

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

La presente polizza è stipulata tra

	A.O.U.C. Policlinico di Bari
	Piazza G. Cesare, 11
	70124 Bari BA
	P. IVA. 00484610720

e

Società Assicuratrice  AmTrust Europe <small>An AmTrust Financial Company</small>
AmTrust Europe Limited Sede Legale Market Square House St. James Street, Nottingham NG1 6FG Capitale Sociale €92.000.000,00 Rappresentanza Generale per l'Italia Via Paolo da Cannobio, 9 • 20122 Milano Tel. 0283438150 • Fax 0283438174 C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 • R.E.A. 1969043

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	30/09/2016
Alle ore 24.00 del :	30/09/2017



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 Europe Limited – 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 Europe Ltd, Market Square House, St. James's Street Nottingham NG1 6FG (UK) - P.I. GB764402928;
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 consorzi 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.

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 Europe Limited, con sede secondaria in Via Paolo da Cannobio 9, 20122 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 Europe Limited – 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: Amtrustmilano@pec.it.

Sommarrio

Sommarrio	3
DEFINIZIONI	5
CONDIZIONI DI GARANZIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE DERIVANTE DALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' ISTITUZIONALI	7
Art. 01 – Destinatari dell'Assicurazione	7
Art. 02 - Oggetto dell'Assicurazione.....	7
Art. 02.1 - Responsabilità civile verso terzi (RCT).....	7
Art. 02.2 - Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO)	8
Art. 02.2.1 – Malattie professionali	9
Art. 03 – Rischi esclusi dall'Assicurazione	9
Art. 04 – Persone non considerate “terzi”	10
Art. 05 – Massimali di garanzia	10
Art. 06 – Garanzie e Limiti e sottolimiti di indennizzo	10
Art. 07 – Estensioni di garanzia	11
Art. 08 – Durata del contratto.....	12
Art. 09 – Efficacia della garanzia	12
Art. 10 – Estensione territoriale al fine della validità delle garanzie	12
Art. 11 – Premessa - Franchigia aggregata a- Procedure per la gestione dei sinistri, b- Osservazione del bilancio tecnico, c- Gestione delle vertenze	12
Art. 12 – Costituzione e calcolo del premio	14
Art. 13 - Pagamento del premio – Termini di rispetto	14
Art. 14 – Facoltà di recesso per sinistro.....	14
Art. 15 – Gestione del contratto	15
Art. 16 – Riferimento alle norme di legge – Foro Competente.....	15
Art. 17 – Franchigia aggregata	15
Art. 18 – Responsabilità civile personale	15
Art. 19 – Coassicurazione e delega (CLAUSOLA NON OPERANTE).....	17
Art. 20 – Imposte.....	17
Art. 21 – Altre assicurazioni	17
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI RCT/O	19
1 – Premessa.....	19
2 – Denuncia del Sinistro.....	19
3 - Adempimenti della Società Assicuratrice	19
4 – Documentazione	19

5 - Richiesta di documentazione dell'Assicuratore (e/o del Loss adjuster) al danneggiato	19
6 – Comitato di Valutazione dei sinistro (CVS).....	19
7 – Modalità di gestione delle richieste di risarcimento e delle vertenze	20
8 – Liquidazione, pagamento e rimborso.....	21

DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato, pertanto, nel testo che segue devono intendersi per:

ASSICURATI:

Le persone fisiche o giuridiche nell'interesse della quale è prestata garanzia;

ASSICURAZIONE:

Il contratto di assicurazione;

BROKER:

Il Broker affidatario del servizio di cui si avvale l'Azienda Contraente: l'Assidea & Delta Srl;

COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

Il gruppo di lavoro istituito dall'Azienda Contraente che ha l'incarico di istruire, analizzare e valutare le richieste di risarcimento;

CONTRAENTE:

L'Azienda che stipula il presente contratto assicurativo, nell'interesse proprio e/o di altri;

CAPITOLATO SPECIALE:

Le norme che disciplinano il rapporto contrattuale;

FRANCHIGIA:

L'importo pattuito che l'assicurato tiene a proprio carico;

FRANCHIGIA AGGREGATA:

L'ammontare fino a concorrenza del quale il Contraente assume a suo carico il pagamento di tutte le somme liquidate, nei termini previsti dal presente contratto, per il risarcimento dei danni relativi a sinistri rientranti in ciascun periodo, escluse le spese legali, peritali e quanto è sostenuto per resistere all'azione giudiziaria. Allorquando il totale dei risarcimenti pagati avrà esaurito la franchigia aggregata, la Società risponderà di tutte le ulteriori somme liquidate;

GARANZIA:

La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo;

POLIZZA DI ASSICURAZIONE:

Il documento che prova l'assicurazione stipulata dal Contraente con la Società;

PREMIO:

La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società per la prestazione di garanzia;

PERIODO ASSICURATIVO:

Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza per il quale viene pagato il premio dal Contraente in forma anticipata;

PRESTATORI DI LAVORO:

Il personale che presta servizio presso l'Azienda Ospedaliera Contraente in una delle forme consentite dalla legislazione;

RETRIBUZIONI LORDE:

Premesso che la presente polizza non è soggetta a regolamento premio, le retribuzioni lorde sono quelle desumibili dal bilancio d'esercizio approvato dall'Azienda che stipula la polizza in favore del personale dipendente con esclusione delle ritenute previdenziali e, ove non fossero già comprese, anche quelle lorde erogate in favore del personale in rapporto convenzionato e/o di servizio e/o collaborazione con l'Azienda ivi compresi pure gli emolumenti percepiti dal personale abilitato all'attività intramuraria (intra moenia);

RISARCIMENTO:

La somma che la Società eroga agli aventi diritto in caso di sinistro;

RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

Qualsiasi citazione in un giudizio civile, notificata agli Assicurati, o la citazione in giudizio nel procedimento penale o qualsiasi comunicazione scritta che faccia riferimento ad una richiesta danni inviata agli Assicurati, così come la convocazione alla procedura di Mediazione ex D.Lgs. 28/10 e s.m.i.;

RISCHIO:

La possibilità che si verifichi l'evento dannoso;

SCOPERTO:

La percentuale del danno convenuta a carico del contraente e/o Assicurato;

SINISTRO:

La richiesta di risarcimento riferita ai danni per i quali è prestata l'assicurazione, nel momento in cui il Contraente ne venga per la prima volta a conoscenza. Si precisa che più richieste di risarcimento provenienti da più soggetti terzi e riconducibili allo stesso atto errore o omissione o a più atti, errori o omissioni aventi una causa comune, verranno considerati come unico sinistro;

SINISTRO IN SERIE:

Tutti i sinistri provenienti da più soggetti e riconducibili a uno stesso evento o a uno stesso atto illecito e/o errore e/o omissione, oppure a più atti, errori od omissioni che abbiano una causa comune;

SOCIETÀ':

L'impresa o il gruppo di imprese che prestano l'assicurazione.

