



POLIZZA DI ASSICURAZIONE

Amministrazioni Ospedaliere

Polizza: Z056393
Contraente: AZIENDA
OSPEDALIERA
SS.ANTONIO E
BIAGIO E C.
ARRIGO DI
ALESSANDRIA

Commercial

Polizza di Assicurazione Amministrazioni Ospedaliere

Zurich Insurance Company S.A.
Sede a Zurigo - Capitale Fr. sv. 825.000.000 i.v.
Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Carlo Erbani - 20129 Milano
Telefono +39 02 59641 - Fax +39 02 59642001
C.F. 01547470152
Imp. aut. a norma art. 65 R.D.L. 294/1923 n. 960
Registro Commercio Zurigo n. 176 - 23.1.1929/8870



ZURICH

CSS UNITA'	COMP	NUMERO POLIZZA	SOST. POL. N.	COP. PROV.	RAMO	RISC	COD SBU	SBU/INTERMEDIARIO ASSICURATIVO	COD INTERM.
A/4	1	Z056393			17	09	202	TORINO	

CHI ASSICURIAMO

ASSICURATO AZIENDA OSPEDALIERA SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO DI ALESSANDRIA	RISCHI COMUNI	CODICE FISCALE/P.IVA 01640560064
VIA, NUMERO CIVICO VIA VENEZIA 16	C.A.P. 15100	LOCALITA' ALESSANDRIA
		DOCUMENTO EMESSO IL 24 01 2008

DECORRENZA E DURATA DEL DOCUMENTO - MODO DI PAGAMENTO DEL PREMIO

DALLE ORE 24 DEL	ALLE ORE 24 DEL	DURATA	DISDETTA	RATEAZIONE	SCADENZA RATE IL
31 12 2007	31 12 2010	03 00 000 Anni Mesi Giorni	S.O.D. Mesi	Annuale Annuale/Semesale, Etc	31/12 Di ogni anno

PREMIO DA PAGARE (EUR) - NOSTRA QUOTA (al netto dell'eventuale rimborso)

	PREMIO NETTO	ACCESSORI	IMPONIBILE	IMPOSTE	TOTALE EUR	TOTALE
Premio sino al 31/12/2008	25.000,00	0,00	25.000,00	5.562,50	30.562,50	
Rate Successive	25.000,00	0,00	25.000,00	5.562,50	30.562,50	

PREMIO DA PAGARE (EUR) - AL 100%

	PREMIO NETTO	ACCESSORI	IMPONIBILE	IMPOSTE	TOTALE EUR	TOTALE
Premio sino al 31/12/2008	25.000,00	0,00	25.000,00	5.562,50	30.562,50	
Rate Successive	25.000,00	0,00	25.000,00	5.562,50	30.562,50	

COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita per quote fra le Compagnie indicate in riparto, e ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta del contratto devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della ZURICH INSURANCE COMPANY S.A. all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria. Per tutte le altre comunicazioni inerenti il contratto esse potranno essere eseguite tramite l'Intermediario assicurativo, cui l'Assicurato ha conferito il mandato, ma esse esplicheranno effetto solo e dal momento in cui la Compagnia Delegataria, venutane a conoscenza, vi aderirà espressamente confermandone l'efficacia contrattuale. Ogni modificazione dell'assicurazione che comporti variazione scritta del contratto sarà considerata operante a condizione che l'Intermediario assicurativo abbia ottenuto il consenso da ciascuna delle Compagnie Coassicuratrici. L'impegno di tutte le Compagnie Coassicuratrici risulta dal documento contrattuale firmato da ciascuna di esse oppure dall' "Estratto Unico" firmato dalla Compagnia Delegataria a nome e per conto delle Coassicuratrici stesse. Il Contraente o la Società di Intermediazione sua mandatataria provvederà al versamento pro quota dei premi o degli importi comunque dovuti in dipendenza del contratto ad ogni singola Coassicuratrice contro rilascio delle relative quietanze, restando esplicitamente esclusa ogni e qualsiasi responsabilità solidale tra le Compagnie del riparto.

RIPARTO

N.	COMPAGNIA	COD.	QUOTA %	N.	COMPAGNIA	COD.	QUOTA %
1	ZURICH INSURANCE COMPANY S.A.	040	100,00	7			
2				8			
3				9			
4				10			
5				11			
6				12			

CODICI STATISTICI

V.I.P. POL. N.	FAC GROUP	RISK NAME
----------------	-----------	-----------

IL CONTRAENTE
IL DELEGATARIO GENERALE
Dott. Maria Teresa FLECCIA



ZURICH INSURANCE COMPANY S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia

PERFEZIONAMENTO

L'importo di Eur	a saldo del "premio sino al" è stato incassato oggi	L'ESATTORE	L'INCASSO È STATO EFFETTUATO DA
REGISTRATO SUL FOGLIO CASSA N.	DEL	L'INTERMEDIARIO ASSICURATIVO	AGENZIA GENERALE

ESEMPLARE PER L'ASSICURATO

**ZURICH****CERTIFICATO N. 1 ALLA POLIZZA N. Z056240**

Con D.G.R. n. 65 - 7819 del 17 dicembre 2007, la Regione la Regione Piemonte ha provveduto riassetto del Sistema Sanitario Regionale, pertanto l'Azienda Contraente risulta dall'accorpamento della

DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Premio annuo lordo	
	Ex ASO S. Antonio	€ 30.562,50

MASSIMALI ASSICURATI	COME DA POLIZZA BASE N. Z056240
-------------------------	---------------------------------

L'ASSICURATO/CONTRAENTE
IL DIRETTORE GENERALE
 Dr.ssa Maria Teresa FLECCIA

ZURICH INSURANCE COMPANY S.A.
 Rappresentanza Generale per l'Italia
➤ **Il Contraente dichiara:**

- di aver ricevuto, prima della conclusione del contratto, la Nota Informativa ai sensi e per gli effetti dell'Art. 185 D.Lgs. 07/09/2005 n° 209;
- di aver ricevuto e preso visione delle comunicazioni previste dall'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006:
 - Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti;
 - Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche.

IL CONTRAENTE

(timbro e firma)

IL DIRETTORE GENERALE
 Dr.ssa Maria Teresa FLECCIA






**PROGRAMMA ASSICURATIVO
DEI RISCHI SANITARI
DELLE AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE
DELLA
REGIONE PIEMONTE**

A. CAPITOLATO SPECIALE SERVIZI ASSICURATIVI

B.

C. POLIZZE

D. "PRIMARY" "EXCESS" "COLPA GRAVE"

stipulata tra

AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA "SAN GIOVANNI BATTISTA" DI TORINO

**e l'Impresa di Assicurazioni
ZURICH INSURANCE COMPANY S.A.**





1. DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per
AMMINISTRAZIONE
AGGIUDICATRICE

l'Azienda Sanitaria Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino in qualità di Azienda Delegata alle attività gestionali del programma di Assicurazione 2008 -2010 per la copertura dei rischi di natura sanitaria della Regione Piemonte, con Delibera 82/7309;

per CONTRAENTE

Ciascuna Azienda Sanitaria Locale e Ospedaliera della Regione Piemonte nonché, limitatamente alla Assicurazione di Colpa Grave, il personale che abbia aderito alla predette estensione di garanzia;

per ASSICURATO

il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione e pertanto:
la Regione Piemonte nell'ambito della propria attività istituzionale in materia di sanità, ma unicamente in qualità di Ente Finanziatore del Servizio Sanitario Regionale e limitatamente alle attività svolte e per le quali sussista la responsabilità dei soggetti sotto indicati:

Le Aziende Sanitarie appartenenti al SSR della Regione Piemonte ed i loro Organi: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, i Componenti del Collegio Sindacale, nonché i Dirigenti ed i Dipendenti tutti;

per ASSICURATO
AGGIUNTIVO

le persone fisiche e giuridiche diverse dal Contraente alle quali è riconosciuta tale qualifica nel testo contrattuale, in quanto soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Gli Assicurati Aggiuntivi potranno esercitare i diritti nascenti dal contratto unicamente con il consenso e per il tramite del Contraente;

per SOCIETA'

l'Impresa di Assicurazioni Zurich Insurance Company S.A. nonché le Imprese Coassicuratrici;

per BROKER

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

per ASSICURAZIONE

i singoli contratti di assicurazione stipulati da ciascuna Azienda Sanitaria;

per POLIZZA

il documento che prova l'assicurazione;

per RISCHIO

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

per GARANZIE

le prestazioni oggetto dell' Assicurazione dovute dalla Società;

per PREMIO

la somma dovuta dal Contraente alla Società;

per RETRIBUZIONE
ANNUA LORDA

ai fini del conteggio del premio;





quanto al lordo delle ritenute previdenziali il personale obbligatoriamente assicurato presso l'INAIL e quello c.d. non INAIL effettivamente riceve a compenso delle proprie prestazioni, nonché i compensi e gli emolumenti corrisposti ai lavoratori "interinali"

per SINISTRO R.C.T./R.C.O. (formula temporale claims made)

la richiesta di risarcimento pervenuta all'assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione

per 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, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro;

per RICHIESTA DI
RISARCIMENTO

qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata da terzi e pervenuta all'Assicurato; si intende parificata alla richiesta di risarcimento la formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione nel momento in cui il Contraente ne venga per la prima volta conoscenza con comunicazione scritta;

per INDENNIZZO

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

per MASSIMALE PER
SINISTRO

l'importo massimo dell'indennizzo per ogni sinistro, incluso il sinistro in serie, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o sofferto danni a cose di loro proprietà;

per MASSIMALE PER
ANNO

la massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa;

per 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;

per MASSIMALE PER
PERIODO

la massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante l'intero periodo triennale dell'assicurazione;

per FRANCHIGIA

la parte di risarcimento a carico dell'Assicurato, in cifra fissa;

per SCOPERTO

la parte percentuale di risarcimento a carico dell'Assicurato;

per DANNO
CORPORALE

il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale;

per DANNI MATERIALI

ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa, nonché i danni ad essi conseguenti;

per COSE

gli oggetti materiali e gli animali;

per DANNI
PATRIMONIALI

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



**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE****Art. 1) Norme che regolano l'Assicurazione**

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

Per ciascun Contraente saranno emessi, un Esemplare Originale della Polizza di Assicurazione e tre separati Certificati di Assicurazione per l'Assicurazione Primary, per l'Assicurazione di Colpa Grave del Personale e per l'Assicurazione Excess. Ciascun certificato di Assicurazione conterrà il conteggio del premio di polizza e le Condizioni Particolari specificamente pattuite con il Contraente.

