valutazioni medico legali prodotte dalla Compagnia e quelle prodotte dal Contraente e non si riesca a pervenire ad una determinazione univoca in merito alla sussistenza della responsabilità e/o rispetto alla quantificazione del danno risarcibile, sarà rinviata ogni determinazione ad una successiva seduta del Comitato in composizione integrata dai medici legali fiduciari della Compagnia. Ciò al fine di aprire un confronto tra questi ultimi e i medici legali dell'Azienda Contraente per un'analisi collegiale degli elementi di divergenza e l'individuazione di una possibile soluzione condivisa del sinistro o, in mancanza, per addivenire congiuntamente alla nomina di un consulente tecnico terzo cui rimettere la valutazione del caso.

e) Una volta elaborata la proposta di definizione amichevole, la trattativa per la chiusura della vertenza sarà gestita dalla Compagnia Assicuratrice, tenendo conto di quanto emerso dalla valutazione in sede di CO.GE.SI.

f) La Compagnia è tenuta ad acquisire da parte del Contraente, il preventivo consenso prima di provvedere alla definizione di qualsiasi indennizzo.

g) Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, il Contraente dovrà inviare entro 45 giorni dal ricevimento della proposta transattiva da parte della Compagnia proprie considerazioni di merito, in assenza delle quali la Compagnia dovrà ritenersi delegata alla transazione nei termini prospettati.

h) Acquisito il benessere da parte del Contraente, la Compagnia provvederà alla definizione del sinistro e comunicherà al Contraente il pagamento da effettuare. Qualora il Contraente comunichi la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dalla Compagnia, quest'ultima resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta qualora il sinistro sia definito successivamente per un importo maggiore, mentre la differenza resterà a carico del Contraente.

i) La Compagnia comunicherà al Contraente i singoli pagamenti da effettuare di volta in volta, tenendo anche conto di eventuali altre assicurazioni che possano concorrere al risarcimento dei danni. Ogni pagamento dovrà essere effettuato dal Contraente quanto prima possibile, e comunque non oltre i 45 (quarantacinque) giorni successivi alla presentazione della quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente. Gli eventuali maggiori costi dovuti al mancato o tardivo pagamento dei sinistri, resteranno ad esclusivo carico del Contraente.

La Compagnia in fase di liquidazione dei sinistri, provvederà a liquidare l'importo eccedente il valore della SIR, mentre sarà erogato direttamente dal Contraente al terzo il valore della SIR.

l) Si precisa che la Compagnia, fermi restando i propri spazi (come descritti nel presente articolo) di autonomia nella gestione dei sinistri a proprio carico, è tenuta ad aggiornare il Contraente in occasione delle sedute del CO.GE.SI., su eventuali sviluppi significativi inerenti all'istruttoria ed alle trattative delle posizioni di propria competenza.

5. Per la gestione dei sinistri in mediazione e/o in contenzioso, ferme restando, in quanto compatibili, le modalità di trattazione all'interno del CO.GE.SI. di cui al punto n. 4 del presente articolo, dovrà procedersi come segue:

a) La Compagnia si avvarrà di legali e consulenti tecnici condivisi con il Contraente e l'Assicurato coinvolto nel sinistro, di reciproca fiducia. Dovrà trattarsi di professionisti che non abbiano a nessun titolo cause di incompatibilità per l'esercizio dell'attività di rappresentanza e difesa delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dell'Umbria nel pieno rispetto delle regole deontologiche.

Ogni Assicurato e la Compagnia individueranno ciascuno tre nominativi di legali benevisi ai quali verranno conferiti gli incarichi con le seguenti modalità:

- per mediazioni e contenziosi la cui richiesta di risarcimento non ecceda il valore del doppio della S.I.R. verrà incaricato dall'Ufficio Sinistri della Compagnia il Legale designato dall'Azienda assicurata;
- per mediazioni e contenziosi la cui richiesta sia maggiore del doppio della S.I.R., il legale verrà individuato e incaricato direttamente dall'Ufficio sinistri della Compagnia;

fermo restando in ogni caso che potranno essere nominati legali e/o consulenti tecnici anche in deroga a quanto sopra, purché vi sia accordo tra le parti.

In caso di mancato accordo sulla scelta del legale, si procederà comunque secondo quanto sin qui previsto, fermo restando che l'Azienda o l'Ufficio Sinistri della Compagnia potranno sempre affiancare al legale incaricato propri legali interni od esterni, mantenendo a proprio carico le relative spese eventualmente sostenute. L'individuazione e/o la modifica della terna di legali fiduciari delle parti viene effettuata con scambio di corrispondenza.

b) Quando le Aziende Assicurate vengono chiamate in mediazione obbligatoria per un sinistro preso in carico dalla Compagnia, considerando che i tempi intercorrenti tra il ricevimento dell'istanza e la data di fissazione del primo incontro sono solitamente talmente ristretti da rendere difficoltosa o addirittura impossibile l'istruttoria della pratica, l'Azienda stessa chiamata in mediazione si impegna a richiedere un rinvio della prima seduta, al fine di disporre dei tempi minimi necessari all'istruttoria. Il rinvio non sarà richiesto per i sinistri aperti tramite richiesta danni stragiudiziale per i quali l'istruttoria sia già completa o in fase di completamento al momento del ricevimento dell'istanza di mediazione.