CONDIZIONI DI GARANZIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE DERIVANTE DALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' ISTITUZIONALI

Art. 01 – Destinatari dell'Assicurazione

Destinatari dell'assicurazione prestata con il presente contratto, di seguito denominati Assicurati sono l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari e tutti coloro i quali vantano e/o vantavano un rapporto di immedesimazione organica con l'Azienda compresi i soggetti previsti al successivo art. 2.1 b) ed art.18), con la precisazione che per tali soggetti l'Azienda non è considerata terza.

Art. 02 - Oggetto dell'Assicurazione

Art. 02.1 - Responsabilità civile verso terzi (RCT)

La Società aggiudicataria, di seguito denominata Società, si obbliga, alle condizioni e nei limiti dei massimali previsti dalla presente polizza, a tenere indenni i soggetti assicurati di cui al precedente art. 1 di quanto questi debbano pagare a terzi, per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose/animali, per la responsabilità civile conseguente a richieste di risarcimento inerenti fatti, atti e/o omissioni verificatisi nel periodo di efficacia della garanzia sancito al successivo art. 9, derivanti:

a) all'Azienda, per effetto:

a.1) dell'esercizio di attività e competenze istituzionalmente previste o consentite o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e quindi per effetto anche:

a.1.1) della proprietà e/o conduzione a qualunque titolo di beni mobili, immobili e loro pertinenze anche ai sensi dell'art. 840 del c.c.;

a.1.2) della sottrazione, distruzione e deterioramento delle cose e valori di proprietà degli utenti dei servizi erogati dall'Azienda, ai sensi degli artt. 1783, 1784 e 1785 bis del codice civile;

a.1.3) della somministrazione e/o smercio di cibi e bevande, ivi compresi, per i generi di propria produzione, i danni dovuti a vizio originario del prodotto;

a.1.4) dell'uso e/o detenzione di fonti radioattive, unicamente per scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici;

a.2) degli obblighi di cui all'art. 2049 del codice civile; anche per i danni arrecati, anche alle persone trasportate, da veicoli a motore non di proprietà o in uso alla stessa Azienda, utilizzati dai dipendenti o da altri soggetti (a ciò autorizzati), unicamente durante lo svolgimento di missioni o incarichi di servizio;

b) alle persone in rapporto di impiego e/o servizio con l'Azienda, compresi i soggetti di cui all'art.18 lett. a) e b), oltre che quelli cui siano attribuiti gli incarichi e le mansioni di cui al D. Lgs. 81/2008 e s.m.i., al DPR 554/99 e s.m.i. ed al D.Lgs. 163/2006 e s.m.i., ed in ogni caso nei limiti ed alle condizioni di cui al predetto art. 18, per i danni da queste involontariamente cagionati a terzi nello svolgimento delle attività prestate anche in nome e per conto dell'Azienda.

L'assicurazione si intende estesa, a titolo indicativo e non limitativo:

- alla attività intramuraria (intra moenia), ovunque svolta, purché debitamente autorizzata da parte dell'Azienda contraente, nonché alle prestazioni professionali occasionali eseguite per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita;
- all'attività professionale, formativa e di Specializzazione, svolta dal personale dipendente anche in "regime di Comando", per conto dell'Azienda, presso altre strutture incluse altre Aziende Ospedaliere/Asl;
- alla responsabilità civile professionale del personale non alle dipendenze della Contraente, quando questi svolge la propria attività a qualsiasi titolo presso la Contraente per conto della stessa, ivi compresa a titolo esemplificativo e non limitativo l'attività di frequenza volontaria delle strutture aziendali;

- all'attività svolta da dipendenti e collaboratori dell'Azienda che, in regime di aspettativa, proseguano la propria attività, allorché rientrano nella disciplina prevista dall'art. 1, c. 130, della legge 23.12.1996 n. 662;
- ai danni per morte e lesioni personali conseguenti ad interventi estetici e/o fisionomici purché determinati da errore tecnico nell'intervento, con esclusione della garanzia delle pretese della mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- ai rischi derivanti dall'esercizio di farmacie interne con vendita al pubblico. L'efficacia dell'assicurazione è subordinata al possesso da parte del titolare e delle persone addette alla farmacia dei requisiti richiesti dalla vigente normativa per l'esercizio dell'attività svolta. Per prodotti galenici di produzione propria somministrati o venduti nello stesso esercizio, l'assicurazione vale anche per i danni dovuti a difetto del prodotto;
- ai rischi derivanti dalla proprietà ed esercizio di piazzole eliporto, ad uso esclusivo sanitario;
- alla responsabilità civile derivante all'assicurato per danni cagionati a terzi conseguenti alla distribuzione o all'utilizzazione del sangue o dei suoi derivati di pronto impiego (compresi i danni da immunodeficienza acquisita e patologie correlate, da qualunque causa determinati) e da manipolazione di prodotti od organi umani e loro derivati quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, plasma, plasmaproteine, immunoglobine, cellule e tessuti; è pertanto inclusa la responsabilità civile dall'esercizio di centri di raccolta sangue o suoi derivati, banca dell'osso, banca del cordone ombelicale e biobanca. Le garanzie sono operanti a condizione che l'assicurato abbia ottemperato a tutti gli obblighi previsti in merito al controllo preventivo del sangue da leggi e/o circolari ministeriali specifiche sulla materia ed in vigore al momento del fatto;
- alla responsabilità civile derivante all'assicurato per tutte le attività congressuali, simposi e convegni organizzati dallo stesso e da soggetti legalmente riconosciuti ed autorizzati, quali ad esempio Società, Istituti, Associazioni, soggetti deputati all'istruzione, divulgazione, all'aggiornamento e a tutto ciò che concerne le professioni attinenti le attività svolte dagli Assicurati. Sono comprese tutte le attività che si dovessero svolgere prima, durante e dopo tali eventi, purché non in contrasto con l'oggetto dell'assicurazione;
- alla Responsabilità Civile derivante all'Azienda ed agli assicurati per i danni a cose dei dipendenti e figure assimilate in occasione di servizio, e per danni a cose di terzi detenute o possedute dagli Assicurati; ferma l'esclusione dei danni da furto e dei danni alle apparecchiature concesse in affitto/leasing all'Azienda;
- alla Responsabilità Civile derivante all'Azienda ed agli assicurati per danni alle cose e/o opere in costruzione ed a quelle si eseguono i lavori. La copertura si intende prestata intendendo esclusi i danni necessari per l'esecuzione dei lavori e quelli alle parti direttamente oggetto di lavorazione;
- alla Responsabilità Civile derivante all'Azienda ed agli assicurati per danni a cose di terzi rimorchiate, trasportate, sollevate, caricate/scaricate e movimentate intendendo esclusi i danni da mancato uso delle cose danneggiate;
- alla Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i danni causati a terzi dalle imprese, loro dipendenti e/o persone a cui l'Azienda può appaltare e subappaltare lavori di manutenzione dei locali, lavori e/o prestazioni in genere e/o lavori e/o prestazioni attinenti l'attività svolta dall'Assicurato; si conviene gli stessi sono inoltre considerati terzi tra loro e che la Società eserciterà il diritto di rivalsa nei confronti dell'appaltatore, solo se autorizzata dall'Assicurato.