In relazione alla pluralità di Contraenti e pur nel contesto di una copertura secondo la formula del rischio comune, si precisa che, ai fini dell'operatività della garanzia, nessuna eccezione potrà essere opposta ad un Contraente od Assicurato diverso dal soggetto cui è addebitabile il comportamento o l'omissione che l'abbia determinata.

Art. 2) Assicurati aggiuntivi

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

b) Qualsiasi persona fisica o giuridica alla quale sia riconosciuta l'estensione della qualifica di Assicurato nel contesto contrattuale:

a titolo esemplificativo il personale appartenente alle seguenti categorie:

- Personale medico e sanitario a rapporto convenzionale;
- Personale Universitario convenzionato;
- Personale a contratto, inclusi i medici contrattisti,
- Medici specializzandi e medici specialisti in formazione;
- Medici della continuità assistenziale;
- Obiettori di coscienza in servizio sostitutivo civile;
- Assegnisti, borsisti e tirocinanti;
- Appartenenti ad Associazioni di volontariato;
- Soggetti disabili e loro tutori durante le attività esterne, con esclusione dei danni alle cose oggetto o strumento di tali attività.

In caso di corresponsabilità di due o più Assicurati i massimali previsti restano tali ad ogni effetto.

Art. 3) Attività assicurata

Gestione di attività sanitaria istituzionalmente riconosciuta al Contraente dalle competenti Autorità o comunque ad esso trasferite o delegate comprese tutte le attività preliminari e conseguenti, accessorie, connesse e collegate, complementari ed ausiliarie, mediante strutture, mezzi e tecnologie ritenute dal Contraente stesso più idonee al raggiungimento del fine istituzionale.

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

Art. 4) Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni tre con effetto dalle ore 24.00 del 31.12.1007 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.10 (scadenza anniversaria al 31.12 di ogni anno) e con facoltà per entrambe le parti di rescindere il contratto a mezzo di lettera raccomandata dariceversi con preavviso di 90 gg. antecedenti ciascuna scadenza anniversaria.

Non è ammessa la risoluzione parziale da un singolo rischio appartenente al medesimo lotto, salvo esplicita accettazione da parte della Contraente.

L'assicurazione non è soggetta a tacito rinnovo per cui dalla sua naturale scadenza sarà priva di effetto.

Resta ferma la facoltà per le parti di stipulare, al termine del periodo triennale sopra indicato, la rinnovazione del servizio, una sola volta, ai sensi dell'art. 57, comma 5 lettera b) del D. Lgs. 163/2006, a condizione che, in tale momento, ne ricorrano tutte le condizioni previste dalle leggi anche di fonte Regionale.





Art. 5) Proroga dell'assicurazione

E' inoltre facoltà delle parti concordare una proroga tecnica temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 90 giorni decorrenti dalla scadenza, finalizzata all'espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna in tal caso a prorogare l'assicurazione.

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 dell'assicurazione

Il premio annuo anticipato è determinato come segue:

Polizza Primary

- applicando il tasso annuo imponibile individuale risultante dalla scheda allegata sull'ammontare complessivo della Retribuzione Annuale Lorda dichiarato da ciascun Contraente.

Polizza Excess

- come indicato nell'apposito prospetto individuale risultante dalla scheda allegata; il premio della Polizza Excess non è soggetto a regolazione.

Polizza Colpa Grave

- applicando il premio annuo imponibile pro capite di:
 - € 15 Direttore Generale e Direttore Amministrativo,
 - € 15 Direttore Sanitario,
 - € 15 Dirigente Medico,
 - € 15 Dirigente Sanitario non medico,
 - € 3 Dirigente Amministrativo,
 - € 3 Dirigente Professionale,
 - € 3 Altro personale Sanitario,
 - € 3 Altro Personale non sanitario,
 - € 3 Componenti del Comitato Etico.

Il premio della presente garanzia è in ogni caso dovuto per intero e non è frazionabile salvo che per gli Assicurati nuovi assunti che abbiano manifestato la loro adesione entro i 90 giorni successivi alla data di assunzione del servizio.

Art. 7) Clausola Broker

Applicabile qualora sia stato rilasciato o venga rilasciato incarico di brokeraggio assicurativo ed entro i limiti di validità dello stesso e da completare in conformità all'informativa di cui all'allegato 7B del Regolamento ISVAP 5/2006.

Alla Società di Brokeraggio MARSH SPA con sede in MILANO, VIA OLONA 2, è stata affidata dal Contraente la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker assicurativo ai sensi dell'art. 109, comma 2 lettera b) del D. Lgs. 209/2005.

La Società riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal suddetto Broker.

L'intermediario (è o non è) autorizzato in forza di accordo sottoscritto con la Società ad incassare i premi con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa.