Qualora la prima seduta, prorogata o meno, fosse compatibile in termini temporali con una data già fissata di un CO.GE.SI., il sinistro sarà valutato in tale sede, ivi compresa l'opportunità di proseguire nella procedura di mediazione o di chiudere la stessa con esito negativo.

In caso contrario l'Assicurato chiamato in mediazione richiederà all'Ufficio Sinistri della Compagnia il nominativo del legale da incaricare per la gestione della procedura di mediazione, all'interno della rosa dei fiduciari preventivamente condivisa tra l'Azienda e la Compagnia.

L'Ufficio sinistri della Compagnia dovrà fornire risposta in tempi compatibili con la data prevista per la mediazione e comunque almeno 10 giorni prima di tale data.

In mancanza, l'Azienda Assicurata è autorizzata a procedere autonomamente alla nomina del legale, scegliendolo all'interno della rosa dei fiduciari preventivamente condivisa con la Compagnia, fermo restando che se la richiesta fosse maggiore del doppio della S.I.R. la scelta potrà avvenire tra i tre legali benevisi preventivamente individuati dall'Ufficio Sinistri della Compagnia. Di tale nomina dovrà essere data tempestiva comunicazione all'Ufficio Sinistri della Compagnia, il quale, a sua volta, al massimo entro 2 giorni dal ricevimento di tale comunicazione, formalizzerà al Contraente e all'Assicurato la ratifica della nomina del Legale assumendo contestualmente la gestione della mediazione facendosi carico delle relative spese legali.

L'Ufficio Sinistri della Compagnia potrà formulare eccezioni rispetto alla nomina del Legale effettuata in autonomia dall'Assicurato soltanto in caso di mancato rispetto delle modalità procedurali sopra indicate.

c) Quando le Aziende Assicurate vengono chiamate in mediazione obbligatoria per un sinistro denunciato e non ancora preso in carico dalla Compagnia, oppure per un sinistro con potenziale economico superiore ad euro 700.000,00 - secondo i criteri enunciati al presente articolo, punto n. 1, lettere b) e c) - aperto direttamente mediante istanza di mediazione, si seguiranno, previa denuncia in quest'ultimo caso, le modalità procedurali di cui alla precedente lettera b) cui integralmente si fa rinvio, con la precisazione che la Compagnia dovrà fornire tempestivo riscontro sia in ordine alla presa in carico che in ordine alla nomina del legale.

Qualora l'Ufficio Sinistri della Compagnia non abbia fornito riscontro con anticipo di almeno 10 giorni rispetto alla data fissata per il primo incontro di mediazione e l'Assicurato abbia proceduto in autonomia alla nomina del Legale secondo le modalità suindicate alla lettera b), dandone idonea comunicazione alla Compagnia, si procederà come segue.

L'Ufficio Sinistri della Compagnia, una volta ricevuta la comunicazione della nomina del legale effettuata in autonomia dall'Assicurato, dovrà comunque comunicare al Contraente e all'Assicurato, al massimo entro 2 giorni, se intende assumere la gestione del sinistro e, in caso di presa in carico, ratificare formalmente la nomina del Legale effettuata dall'Assicurato e la contestuale assunzione della gestione della mediazione facendosi carico delle relative spese legali.

In caso di dubbio sulla quantificazione del danno la decisione sarà rinviata al primo CO.GE.SI. utile.

d) Nei casi previsti alle lettere b) e c), qualora e per il periodo in cui la partecipazione alla mediazione sia gestita autonomamente dall'Azienda Assicurata, non potranno essere stipulati accordi transattivi per importi superiori alla S.I.R.

Art. 35 - Massimali di garanzia

La garanzia di cui alla presente polizza viene prestata per un massimale per ogni singolo sinistro pari ad euro 6.000.000,00 e con un limite di indennizzo per più sinistri avvenuti nella medesima annualità assicurativa pari ad euro 50.000.000,00. Il massimale nonché gli eventuali limiti di indennizzo stipulati per specifiche garanzie, costituiscono la massima esposizione della Compagnia, rispettivamente per sinistro e per annualità assicurativa. Si precisa che il massimale per i sinistri in serie è pari ad euro 10.000.000,00 (vedasi definizione).

Art. 36 - COLPA GRAVE

Fermo restando che la presente garanzia viene finanziata con il contributo esclusivo del personale assicurato si precisa che tale estensione di garanzia verrà attivata su richiesta della singola Azienda Sanitaria assicurata, la quale provvederà a trattenere l'importo del premio assicurativo.