Art. 02.2 - Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO)

La Società si impegna a tenere indenni gli Assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare, quali civilmente responsabili sia direttamente che ai sensi dell'art. 2049 del codice civile, per infortuni sul lavoro sofferti dai propri dipendenti e siano conseguenza di fatti colposi, in riferimento:

- 1.1) ad eventuali azioni di regresso esperite dall'INAIL ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 nonché per gli effetti del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38 e/o dall'INPS ai sensi della legge 12 giugno 1984 n. 222;
- 1.2) all'erogazione di somme che l'Azienda sia condannata a pagare in sede di giudizio all'infortunato o agli aventi diritto, in quanto non tutelato dall'assicurazione di legge;
- 1.3) all'erogazione all'infortunato o agli aventi diritto di somme che l'Azienda sia condannata a pagare in sede di giudizio a titolo di risarcimento di danni per importi eccedenti quanto disciplinato dal DPR 30

giugno 1965 n. 1124 e s.m.i. e/o dal D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, o non rientranti nella disciplina di cui ai medesimi decreti.

Si intendono equiparati ai dipendenti e quindi compresi in garanzia anche:

- a) tutte le persone fisiche di cui l'Assicurato si avvalga, nell'esercizio delle proprie attività, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, comprese le persone temporaneamente distaccate presso altre aziende (anche per attività diverse da quelle indicate in polizza), nonché le persone il cui obbligo di corrispondere il premio assicurativo all'INAIL non ricada, ai sensi di legge, sull'Assicurato;
- b) i medici a rapporto convenzionale, compreso il personale di A.S.L./A.O. convenzionate con l'Azienda contraente;
- c) i medici, compresi quelli della continuità assistenziale, ed i soggetti operanti presso altri enti/strutture sulla base di specifiche convenzioni;
- d) i soggetti che esercitino attività intra-moenia;
- e) gli specializzandi, i borsisti, i tirocinanti, gli allievi iscritti alle Scuole per Professioni Sanitarie, OTA ed altri corsi attinenti la materia, i volontari frequentatori, il tutto quando operano sotto la diretta responsabilità dell'Azienda assicurata;
- f) i dipendenti, i collaboratori, i tirocinanti e tutti coloro i quali prestano servizio presso la Società in House "Sanitaservice Policlinico Bari Srl".

Art. 02.2.1 – Malattie professionali

L'assicurazione della responsabilità civile verso i prestatori di lavoro (RCO) è estesa al rischio delle malattie professionali. L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino per la prima volta nel periodo di durata del contratto e siano denunciate entro 12 (dodici) mesi dalla data di cessazione della polizza o dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Per malattie professionali si intendono sia quelle contemplate dal DPR nr. 1124/1965 e s.m.i. ed interpretazioni, sia le malattie riconosciute come professionali (o dovute a causa di servizio) dalla magistratura.

La presente estensione non si applica per le malattie provocate da ritenuti soprusi o comportamenti vessatori in genere quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: discriminazioni, demansionamenti, molestie di varia natura (ivi incluse quelle a sfondo sessuale) posti in essere da colleghi e/o superiori al fine di emarginare e/o allontanare singole persone o gruppi di esse dall'ambiente di lavoro (c.d. "mobbing", "bossing").

Art. 03 – Rischi esclusi dall'Assicurazione

La Società non risarcisce i danni:

Relativamente alla responsabilità civile verso terzi:

- a) ascrivibili ai rischi di Responsabilità Civile per i quali, in conformità alla D.Lgs. n. 209/2005, ed eventuali successive variazioni ed integrazioni, l'Assicurato sia tenuto all'assicurazione obbligatoria, nonché proprietà, conduzione ed impiego di natanti ed aeromobili;
- b) salvo quanto previsto all'art. 6, comma 3, derivanti o causati da inquinamento graduale dell'acqua, dell'aria e del suolo o ad interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o corsi d'acqua, alterazione od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- c) da furto, ad eccezione dei casi in cui l'assicurato sia responsabile ai sensi degli artt. 1783, 1784 e 1785 del codice civile;

Relativamente alla responsabilità civile verso terzi e responsabilità civile verso prestatori di lavoro:

- d) derivanti da presenza, uso, contaminazione, manipolazione, lavorazione e/o stoccaggio di amianto e/o prodotti contenenti amianto;
- e) derivanti da silicosi limitatamente alla copertura di responsabilità civile verso prestatori di lavoro;

- f) derivanti o causati da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o a radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, qualora ciò non sia riferibile agli scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici di cui al precedente art. 2.
- g) conseguenti ad atti di terrorismo, atti di sabotaggio ed atti di guerra in genere;
- h) da detenzione od impiego di esplosivi.

Art. 04 – Persone non considerate "terzi"

Non sono considerate "terzi" ai fini della garanzia "Responsabilità civile verso terzi - RCT" unicamente:

a) il legale rappresentante;

b) i prestatori di lavoro allorquando sia operante la garanzia RCO di cui ad art. 2.2;

Le persone di cui alle precedenti lettere a) e b) sono comunque considerate terze, quando subiscano il danno in conseguenza del loro ricorso a prestazioni e/o servizi erogati dall'Azienda.

Art. 05 – Massimali di garanzia

I massimali di garanzia opereranno come segue:

1. Massimale per sinistro: Euro 10.000.000,00

con il sottolimito del massimale per sinistro (1.) operante per ciascuna persona danneggiata relativamente alla garanzia "Responsabilità civile verso prestatori d'opera – RCO" di cui all'art. 2.2.: Euro 2.500.000,00

2. Massimale per sinistro in serie: Euro 10.000.000,00

L'aggregato Annuo, inteso quale cumulo delle somme che l'assicuratore risarcirà per tutti i sinistri denunciati nel medesimo periodo assicurativo annuo: Euro 50.000.000,00 .

Art. 06 – Garanzie e Limiti e sottolimiti di indennizzo

Ferma restando la massima esposizione della Società entro i limiti stabiliti all'art. 5 e salvi gli ulteriori e diversi casi previsti dalla legge, esclusivamente in riferimento alle garanzie sotto elencate, i risarcimenti dovuti dalla Società si intendono liquidati entro i seguenti limiti:

- 1) danni derivanti da interruzione o sospensione di attività di terzi (totali o parziali) conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza. La copertura si intende prestata, per sinistro e per ciascun periodo assicurativo annuo, sino alla concorrenza di € 1.000.000,00;
- 2) danni derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute. La copertura si intende prestata, per sinistro e ciascun periodo assicurativo annuo, sino alla concorrenza di € 1.000.000,00;
- 3) danni da inquinamento accidentale. La copertura si intende prestata, sino alla concorrenza di € 1.000.000,00 per sinistro e per ciascun periodo assicurativo annuo;
- 4) danni ad impianti e condutture sotterranei. La copertura si intende prestata, sino alla concorrenza di € 1.000.000,00 per sinistro e per ciascun periodo assicurativo annuo;
- 5) danni a fabbricati ed a cose in genere dovuti a cedimento o franamento del terreno, da assestamento o vibrazioni del terreno da qualsiasi causa determinati. La copertura si intende prestata, sino alla concorrenza di € 1.000.000,00 per sinistro e per ciascun periodo assicurativo annuo. Dalla garanzia si intendono esclusi i lavori che implicino sottomurature o altre attività tecniche sostitutive;
- 6) danni relativi alla distribuzione ed utilizzazione di sangue/HIV/prodotti od organi di origine umana. La copertura si intende prestata, sino alla concorrenza di € 2.000.000,00 per sinistro/periodo assicurativo annuo. Questo sottolimito di garanzia si intende operante sia con riferimento alla garanzia RCT che RCO (comprese le malattie professionali);
- 7) danni cagionati a terzi da implantologia di prodotti/impianti che prevedono l'utilizzo di silicone in forma liquida o gelatinosa. La copertura si intende prestata, sino alla concorrenza per sinistro e ciascun periodo assicurativo annuo di € 2.000.000,00;
- 8) per danni cagionati a terzi in relazione alla inosservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 196/2003 e smi, ivi compresi quelli non determinanti lesioni fisicamente constatabili purché conseguenti a fatti involontari, non derivanti da comportamento illecito continuativo. Si intendono esclusi dalla garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali; La copertura si intende