(Il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente all'intermediario si considera come effettuato direttamente alla Società).

Art. 8) Clausola di coassicurazione - Estratto unico (non applicabile ai R.T.I.)

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

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.





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

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

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

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

Art. 9) Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

A parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1901 c.c. le garanzie saranno valide anche se:

- il premio relativo alla Polizza Primary ed Excess sia stato corrisposto entro 60 giorni successivi alla data di decorrenza della suddetta polizza,
- l'elenco afferente le adesioni individuali ovvero l'accordo sindacale circa l'adesione totalitaria alla polizza Colpa Grave sia stato inoltrato da ciascun Contraente alla Società entro 90 giorni successivi alla data di decorrenza della suddetta polizza ed il relativo premio sia stato corrisposto entro 60 giorni successivi alla data di ricevimento del rispettivo Certificato di Assicurazione.

Se il Contraente non paga il premio entro il termine di 60 giorni dalla rispettiva data di scadenza, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di rinnovazione o proroga.

Art. 10) Regolazione del premio (Non applicabile alla polizza Excess)

Il premio dell'Assicurazione viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto in ciascun Certificato di Assicurazione e sarà regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

Il premio anticipato viene considerato quale premio minimo comunque acquisito.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società che provvederà ad emettere ed a recapitare al Contraente la relativa appendice contrattuale.

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

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

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

Art. 11) Oneri Fiscali

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

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) Aggravamento e diminuzione di rischio**

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

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

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

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

Art. 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, telex, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

Art. 15) Clausola di revisione del contratto

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

La revisione verrà operata, nell'accordo delle parti, sulla base di un'istruttoria condotta tenuto conto delle disposizioni di cui all'art. 7, comma 4, lettera c) e comma 5 del "Codice degli Appalti".

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

Art. 16) Rinvio alle norme di legge

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

Art. 17) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio/buona fede

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

Art. 18) Altre assicurazioni

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

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

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

Art. 19) Informativa sui danni

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

- data di accadimento;
- data di ricezione del reclamo;
- numero identificativo del sinistro;
- numero e importo dei sinistri pagati e riservati;
- sinistri respinti e motivazione;





NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE

Art. 20) Responsabilità civile verso terzi (RCT)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi, rivalutazione e spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per tutti i danni non espressamente esclusi involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali, per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta comprese tutte le operazioni e attività accessorie, sussidiarie, e/o complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa 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 di persone delle quali l'Assicurato debba rispondere

Art. 21) Persone non considerate "terzi"

Ai fini dell'assicurazione R.C.T. sono considerati terzi tutte le persone fisiche e giuridiche con la sola esclusione:

- a) dei prestatori di lavoro, dipendenti dell'Assicurato, soggetti all'assicurazione obbligatoria (INAIL), per gli infortuni dagli stessi subiti in occasione di lavoro in quanto in tal caso opera la garanzia R.C.O.;
- b) dei soggetti non dipendenti dell'Assicurato per i quali lo stesso debba provvedere alla copertura obbligatoria INAIL (opera la garanzia R.C.O.).

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

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

Art. 22) Responsabilità civile verso prestatori lavoro (RCO)

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

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

- 2) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive integrazioni e modifiche e del D. Lgs. 23 Febbraio 2000 n. 38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali.

La garanzia opera con una franchigia di € 2.500 per ogni sinistro.

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

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

La garanzia non vale:

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

- a) conseguenti alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge da parte dei rappresentanti legali del Contraente;





b) conseguenti alla intenzionale mancata prevenzione del danno, per omesse riparazioni od adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni, da parte dei rappresentanti legali del 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.

Responsabilità personale dei preposti.

La garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) viene estesa a favore delle persone incaricate dall'Assicurato della direzione o della sorveglianza del lavoro, per la eventuale responsabilità personale loro derivante a seguito di infortuni subiti - nello svolgimento delle relative mansioni professionali - da dipendenti dell'Assicurato o loro sottoposti.

Art. 23) Responsabilità personale e professionale

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

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

Per i Sanitari ed il restante personale non alle dipendenze, la copertura opera limitatamente alle categorie per le quali sussiste un obbligo di legge, derivante dal regolamento della Contraente o da Convenzione sottoscritta dal Contraente nonché da contratto anche individuale, con oneri di copertura a carico della Contraente e entro i limiti dagli stessi previsti.

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

Resta salva la facoltà di rivalsa spettante alla Società in caso di dolo o colpa grave dei soggetti sopra indicati.

Art. 24) Operatività temporale delle garanzie

Polizza Primary

La garanzia RCT e RCO vale per le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti dell'Assicurato, ed a questi pervenute nel periodo di vigenza della polizza, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti posti in essere non antecedentemente alla data di retroattività indicata in ciascun Certificato di Assicurazione (ved. scheda allegata).

Polizza Excess

La garanzia della Responsabilità civile verso terzi vale per le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti dell'Assicurato, ed a questi pervenute nel periodo di vigenza della polizza, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti posti in essere non antecedentemente alle ore 24 del 31 dicembre 2004.