Ad integrazione di quanto previsto all'art. 23 "Responsabilità personale e professionale", la Compagnia, a fronte della corresponsione del premio aggiuntivo determinato in polizza ed in conformità al contratto di lavoro vigente, si obbliga a tenere indenni gli Assicurati, che abbiano aderito alla presente garanzia e corrisposto il relativo premio, da quanto gli stessi fossero tenuti a pagare quali responsabili ai sensi di legge esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili a loro colpa grave che abbiano causato a terzi danni corporali o materiali in conseguenza di:

- azione diretta del soggetto danneggiato,
- rivalsa esperita dalla Compagnia qualora la stessa ed entro i limiti in cui la stessa è consentita ai sensi della presente polizza,
- rivalsa esperita dalla Contraente nei casi previsti dalla legge ,
- ulteriori danni, inclusi nella rivalsa esperita dalla Contraente, di cui l'Assicurato sia ritenuto responsabile ai sensi di legge, a condizione che siano conseguenza diretta di sinistro indennizzabile ai sensi della presente polizza ed entro un limite massimo del 10% del danno indennizzato.

La Compagnia rinuncia pertanto al diritto di surrogazione spettante ai sensi dell'art. 1916 C.C. per il caso di colpa grave a fronte della corresponsione del premio aggiuntivo determinato in polizza in conformità al contratto collettivo di lavoro vigente nell'intesa che il Contraente provvederà direttamente al recupero degli importi dallo stesso anticipati.

Ai fini della presente garanzia si intendono assicurati i dirigenti sanitari, medici, medici veterinari e non medici (dirigenti amministrativi), i medici a rapporto convenzionale, i medici universitari, nonché il personale sanitario e non sanitario non dirigente ed, i medici in formazione specialistica che abbiano assunto attualmente o nel

passato o che assumeranno nel futuro i ruoli sopra indicati a condizione che abbiano aderito alla presente garanzia e pagato il relativo premio, senza soluzione di copertura, fino alla eventuale data di cessazione del rapporto di lavoro con l'Azienda Assicurata, ancorché il rapporto sia cessato anteriormente alla data di stipulazione della presente assicurazione, secondo le disposizioni dei CCNL vigenti.

L'assicurazione si intende operante durante l'esercizio dell'attività professionale presso le Aziende Assicurate, sia durante lo svolgimento di attività libero professionale in regime intramurario, nonché in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, o nell'ambito di prestazioni rese in forza di rapporti convenzionali stipulati tra le Aziende sanitarie regionali.

Le Parti danno e prendono atto che limitatamente alla presente garanzia per Colpa Grave non verrà applicata alcuna franchigia.

Per il resto, la presente garanzia viene prestata in relazione ai medesimi sinistri rientranti nei termini temporali di copertura ed entro i limiti ed in base alle norme contrattuali previste dalla Polizza base stipulata dall'Azienda Contraente.

Si precisa ulteriormente che la presente garanzia costituisce rischio comune con l'Assicurazione dell'Azienda di appartenenza e pertanto il sinistro si considera unico e validamente radicato presso la Compagnia all'atto della prima richiesta pervenuta ad un soggetto assicurato in relazione al medesimo evento.

Pluralità di assicurati

Il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento, resta per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati fra loro.

Pagamento del premio

Limitatamente agli assicurati che abbiano dichiarato alla propria Azienda di appartenenza l'adesione entro 120 gg. dalla data di decorrenza del presente contratto, la copertura decorrerà da tale data, mentre coloro che aderiranno successivamente, l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui è stata dichiarata l'adesione a fronte di un premio in ragione di 1/365 dei giorni residui alla prima scadenza annuale di polizza.

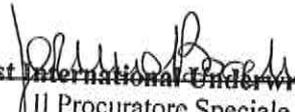
Si precisa che, in caso di pensionamento o di cessazione del rapporto di lavoro per dimissioni o trasferimento ad altra Azienda Sanitaria la garanzia resterà operante, anche successivamente alla cessazione entro i termini di validità temporale della polizza, ma non oltre la data di cessazione della stessa. Il premio relativo al periodo assicurativo in corso alla data di cessazione del rapporto di lavoro è dovuto per intero e resta acquisito dalla Compagnia.

La Compagnia emetterà alla fine di ciascun anno apposita appendice in cui verranno indicati i nominativi di coloro che hanno aderito alla garanzia nel corso del precedente anno.

Il relativo premio dovrà essere versato entro 30 giorni dalla data di ricevimento dell'appendice da parte del Contraente.

Si prende atto tra le parti che l'adesione da parte degli aderenti dovrà essere formalizzata alla propria Azienda di appartenenza mediante l'invio di un modulo di raccolta dati, debitamente compilato e sottoscritto, fornito dalla Compagnia, che ne potrà richiedere copia in qualsiasi momento.

LA COMPAGNIA


~~AmTrust International Underwriters DAC~~
Il Procuratore Speciale
Serena Bocchi

IL CONTRAENTE

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Luca





AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

Polizza n°

IITOMM16000016

Le denunce di sinistro dovranno essere inoltrate ad:

AmTrust International Underwriters DAC

Divisione Sinistri

Via Clerici, 14 - 20121 Milano

sinistri.rcentipubblici@amtrustgroup.com

Tel. 02/36596710 - Fax 02/36596719

DATA	Gli Assicuratori	Il Contraente
02/12/2016	AmTrust International Underwriters DAC Il Procuratore Speciale Serena Bocchi	IL DIRETTORE GENERALE <i>[Signature]</i>