prestata, sino alla concorrenza di € 1.000.000,00 per sinistro e per ciascun periodo assicurativo annuo;

- 9) danni derivanti dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi; con il massimo risarcimento di € 1.500.000,00 per anno e per sinistro;
- 10) danni derivanti dalle operazioni di smaltimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi svolte da Società terze, sempreché siano regolarmente autorizzate e abilitate ai sensi della normativa vigente in materia; con il massimo risarcimento di € 1.500.000,00 per anno e per sinistro.

Art. 07 – Estensioni di garanzia

L'assicurazione si intende estesa:

1. Comitato Etico

Alla responsabilità Civile personale dei soggetti componenti il Comitato Etico interprovinciale allocato presso l'Azienda, per le eventuali conseguenze derivanti dalle funzioni istituzionali svolte per conto del Comitato Etico secondo le norme vigenti.

2. Rc sperimentazione

Alla responsabilità civile derivante all'Assicurato in qualità di esercente, autorizzato ai sensi di legge, a svolgere attività di sperimentazione clinica in ogni fase e grado con protocolli interni e/o sponsorizzati da terzi.

La copertura assicurativa opera per la diretta ed esclusiva responsabilità dell'Azienda e del personale di cui ai sensi di legge debba rispondere, e non comprende la responsabilità che ricada sul produttore di farmaci e/o presidi sanitari oggetto della sperimentazione e sullo sponsor, né la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione né il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione.

Questa garanzia opera a condizione che sia stato correttamente rilasciato il consenso informato da parte del soggetto sottoposto al trattamento; non sono compresi i danni imputabili ad inidoneità o insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello sponsor.

La copertura assicurativa non è operante per le "Sperimentazioni cliniche dei medicinali finalizzate al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria e non ai fini industriali" rientranti nella disciplina entrata in vigore con D.M. 14 luglio 2009 – Sperimentazioni non profit – e per le quali l'Azienda provvede mediante altra copertura assicurativa. Questa inoperatività non riguarda le analoghe sperimentazioni già avviate antecedentemente alla entrata in vigore di tale disciplina.

Tale garanzia viene prestata nell'ambito dei massimali di polizza con un sottolimito di € 2.000.000,00 per sinistro/anno assicurativo.

3. Fecondazione assistita

La garanzia è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato in relazione all'attività di fecondazione assistita, svolta nel rispetto della vigente legislazione italiana in materia.

Rimane escluso dalla presente garanzia ogni e qualsiasi danno che non sia conseguenza diretta di morte o lesioni personali del paziente, nonché le pretese relative alla mancata rispondenza dell'intervento al risultato desiderato dal paziente.

Tale garanzia viene prestata nell'ambito dei massimali di polizza con un sottolimito di € 1.000.000,00 per sinistro/anno assicurativo.

4. Società in house

A parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, la Società si obbliga a tenere indenne la "Sanitaservice Policlinico Bari Srl", Società in House, i suoi dipendenti, collaboratori, tirocinanti e qualsiasi altro prestatore d'opera per i danni arrecati a terzi nello svolgimento delle attività affidate alla società in house dall'Azienda. Tale garanzia viene prestata nell'ambito dei massimali di polizza con un sottolimito di € 2.000.000,00 per sinistro/anno assicurativo.

Art. 08 – Durata del contratto

Il presente contratto ha durata di anni 1 (uno) dalle ore 24:00 del 30.09.2016 alle ore 24:00 del 30.09.2017, e cesserà automaticamente alla scadenza di detto periodo senza necessità di disdetta. Il contratto si risolverà di diritto, previa comunicazione della Contraente con 30 giorni di preavviso mediante raccomandata a.r., qualora sopraggiungesse l'aggiudicazione e conseguentemente l'affidamento del servizio assicurativo analogo a seguito dell'espletamento di gara unica regionale e/o su area vasta ovvero per sopravvenuta disposizione regionale anche nell'ipotesi di autofinanziamento del rischio. L'assicuratore in tal caso provvederà a restituire alla Contraente la quota parte di premio, al netto delle imposte, inerente il periodo residuo di assicurazione pagato e non goduto.

L'Azienda si riserva la facoltà, nei limiti di cui all'art. 57, comma 5, lett. b), del Codice, di affidare alla Società, che non avrà facoltà di sottrarsi, il servizio posto alla base del presente affidamento nel rispetto dell'art. 57, comma 5, lett. b), per ulteriori dodici mesi, suddivisi in mesi sei più eventuali ulteriori mesi sei occorrenti per l'espletamento della procedura di gara per la stipula della nuova polizza.

Art. 09 – Efficacia della garanzia

Preso atto che la presente polizza assicura la responsabilità civile dell'Azienda Contraente e di tutti coloro che risultano, così come previsto dall'Art. 1, destinatari dell'assicurazione, la presente polizza opera per le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti degli Assicurati durante il periodo di efficacia dell'assicurazione purché tali richieste siano conseguenza di eventi dannosi accaduti in data successiva al 31 luglio 1998.

Ciò premesso, la copertura non comprende le richieste di risarcimento note al Contraente alla data di effetto del contratto.

Art. 10 – Estensione territoriale al fine della validità delle garanzie

- a) La garanzia "RCT" vale per danni che avvengono in tutto il mondo per i quali siano presentate richieste di risarcimento in tutto il mondo, con l'esclusione di U.S.A. e Canada.
- b) La garanzia "RCO" vale per i sinistri che avvengono nel mondo intero per i quali sia presentata una richiesta di risarcimento in Italia.