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 degli art. 122 e segg. del D. Lgs. 209/2006 "Codice delle Assicurazioni";
- c) i danni derivanti dalla proprietà e dall'impiego di aeromobili e natanti;
- d) i danni derivanti da intenzionale mancata osservanza o 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 spungiforme (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 di rottura accidentale di impianti e condutture di pertinenza dell'Assicurato, causata da evento improvviso repentino ed accidentale;
- h) danni derivanti dalla detenzione od all'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, degli emoderivati e o di sostanze e tessuti di derivazione umana che possono essere ceduti a terzi anche attraverso le specifiche "banche";
- j) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica; sono però compresi:
 - i danni di natura estetica determinati da errore tecnico nell'intervento con esclusione della garanzia delle pretese della mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato,
 - i danni di natura estetica conseguenti ad interventi di chirurgia ricostruttiva;
- k) fatti o circostanze pregresse già note al Contraente e/o agli Assicurati e/o agli Assicurati aggiuntivi prima della data di stipulazione della presente polizza. La presente esclusione non si applica tuttavia ai fatti e circostanze pregresse divenuti noti successivamente al 31 dicembre 2004, data di prima attivazione del Fondo Regionale, a condizione che i sinistri ad essi relativi non potessero essere validamente denunciati ai precedenti assicuratori. A titolo di maggior precisazione si conferma che la presente clausola non deroga i termini di operatività temporale delle garanzie di cui all'art. 24 della Polizza;
- 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 puri; salvo quando espressamente compresi nelle Condizioni di Assicurazione;
- q) la presenza e gli effetti, diretti e indiretti, di muffa tossica di qualsiasi tipo;
- r) danni alle cose di terzi che l'assicurato detenga a qualsiasi titolo allo scopo di servirsene come beni strumentali o merci direttamente destinati allo svolgimento delle sue attività; sono tuttavia comprese in garanzia tutte le cose di terzi in semplice consegna e/o custodia;
- s) danni alle cose e/o opere di terzi sulle quali si eseguono i lavori;
- t) danni a veicoli di terzi e prestatori di lavoro, in sosta negli spazi appositi di pertinenza dell'Assicurato, da furto e/o incendio e comunque alle cose in essi contenute;
- u) danni derivanti dall'attività di fecondazione assistita, salvo che per i danni corporali sofferti dal nascituro e o dai genitori, con esclusione di eventuali danni al patrimonio genetico, nonché di qualunque pretesa di natura patrimoniale che non sia direttamente derivante da tali lesioni. La presente deroga è prestata alla condizione che l'attività di fecondazione assistita venga svolta nel rispetto delle disposizioni di legge e regolamentari vigenti;
- v) i danni derivanti direttamente o indirettamente da funghi, piombo o prodotti contenenti piombo;
- w) cagionati da opere o installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori;





- x) provocati da acqua piovana o da agenti atmosferici in genere, in occasione di costruzione o manutenzioni di fabbricati;
- y) da tabacco (compreso fumo passivo) e qualsiasi prodotto a base di tabacco, esclusa la nicotina quale agente terapeutico;
- z) da violazione di brevetti e/o marchi.

Art. 27) 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, distribuzione, utilizzo del sangue e trasfusionali, inclusi emoderivati, tessuti e sostanze di origine umana, espianto e trapianto di organi e tessuti;
- b) esercente, autorizzato ai sensi di legge, a svolgere attività di sperimentazione clinica di ogni fase e grado con protocolli interni e/o sponsorizzati da terzi. L'assicurazione opera per la diretta ed esclusiva responsabilità del Contraente e del proprio personale medico e paramedico e non comprende la responsabilità che ricade sul produttore dei farmaci e/o presidi 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) nè la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione, nè il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione. La garanzia opera a condizione che sia stato correttamente rilasciato il consenso informato da parte del soggetto sottoposto a trattamento; l'assicurazione non comprende i danni imputabili ad inidoneità o insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello sponsor;
- c) beni in proprietà o comodato comprese ordinaria e straordinaria manutenzione;
- d) 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;
- e) (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;
- f) committente per i lavori e/o gestioni ceduti in appalto;
- g) (a parziale deroga di quanto previsto all'art 26 lett. f), detentore/utilizzatore, nell'ambito dell'insediamento, di fonti radioattive a condizione che l'attività sia intrapresa con l'osservanza delle norme vigenti in materia nonché dalle prescrizioni della competente autorità. Sono esclusi i danni cagionati a terzi da prodotti o specialità smerciati dall'Assicurato. 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;
- h) (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;
- i) attività intramuraria (ovunque svolta), semprechè debitamente autorizzata da parte dell'Amministrazione del Contraente/Assicurato.

Art. 28) Comitato Etico

L'assicurazione della RCT è estesa alle attività svolte dal Comitato Etico della Contraente alle seguenti condizioni:

Oggetto della garanzia:

La Società si obbliga a tenere indenne i membri del Comitato Etico di quanto questi siano tenuti a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati ai soggetti sottoposti alla sperimentazione per morte e lesioni personali verificatisi in relazione alla loro attività svolta secondo le normative vigenti.

Esclusioni:

L'Assicurazione non comprende:





- a) i danni che derivino dalla intenzionale violazione da parte dell'assicurato di norme, leggi, regolamenti o disposizioni tecniche;
- b) i danni che siano imputabili alla responsabilità degli sperimentatori e degli sponsor delle sperimentazioni;
- c) i danni imputabili a vizio del consenso, esclusivamente qualora il consenso informato sia considerato non validamente prestato ai sensi del punto 3 dell'allegato n. 1 al decreto del Ministero della Sanità 18.03.1998;
- d) i danni imputabili ad inidoneità od insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello sponsor.

Art. 29) Denuncia di sinistro

In caso di sinistro il Contraente, e/o l'Assicurato per il tramite del Contraente, deve darne avviso scritto alla Società entro 15 giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'art. 1913 C.C..

Il Contraente è tenuto ad inoltrare avviso per eventuali sinistri rientranti nella garanzia 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.

Art. 30) Rinuncia alla rivalsa

Salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave dei soggetti di seguito indicati, la Società rinuncerà al diritto di rivalsa nei confronti degli amministratori e dipendenti del Contraente nonché delle persone delle quali l'Azienda si avvale nello svolgimento della propria attività.

Art. 31) Recesso in caso di sinistro

Sino al 30° giorno dall'avvenuta liquidazione o di rifiuto di un sinistro la Società può recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni, da comunicarsi con le modalità di cui all'art. 14 della presente polizza.

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

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

Non è ammesso il recesso parziale da un singolo rischio e/o certificato, salvo esplicita accettazione da parte della Società.

Recesso in caso di sinistro per la polizza Primary

In caso di recesso per sinistro intimato dalla Società in relazione alla polizza Primary la franchigia aggregata annua su base regionale in essa prevista si intenderà ridotta proporzionalmente alla durata del periodo di copertura effettivamente prestata.

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

La Società assume la gestione delle vertenze, fino a quando ne ha interesse, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale e/o amministrativa, a nome dell'Assicurato, designando di intesa con lo stesso, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

In caso di definizione transattiva del danno la Società, a richiesta dell'Assicurato, continuerà a proprie spese la gestione della vertenza in sede giudiziale penale fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del danneggiato.

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

Art. 33) Gestione dei sinistri e rimborso degli importi in franchigia

Il Contraente si riserva la facoltà di affidare la gestione e liquidazione centralizzata di tutti i danni il cui importo rientri totalmente nelle franchigie inserite nel presente contratto assicurativo:

- ad una Società di gestione sinistri di propria scelta;
- o di assumerlo in proprio.





La gestione e la liquidazione dei danni il cui importo ecceda tali franchigie, sarà assunta per intero dalla Società, senza che assuma rilievo, ai fini della suddivisione delle spese, la proporzione dei rispettivi interessi.

Nel caso il Contraente decida di avvalersi della facoltà di affidare la gestione dei sinistri alla Società stessa specifici accordi saranno assunti in proposito fra le parti.

Art. 34 - a) Franchigia frontale e franchigia aggregata

Premesso che il Programma Assicurativo Regionale, oggetto della presente polizza, ai sensi della Legge Regionale 23 aprile 2007 n° 9, comprende un Fondo Speciale per il finanziamento degli esborsi che le Aziende del Servizio Sanitario Regionale devono sostenere per il risarcimento dei sinistri di responsabilità civile sanitaria, fino ad un ammontare massimo di €. 500.000,00 per sinistro e complessivamente di €. 60.000.000,00 per il triennio 2008 - 2010,

- per ogni sinistro RCT è stabilita una franchigia frontale fissa e assoluta di €. 1.500,00 che resta a carico di ciascuna Azienda assicurata senza concorrere all'erosione del "Fondo Speciale";
- sono invece finanziati dal Fondo Speciale e concorrono pertanto all'erosione della franchigia annua aggregata della presente polizza i sinistri indennizzabili ai sensi di polizza, eccedenti €. 1.500,00 fino al limite massimo di €. 500.000,00 per ciascun sinistro.

Polizza Primary

L'Assicurazione Primary si intende operante per l'eccedenza di tali somme e precisamente:

- con applicazione di una franchigia frontale di €. 500.000,00 per ciascun sinistro,
- e dopo l'esaurimento della franchigia annua aggregata determinata per ciascun periodo assicurativo annuo come segue:

dal 31/12/2007 al 31/12/2008	€. 20.000.000,00=
dal 31/12/2008 al 31/12/2009	€. 20.000.000,00=
dal 31/12/2009 al 31/12/2010	€. 20.000.000,00=

con applicazione di una franchigia assoluta ridotta ad €. 1.500,00 per ciascun sinistro RCT; in tal caso il massimale della Polizza Primary deve intendersi di €. 5.000.000,00 per sinistro e/o sinistro in serie per ciascuna Azienda assicurata, fermo restando il limite di €. 25.000.000,00 per anno assicurativo per una o più Aziende assicurate con la presente polizza. (*cosiddetto Drop Down*).

Polizza Excess Layer

Per ogni sinistro RCT è stabilita una franchigia frontale di € 5.000.000,00, assicurata dalla Polizza Primary. Nel caso di avvenuta erosione del massimale annuo aggregato della Polizza Primary la suddetta franchigia resterà a carico dell'Azienda assicurata (*escluso cioè il cosiddetto Drop Down*).