Art. 11 – Premessa - Franchigia aggregata a- Procedure per la gestione dei sinistri, b- Osservazione del bilancio tecnico, c- Gestione delle vertenze

Premessa

La presente polizza prevede l'applicazione di una franchigia aggregata annuale di Euro 4.000.000,00 così come normata nelle definizioni e le cui peculiarità sono state illustrate al successivo art. 17. Le attività di accertamento, gestione e liquidazione di tutti i sinistri rientranti in polizza sono disciplinate dalle specifiche disposizioni che seguono oltre che dalla Procedura per la Gestione dei Sinistri in calce al presente schema di polizza, parte integrante dello stesso e, pertanto, accettata dalle parti.

a-1) Adempimenti a carico della Società

1. La Società dovrà disporre di una struttura, anche esterna, preposta all'accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri, specializzata nel settore, che fornisca prova di possedere capacità tecniche e organizzative tali da garantire un efficiente e comprovato svolgimento del servizio ed in grado di rispettare le procedure oggetto contenute nel presente capitolato; detta struttura si avvarrà di professionisti (legali, medici legali, consulenti ed eventuali studi peritali specializzati nelle aree interessate) individuati di comune accordo tra Società ed Azienda; verranno pertanto istituiti elenchi condivisi per ciascuna professionalità nei quali, all'interno di ognuno, verranno individuati dalla Società e dalla Contraente, tre professionisti per parte in possesso di requisiti di professionalità ed esperienza comprovata in sinistri da Medical Malpractice; L'assicuratore, all'insorgere del caso, provvederà ad assegnare l'incarico professionale secondo rotazione e fascia di gravità del sinistro,

garantendo quindi una perfetta alternanza ed equilibrio in tutte le fasce, tra i professionisti individuati dalle parti;

2. La struttura preposta di cui al punto precedente dovrà essere competente nell'individuare ed accertare responsabilità e cause degli eventi dannosi, esprimere giudizi tecnici, effettuare le stime, provvedere alla gestione dei danni previa acquisizione di quietanza liberatoria dai soggetti danneggiati e designare ove occorre legali ai sensi dell'art. 11-b;

a-2) La Società dovrà redigere ed inviare all'Azienda, con cadenza trimestrale, la statistica dei sinistri verificatisi e ad essa denunciati in tale periodo e di quelli verificatisi antecedentemente e non ancora definiti, nella quale dovranno comunque essere contenute le seguenti informazioni:

- Nr. del sinistro
- Data e luogo dell'accadimento
- Data della richiesta di risarcimento
- Data dell'apertura del sinistro
- Cognome, nome o ragione sociale del danneggiato
- Ammontare del danno richiesto
- Importo liquidato e/o riservato e/o stimato
- Contenzioso (si/no)
- Rivalsa / Franchigia
- Stato della pratica

L'inosservanza degli impegni suindicati, alle scadenze convenute, costituirà inadempienza contrattuale.

a-3) Adempimenti a carico dell'Azienda

1. I sinistri devono essere denunciati alla Società per iscritto entro il termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione scritta relativa a richieste di risarcimento presso l'ufficio del Protocollo generale, per il tramite del broker di cui al successivo art. 15;
2. La denuncia di cui al punto precedente conterrà la data ed il luogo in cui si è verificato l'evento cui il reclamo scritto si riferisce, una sua descrizione circostanziata oltre a riferimenti testimoniali e, in genere, indicazioni che ne consentano una ricostruzione più ampia possibile.
3. Al fine di conseguire una gestione dei sinistri efficace, tempestiva ed omogenea su tutto il territorio di competenza, l'Azienda renderà operativa la "Procedura per la Gestione dei sinistri", allegata al presente capitolato;
4. L'Azienda, allo scopo di porre le strutture interessate in condizione di conoscere le disposizioni che disciplinano il procedimento di accertamento, gestione e di liquidazione dei danni, provvederà a fornire alle stesse ampia informativa sia del regolamento, sia di ogni altra notizia e adempimento a ciò finalizzato.

Le attività di accertamento e gestione dei sinistri, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, di cui al presente articolo, sono regolamentate tra le parti mediante la Procedura di gestione dei sinistri allegata al presente capitolato, nell'ambito del Comitato di valutazione Sinistri dell'Azienda.

b) Adempimenti in caso di vertenze legali

Il Contraente - In caso di notifica di un atto di citazione, invierà gli atti alla Società, che valuterà l'opportunità di evitare e/o coltivare il contenzioso. All'incardinarsi del contenzioso, la Società, provvederà al rilascio del mandato alla lite in favore del legale designato dalla stessa tra quelli precedentemente concordati tra Società e Contraente (art.11. lett. a-1) 1.

E' fatta salva, tuttavia, la facoltà di costituirsi in proprio nella vertenza a proprie spese, riservandosi la successiva chiamata in garanzia della Società.

La Società – La Società assume a nome dell'Assicurato la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale od amministrativa, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti allo stesso, designando ove occorra legali e/o tecnici, e/o medici secondo le modalità previste all'art.11. lett. a-1)

1. nonché della Procedura di gestione sinistri, fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del danneggiato.

All'incardinarsi del giudizio, provvede alla costituzione per conto dell'Azienda convenuta a mezzo dei predetti legali. Nel prosieguo processuale, per mezzo dei legali costituiti, intrattiene periodicamente il Broker e la contraente sugli sviluppi della vertenza, fornendo copia della documentazione processuale più rilevante (comparsa di costituzione, verbali di causa, CTU, memorie etc.) e valutando con essi ogni più utile iniziativa di definizione anticipata sopravveniente in corso di causa.

Con riferimento alle disposizioni del D.Lgs. 28/2010 e s.m.i. e più in particolare di quanto previsto all'art. 8, comma 5 ed all'art. 13, le parti si impegnano vicendevolmente a partecipare al procedimento di mediazione, adoperandosi, affinché, in ragione di validi e concreti presupposti, possa giungersi all'accordo di conciliazione.

Sono a carico della Società tutte le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'assicurato, entro il limite stabilito dall'art. 1917 Cod. Civ.

La Società non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

Il Broker - Assiste la Contraente e la Società in ogni fase della gestione della vertenza.

Art. 12 – Costituzione e calcolo del premio

Atteso che le retribuzioni annue consuntive dell'annualità 2015 ammontano a circa euro 170.000.000,00, il premio annuo di polizza, per tutta la sua durata, ed il suo pagamento, nei termini previsti al successivo art. 13, sono fissi e non sono soggetti a regolazione del premio.

E' escluso dalla costituzione del premio e, quindi, non influirà nella fase di aggiudicazione della presente polizza, il premio che ciascun soggetto rientrante nelle categorie di cui all'art. 18 lett. b)1, b)2 e b)3, verserà a titolo di sottoscrizione ed acquisto dell'estensione della garanzia di rinuncia alla rivalsa per colpa grave salvo il caso di dolo di cui al successivo art. 18 d. 7).

Art. 13 - Pagamento del premio – Termini di rispetto

E' previsto il pagamento delle annualità successive in rate anticipate annuali. L'Azienda pagherà alla Direzione della Società, per il tramite del Broker di cui al successivo art.15:

- entro 90 (novanta) giorni dall'efficacia del presente contratto, il premio della prima annualità;
- entro 90 (novanta) giorni dalla scadenza, le eventuali proroghe successive alla scadenza.

Trascorsi infruttuosamente i termini sopra indicati ai punti a) e b), l'assicurazione resta sospesa e riprende la sua efficacia dalle ore 24,00 del giorno di emissione del mandato di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Il pagamento del premio, effettuato nei confronti del Broker, ex art. 118 del D.Lgs. 209/05 ha effetto liberatorio per il Contraente/Assicurato.