Art. 34 - b) Limiti di indennizzo

Agli indennizzi dovuti dalla Società si applicano, per specifiche causali e per ciascuna Azienda Assicurata, i seguenti limiti di indennizzo applicabili al netto e per l'eccedenza delle franchigie di polizza:

- a) per danni alle cose in consegna e custodia: massimo risarcimento € 1.500.000,00 per sinistro e per anno;
- b) per danni derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate e non massimo risarcimento € 1.500.000,00 per anno;
- c) per danni alle condutture ed agli impianti sotterranei massimo risarcimento € 1.500.000,00 per sinistro e per anno;
- d) per danni alle cose e/o opere dovuti a cedimento o franamento del terreno: massimo risarcimento € 1.500.000,00 per sinistro e per anno;
- e) per danni derivanti da fonti radioattive: massimo risarcimento € 1.000.000,00 per sinistro e per anno;
- f) per danni da inquinamento provocati da un fatto accidentale massimo risarcimento € 1.500.000,00 per sinistro e per anno;
- g) per danni a cose di terzi derivanti da incendio, esplosione e scoppio di cose dell'Assicurato o comunque detenute dallo stesso € 4.500.000,00 per sinistro e per anno. La presente garanzia viene prestata in eccedenza ad eventuali analoghe coperture previste da esistenti polizze incendio;
- h) per i danni a terzi derivanti da interruzione o sospensione parziale o totale di attività massimo risarcimento € 1.500.000,00 per sinistro e per anno;





- i) per danni derivanti dalla raccolta, distribuzione, utilizzazione del sangue, suoi derivati o preparati, HIV, prodotti o organi di origine umana massimo risarcimento € 3.000.000,00 per sinistro/per anno/sinistro in serie;
- j) per la garanzia malattie professionali massimo risarcimento di € 3.000.000,00 per sinistro per anno assicurativo;
- k) per danni da implantologia di prodotti/impianti che prevedono l'utilizzo di silicone in forma liquida/gelatinosa massimo risarcimento € 3.000.000,00 per sinistro/per anno/sinistro in serie;
- l) per la garanzia RC da Sperimentazione massimo risarcimento € 4.500.000,00 per sinistro/per anno/sinistro in serie.

Le sopra indicate garanzie non sono pertanto contemplate dalla Polizza Excess.

Art. 35) Massimali di garanzia

Polizza Primary

RCT

€. 4.500.000,00 per sinistro e/o sinistro in serie per ciascuna Azienda assicurata;

RCO

€. 5.000.000,00 per sinistro, €. 2.500.000,00 per prestatore;

per entrambe le garanzie è fissato un limite massimo di €. 25.000.000,00 per anno assicurativo per una o più Aziende assicurate con la presente polizza, con facoltà di ricostituzione del massimale a condizioni da concordarsi fra le parti

Polizza Excess

RCT

€. 10.000.000,00 per sinistro e/o sinistro in serie con il massimo di

€. 25.000.000,00 per anno assicurativo per una o più Aziende assicurate con la presente polizza, con facoltà di ricostituzione del massimale a condizioni da concordarsi fra le parti.

Art. 36) Esclusione del rischio guerra e terrorismo

A rettifica di qualunque norma in senso contrario contenuta nel testo di Polizza o clausole aggiuntive, viene convenuto che il contratto di Assicurazione esclude la copertura di qualunque perdita, Danno, costo o spesa di qualsivoglia natura causati direttamente o indirettamente, oppure risultanti da od in connessione ad uno dei seguenti eventi, indipendentemente da qualunque altra causa o evento che contribuiscano o concorrano agli altri aspetti del Sinistro:

1. guerra, invasione, atti ostili di nemici stranieri, ostilità od atti di guerra (dichiarata o meno), guerra civile, rivolta, insurrezione, agitazione popolare avente dimensione o conseguenze di sommossa, colpo di stato militare o meno; oppure:
2. qualunque atto di terrorismo. Ai fini della presente clausola si intende per atto di terrorismo qualunque atto, inclusi anche e non solo quelli che presuppongano ricorso alla forza o violenza e/o alla minaccia, compiuto da qualunque persona o gruppo di persone, agenti in proprio o per conto o in connessione con qualunque organizzazione o governo ed ispirati da finalità politiche, religiose, ideologiche o simili compreso lo scopo di influenzare le scelte di governo e/o, ancora, di porre in soggezione o timore il popolo o parte di esso.

La presente clausola esclude inoltre la copertura di Danni, costi o spese di qualsiasi natura causati direttamente o meno, o risultanti da o in connessione a qualsiasi azione intrapresa al fine di controllare, prevenire, sopprimere o comunque relativamente a quanto elencato ai punti 1. e 2.

Nel caso in cui la Società eccepisca l'accadimento dei fatti o atti di cui sopra e neghino il risarcimento dei Danni, costi o spese, l'onere di provare l'insussistenza di quanto deciso dagli Società graverà sull'Assicurato.