I flussi finanziari inerenti il presente contratto (premi e franchigie), effettuati dall'Azienda al Broker e per esso alla Società, oltreché l'impiego delle somme stesse, verrà effettuato in conformità con quanto stabilito con la Legge n.136 del 13.08.2010 sulla tracciabilità dei flussi finanziari. Il mancato rispetto delle norme previste dalla predetta Legge, costituisce causa di risoluzione del contratto ex art.3 comma 9 bis.

Art. 14 – Facoltà di recesso per sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le parti potranno recedere dal contratto previa comunicazione inviata dall'una all'altra parte mediante lettera raccomandata A.R.

In tale caso, la garanzia prestata avrà valore per ulteriori 120 (centoventi) giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso e, dopo tale periodo, la Società rimborserà all'Azienda il rateo di premio non consumato escluse le imposte. La presente precisazione trova applicazione anche per le disposizioni dell'art. 18 del presente contratto.

Art. 15 – Gestione del contratto

L'Azienda Contraente dichiara di aver conferito incarico di brokeraggio alla Società Assidea & Delta srl, email: info.bari@assideadelta.it n.ro isc. RUI B000101964. Al Broker spetterà un compenso del 5% dei premi imponibili, da parte della/e Impresa/e aggiudicataria/e per la predisposizione dello schema di polizza e l'assistenza e consulenza nella gestione e nell'esecuzione amministrativa e tecnica del contratto assicurativo. Ad ogni effetto di legge, le parti riconoscono al Broker all'uopo designato, iscritto alla sezione B del Registro degli Intermediari assicurativi, il ruolo di cui al D.lgs. 209/2005 relativamente alla collaborazione e l'assistenza della presente polizza, sino alla scadenza del presente contratto salvo subentro di un nuovo broker individuato con altra procedura di gara.

L'Azienda Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutte le comunicazioni, i rapporti amministrativi ed il versamento dei premi inerenti l'esecuzione del contratto devono trasmettersi dall'una all'altra parte per tramite del suddetto Broker.

Art. 16 – Riferimento alle norme di legge – Foro Competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dal codice civile. Per le controversie riguardanti l'applicazione del presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede l'Azienda.

Art. 17 – Franchigia aggregata

Il presente contratto ha una franchigia aggregata (vedasi definizione) di Euro 4.000.000,00, per ogni periodo annuo assicurativo.

La franchigia aggregata annua deve intendersi quale massimo importo di deduzione che, in caso di uno o più sinistri, nell'arco dell'intero periodo annuale assicurativo, resterà a carico dell'Azienda.

In caso di sinistro, indennizzabile a termini delle condizioni di polizza, la Società dopo la definizione del sinistro, provvederà a comunicare all'Azienda l'importo del danno da liquidare a favore dell'avente diritto, e l'Azienda provvederà al predetto pagamento entro 45 gg. dalla comunicazione da parte della Società.

La società redigerà regolare rendiconto dettagliato che riporti quanto pagato a titolo franchigie, obbligatoriamente accompagnato dal documento inerente la Statistica Sinistri prevista all'art. 11.a -2. Una volta erosa l'intera franchigia aggregata per il periodo, la liquidazione dei sinistri rimarrà ad esclusivo carico della Società.

Si precisa che se il periodo assicurativo considerato è inferiore all'anno intero, l'importo della franchigia aggregata è ridotto in proporzione alla durata del periodo. Parimenti, in caso di proroga temporanea per un periodo inferiore all'anno intero, l'importo della franchigia aggregata sarà ridotto in proporzione alla durata della proroga, con applicazione delle modalità che precedono. La facoltà di recesso disciplinata dall'articolo 14 è valevole anche in caso di sinistro che interessi la franchigia aggregata; in tal caso, l'aggregato che resterà a carico dell'Assicurato per il periodo assicurativo interrotto dal recesso, sarà ricalcolato prorata temporis rispetto a quello previsto per l'annualità completa.

Art. 18 – Responsabilità civile personale

Per le richieste di risarcimento di cui al precedente art.9 e conseguenti alle attività svolte per conto della Azienda:

- a) la copertura assicurativa si intende estesa alla responsabilità civile personale dei soggetti a rapporto convenzionale con l'Azienda stessa, ai sensi dell'art. 48 della Legge n. 833/1978, per i quali gli Accordi Collettivi Nazionali e quelli Integrativi Regionali, prevedono la copertura assicurativa per i corrispondenti rapporti di impiego/servizio;
- b) la copertura assicurativa è inoltre estesa alla responsabilità civile personale, per tutte le attività destinarie di garanzia assicurativa ai sensi delle condizioni tutte di polizza:
 - b.1) dei dipendenti appartenenti all'area "dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa" e dell'Area "dirigenza medica e veterinaria" nonché dei dipendenti universitari

- in servizio presso l'Azienda, anche in occasione dello svolgimento di libera professione intramuraria;
- b.2) dei dipendenti non dirigenti di cui al Comparto del Personale del Servizio Sanitario Nazionale categoria D;
 - b.3) degli iscritti a Scuole di specializzazione titolari del "Contratto di Formazione Specialistica";
 - b.4) di altri soggetti che a qualunque altro titolo (es. volontari, anche medici, ed Associazioni di volontariato, L.S.U., assegnisti, borsisti, tirocinanti, studenti, medici liberi professionisti, personale universitario convenzionato, ecc.) svolgano attività in favore dell'Azienda;
 - b.5) dei soggetti componenti il Comitato Etico Interprovinciale allocato presso l'Azienda, per le eventuali conseguenze derivanti dalle funzioni istituzionali svolte per conto dello stesso Comitato;
- c) Relativamente alle estensioni di cui alle lettere a) e b), si conviene che:
- c.1) l'Azienda non è considerata terza, mentre sono terzi tutti i soggetti di cui alle precedenti lettere a) e b) così come gli stessi tra loro;
 - c.2) la copertura assicurativa è prestata per i massimali previsti dal precedente art. 5; relativamente ai soggetti di cui alla lettera a) del presente articolo, per i quali gli AA. CC. NN. prevedono la misura del massimale, la copertura assicurativa è prestata in conformità con tali norme.
 - c.3) In caso di sinistro, gli Assicuratori, mallevando l'Azienda di quanto debba pagare a terzi, sono surrogati, ai sensi dell'art. 1916 c.c., nei diritti di rivalsa spettanti al Contraente nei confronti dei terzi in generale, così come nei confronti di ogni soggetto o persona, dipendente o non dipendente, che collabori nello svolgimento delle attività esercitate dal Contraente e indicate in questa polizza e che abbiano causato il danno solo per il fatto commesso con dolo o colpa grave.
- d) Gli assicuratori rinunciano al predetto diritto di surrogazione, salvo il caso di dolo e, sempreché, il Contraente stesso non eserciti la rivalsa, nei confronti dei soggetti di seguito elencati:
- d.1) I componenti del Comitato Etico, per le attività svolte in questa loro qualità;
 - d.2) Associazioni, patronati ed enti in genere senza scopi di lucro, che possano collaborare con l'Assicurato per le attività indicate in questa polizza;
 - d.3) Altre categorie di personale non dipendente dal Contraente, nei confronti delle quali sussista per legge l'obbligo della copertura assicurativa con oneri a carico del Contraente;
 - d.4) Soggetti diversamente abili, inseriti temporaneamente nella struttura per finalità di recupero;
 - d.5) Persone assistite nell'ambito dei programmi di inserimento educativo, socializzante, riabilitativo, terapeutico;
 - d.6) Minori in affidamento o comunque posti dalla Magistratura competente sotto la tutela o la Sorveglianza dell'Assicurato;
 - d.7) I soggetti di cui alle precedenti lettere a), b)1, b)2 e b)3, anche in occasione dello svolgimento di libera professione intramuraria presso le sedi della Azienda e/o presso altre sedi autorizzate e/o convenzionate.

Per tutte le categorie citate nel presente paragrafo d.7), l'efficacia della garanzia sarà subordinata al pagamento, da parte di ciascun aderente, mediante trattenuta procapite mensile, di una somma contrattualizzata entro i limiti sanciti dai CC.NN.LL..

La presente estensione è operante nei limiti ed in base alle norme contrattuali previste dalla polizza di cui forma parte integrante.

Si conviene tra le parti che la presente estensione è prestata senza l'applicazione di alcuna franchigia.

Entro 120 giorni dall'inizio di validità del presente contratto, oltre che dall'inizio delle annualità successive, la Contraente fornirà alla Società l'elenco nominativo dei soggetti che avranno comunicato la volontà di assicurarsi con decorrenza dalla data di efficacia della polizza ovvero dall'inizio delle annualità successive;

Annualmente, la società prenderà atto con appendice "senza incasso premio" dell'elenco nominativo di cui sopra.

Per quanto riguarda tutte le eventuali nuove adesioni effettuate in corso d'anno, si conviene che, la copertura avrà decorrenza dalla data di inclusione, fissata alle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui il dipendente avrà notificato alla Contraente la propria scheda di adesione.

I nominativi degli assicurati aderenti alla presente estensione di garanzia che cesseranno il rapporto di lavoro con il Contraente in corso di polizza verranno comunicati dalla contraente stessa alla Società ai fini dell'esclusione dal conteggio del premio per l'annualità assicurativa successiva. Nell'ipotesi di cessazione del rapporto di lavoro e quindi della garanzia assicurativa, nulla sarà dovuto dalla Società a titolo di rimborso del premio anticipato e pertanto la relativa copertura sarà valida fino al termine del periodo annuo di assicurazione.

Le inclusioni e le esclusioni in corso d'anno verranno comunicate cumulativamente con cadenza trimestrale.

Alla fine di ogni periodo annuo di assicurazione la Società provvederà ad emettere apposita appendice di riepilogo ed incasso del premio complessivo risultante dall'appendice di inizio anno oltre che dalle inclusioni ed esclusioni intervenute in corso d'anno.

Per conteggiare le inclusioni avvenute in corso d'anno, queste verranno calcolate conteggiando prorata temporis mensile per ogni assicurato.

Il premio complessivo di cui sopra dovrà essere versato entro 60 giorni dalla ricezione del documento contrattuale.

La presente estensione è stipulata dall'Azienda ex art. 1891 del codice civile per conto degli assicurati.

Art. 19 – Coassicurazione e delega (CLAUSOLA NON OPERANTE)

Art. 20 – Imposte

Le imposte, le tasse, i contributi e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, agli indennizzi alle polizze ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 21 – Altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dalla comunicazione preventiva alla Società dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve comunicare il sinistro a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 del codice civile.

LA CONTRAENTE

GLI ASSICURATORI

Amisvel Europe Limited
Serena Bocchi

Agli effetti dell'art. 1341 del codice civile la Società e l'Azienda dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

- Art. 8 (Durata del contratto)
- Art. 9 (Efficacia della garanzia)
- Art. 11 (Procedure per la gestione dei sinistri, Osservazione del bilancio tecnico, Gestione delle vertenze)
- Art. 12 (Costituzione del premio)
- Art. 13 (Pagamento del premio – termini di rispetto)
- Art. 14 (Facoltà di recesso)
- Art. 15 (Gestione del Contratto)
- Art. 18 (Responsabilità Civile Personale)
- Art. 19 (Coassicurazione e Delega)

LA CONTRAENTE

GLI ASSICURATORI

Antares Europe Limited
Il sottoscritto
Sereno Bocchi

PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI RCT/O

1 – Premessa

Ferme restando tutte le condizioni contrattuali cui si rimanda integralmente e che si intendono assunte a premessa, principale finalità della presente procedura è quella di giungere attraverso forme di reciproca collaborazione e cogestione dell'Azienda con la Società Assicuratrice, nel più breve tempo possibile, alla corretta liquidazione dei danni tanto se rientranti nell'aggregato annuo, il cui onere ricade sull'Azienda, quanto se in tutto o in parte eccedessero l'aggregato annuo, risultando quindi di competenza dell'Assicuratore.

2 – Denuncia del Sinistro

Il Contraente e più nel dettaglio l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, in caso di ricevimento del sinistro (così come definito in polizza), trasmette regolare denuncia al Broker incaricato, entro il termine previsto dal contratto (30 giorni dalla ricezione presso il protocollo generale dell'Azienda) che, a sua volta, ne invia copia all'Ufficio Sinistri della Società Assicuratrice.

Tutte le comunicazioni tra le parti contraenti devono essere effettuate, per essere valide, per iscritto con lettera raccomandata a/r, PEC o altro mezzo ritenuto idoneo, tramite il Broker.

3 - Adempimenti della Società Assicuratrice

La Società, secondo le modalità previste all'art.11 della polizza, assume la gestione delle richieste di risarcimento.

La Società provvederà, entro i 3 giorni successivi, a comunicare al Broker l'apertura del sinistro, la presa in carica dello stesso, il numero della pratica e la documentazione necessaria per l'istruttoria del sinistro. Le comunicazioni dell'Assicuratore all'Azienda verranno effettuate tramite Broker.

La Società è tenuta a contestare al Contraente, per il tramite del Broker, le eccezioni sull'operatività della garanzia, tempestivamente, al fine di non pregiudicare i diritti di difesa e/o di manleva della Contraente. La Società si impegna, altresì, a partecipare attivamente al Comitato di Valutazione dei Sinistri riconoscendone piena validità per l'operato, oltre ad individuare congiuntamente all'Azienda un metodo per la gestione e valutazioni dei sinistri.

4 – Documentazione

L'Azienda potrà trasmettere alla Società, tramite il Broker, la relazione riassuntiva con tutta la documentazione raccolta per l'istruttoria, oltre all'eventuale relazione redatta dal dipartimento di Medicina Legale, se coinvolto.

5 - Richiesta di documentazione dell'Assicuratore (e/o del Loss adjuster) al danneggiato

L'Assicuratore, previa acquisizione dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali, inoltra una richiesta di documentazione anche al danneggiato (tramite l'avvocato qualora il danneggiato abbia conferito mandato ad un legale per la richiesta di risarcimento), inviandone copia per conoscenza anche al Broker.

6 – Comitato di Valutazione dei sinistro (CVS)

L'Azienda, di comune accordo con la Società Assicuratrice, al fine di rendere operativa la seguente procedura, si avvarrà dell'ausilio di apposito Comitato di Valutazione dei sinistri, per gestione ed il monitoraggio dei sinistri.

La principale area tematica di trattazione e gestione del CVS, sarà quella dei sinistri derivanti dalla Medical Malpractice. Il CVS è, quindi, interessato a valutare la fondatezza delle richieste di risarcimento ricevute dall'Azienda, ad esprimere pareri sugli importi posti a riserva ed a rappresentare le eventuali tesi e strategie

difensive. Tale attività non è vincolante per la Società, che avrà sempre il diritto di gestire il sinistro e gli importi posti a riserva.

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

- Broker;
- Ufficio interno preposto alla Gestione dei Sinistri Aziendale (UGSA);
- Direzione Sanitaria;
- Medicina Legale / U.O. Rischio Clinico;
- Ufficio Legale;
- Società di Assicurazione.

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

Il CVS, si riunisce con cadenza periodica, salvi i casi di particolare necessità e valuta congiuntamente:

- l'istruzione e lo stato delle pratiche aperte; - l'istruzione e la trattazione del sinistro;
- le proposte di gestione della vertenza, sia in sede giudiziale che stragiudiziale, indicando anche il massimo ammontare dell'offerta formulabile;
- l'ammontare del preventivo tecnico di liquidazione e/o riservazione dei sinistri, previa definizione congiunta dei criteri di quantificazione e, conseguentemente, l'aggiornamento degli importi riservati;
- le proposte di offerte transattive e/o di reiezione alla controparte;
- le eventuali problematiche emerse nella procedura, al fine di individuare le possibili soluzioni.

Il coordinamento del CVS sarà in capo ad un Responsabile indicato dall'Azienda che avrà cura e responsabilità di implementare il monitoraggio sull'andamento dei sinistri, avvalendosi del supporto e della collaborazione dell'UGSA, congiuntamente tra l'Assicuratore, l'Azienda ed il Broker stesso.

La Società si impegna, altresì, a creare e mantenere, apportando i necessari aggiornamenti, una banca dati sinistri relativa a tutte le posizioni di sinistro, di tutte le aree tematiche (Medical Malpractice, Conduzione, RCO) denunciate e ciò sino alla definizione dell'ultimo sinistro ancora pendente, anche dopo la cessazione dell'assicurazione stessa.

La Società si impegna, altresì, a garantire la propria presenza a periodiche riunioni dei Comitati anche successivamente alla data di scadenza del contratto di riferimento, al fine di garantire continuità al lavoro, anche per quei sinistri che alla scadenza non abbiano trovato una compiuta definizione.

Tale partecipazione avrà luogo fino a quando non verranno definiti tutti i sinistri di competenza della Società e per i quali l'Assicurato riterrà necessario il confronto congiunto con essa.

7 – Modalità di gestione delle richieste di risarcimento e delle vertenze

Acquisita la documentazione istruttoria propedeutica alla gestione della vertenza da parte di tutti i soggetti coinvolti nella procedura, si intraprenderà l'esame e la valutazione delle vertenze, a seconda della tipologia. Secondo quanto previsto in polizza all'art.11 lett. a -1) 1. si provvederà ad assegnare a professionisti condivisi le operazioni di valutazione dei danni; per quanto concerne l'attività medicolegale, essendovi una reale esigenza di acquisire, per singolo sinistro, anche fino a tre pareri medicolegali, sarà garantita l'alternanza e l'equilibrio sanciti al predetto articolo 11.

La Società al termine dell'attività istruttoria formulerà una proposta di gestione della vertenza, sia in sede giudiziale che extragiudiziale, in termini di rigetto della domanda, di tentativo di accordo bonario, anche in corso di giudizio, indicando in tal caso anche il massimo ammontare dell'offerta formulabile, oltreché di prosieguo del giudizio.

Premessa l'operatività del CVS, la Società assume, con oneri a proprio carico, la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, in nome dell'Assicurato, designando, con le modalità della "rotazione" previsti all'art.11-b) i 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.

Nel caso in cui una delle parti Contraenti non ritenesse opportuno limitarsi alla nomina di un solo Legale, questi, attingendo dall'elenco condiviso, potrà indicarne uno di suo gradimento che opererà con mandato "congiunto" con il legale individuato secondo il criterio della rotazione.

Saranno a carico dell'Assicuratore le spese legali e peritali per entrambi i legali e per i rispettivi professionisti a cui l'Azienda avrà fornito mandato.

In caso di vertenza giudiziaria i soggetti interessati alla procedura dovranno essere contestualmente informati circa lo svolgimento degli atti e delle procedure legali da parte dei legali incaricati:

- Ogni atto processuale ed ogni verbale d'udienza dovrà essere trasmesso, al Broker, entro 15 giorni dalla scadenza del relativo termine processuale;
- Annualmente, relazionare sull'andamento delle controversie affidate, probabilità di soccombenza e valore petitum.

8 – Liquidazione, pagamento e rimborso

Resta fermo che, la Società non potrà impegnare la Contraente ad alcun pagamento senza il consenso della Contraente stessa o a pagamenti per somme eccedenti quelle approvate.

Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, l'Azienda dovrà inviare entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della proposta transattiva da parte degli Assicuratori, proprie considerazioni di merito, in assenza delle quali la Società dovrà ritenersi delegata alla transazione nei termini prospettati. La proposta di transazione potrà ritenersi valutabile e pertanto l'Azienda non avrà facoltà di esimersi se supportata da valutazioni medicolegali consone alla gravità del sinistro. A termini di polizza saranno ammessi sino a tre pareri medicolegali e in caso di disaccordo prevarrà il parere a maggioranza.

Acquisito il benestare da parte della Contraente, gli Assicuratori provvederanno alla definizione del sinistro e comunicheranno all'Azienda il pagamento da effettuare. Qualora l'Azienda comunichi la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dagli Assicuratori, nel caso in cui il sinistro venga definito successivamente per un importo maggiore, la differenza resterà a carico dell'Azienda non intaccando l'aggregato di franchigia.

Relativamente alla parte di danno che, rientrando nella franchigia per sinistro, sarà di competenza dell'Azienda, gli Assicuratori comunicheranno 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 dall'Azienda quanto prima possibile, e comunque non oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla presentazione della quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente. Secondo le condizioni di polizza, fino alla definitiva chiusura di tutti i sinistri denunciati dalla presente polizza, la Società invierà alla Contraente il riepilogo dei sinistri liquidati nel periodo di riferimento.

LA CONTRAENTE

GLI ASSICURATORI

Amitus Europe Limited

Il liquidatore speciale

Serena Bocchi



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

Polizza n°

ITOMM1600032

Le denunce di sinistro dovranno essere inoltrate a:

AmTrust Europe Limited

Divisione Sinistri

Via Paolo da Cannobio, 9

20122 Milano

milaninfo@amtrustgroup.com

Tel. 02/36596710 - Fax 02/36596719

DATA

Gli Assicuratori

Il Contraente

01/09/2016

AmTrust Europe Limited
Serena Bocchi
Rappresentante Speciale
Serena Bocchi