Qualora parte del contenuto della presente clausola venisse dichiarato nullo o inefficace da parte degli organi giudiziari o amministrativi competenti, tale nullità o inefficacia non pregiudicherà la validità del resto della clausola





NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI COLPA GRAVE
(Garanzia finanziata con il contributo esclusivo del personale)

Ad integrazione e parziale deroga di quanto previsto all'art. 23) Responsabilità personale e professionale si conviene quanto segue:

Oggetto dell'Assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenni gli Assicurati da quanto gli stessi fossero obbligati a pagare quali responsabili a termini di legge a fronte di eventi addebitabili a loro colpa grave e che abbiano cagionato danni corporali e materiali nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni.

L'Assicurazione si intende operante, sia durante l'esercizio della rispettiva attività professionale presso la Contraente, sia durante lo svolgimento di attività professionale in regime intramurario, in qualunque forma svolto, purché in conformità alle disposizioni anche regolamentari della Contraente.

L'Assicurazione si intende estesa anche in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di €. 1.000.000,00 e con applicazione di una franchigia assoluta di €. 5.000,00 per ciascun sinistro.

Si precisa che si intendono escluse dalla presente assicurazione le responsabilità derivanti dall'esercizio di attività professionali diverse da quelle di natura sanitaria, salvo che abbiano comportato danni direttamente derivanti od inerenti l'attività sanitaria di diagnosi, terapia e profilassi nonché di sperimentazione clinica svolta dalla contraente.

Danni indennizzabili

L'Assicurazione si intende operante in conseguenza di :

- Azione diretta del soggetto danneggiato;
- Azione di rivalsa esperita dalla Società qualora ed entro i limiti in cui la stessa è consentita ai sensi della presente polizza;
- Azione di rivalsa esperita dalla Contraente o da un altro Ente Pubblico o, più in generale, dalla Pubblica Amministrazione nei casi previsti dalla legge, in ordine a sinistri rientranti nelle franchigie della presente polizza, inclusi gli esborsi eventualmente finanziati attraverso il ricorso al "Fondo Speciale" di cui all'art. 23 della L.R. n. 9/07;
- 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 un sinistro indennizzabile ai sensi della presente polizza ed entro un limite massimo del 10% del danno indennizzato.

Resta ferma l'esclusione dei danni conseguenti ad azioni od omissioni commesse con dolo dall'Assicurato.

Massimali di garanzia

Polizza Primary

€. 5.000.000,00 per sinistro e/o sinistro in serie con il massimo di

€. 25.000.000,00 per anno assicurativo per una o più Aziende assicurate con la presente polizza, con facoltà di ricostituzione del massimale a condizioni da concordarsi fra le parti.

Polizza Excess

€. 10.000.000,00 per sinistro e/o sinistro in serie con il massimo di

€. 25.000.000,00 per anno assicurativo per una o più Aziende assicurate con la presente polizza, e non in aggiunta ai medesimi.

Soggetti Assicurabili

Ai fini della presente garanzia si assicura il personale che attualmente riveste o abbia assunto nel passato o assumerà nel futuro i ruoli nel seguito indicati a condizione che:

- relativamente al personale in servizio, abbia aderito alla presente garanzia e corrisponda a ciascuna scadenza, per il tramite dell'Azienda Contraente, il relativo premio dovuto entro i termini previsti dal contratto;
- relativamente al personale cessato prima della decorrenza della presente assicurazione, abbia aderito alla presente garanzia e corrisponda entro i termini previsti dal contratto il premio dovuto, che si intende pattuito in unica rata per l'intero periodo triennale della polizza;





- relativamente al personale cessato durante il periodo di vigenza della presente polizza, abbia aderito alla presente garanzia e corrisposto, a ciascuna scadenza, durante la permanenza in servizio, il relativo premio dovuto il cui rateo, non goduto, resta acquisito dalla Società quale corrispettivo per la prosecuzione della copertura in unica rata ed a completamento dell'intero periodo triennale della polizza.

Si intendono assicurati il personale dirigente medico, sanitario non medico, amministrativo tecnico e professionale, il personale non dirigente del ruolo sanitario, il personale non dirigente del ruolo amministrativo professionale e tecnico, nonché il personale del comparto.

L'assicurazione può essere estesa al personale non dipendente quali ad esempio, membri del C.E., medici a rapporto convenzionale, medici universitari, ed altre categorie professionali con rapporto di lavoro autonomo, etc. ed in tale caso il premio dell'Assicurazione è dovuto una sola volta, indipendentemente da numero delle collaborazioni accese, purché presso le Aziende assicurate, e potrà essere corrisposto presso l'Azienda Sanitaria dove viene svolta l'attività prevalente.

Condizioni di copertura

Si intendono operanti le condizioni di garanzia previste dalla Polizza Primari ed Excess, in quanto applicabili, ivi inclusi i termini di validità temporale della garanzia, massimali e sottolimiti nonché le Condizioni Particolari eventualmente stipulate da ciascun singolo Contraente, con l'unica eccezione delle franchigie di polizza che, in ogni caso, non sono opponibili all'Assicurato persona fisica oggetto della presente copertura.

Si precisa ulteriormente che:

- la presente garanzia costituisce rischio comune con l'Assicurazione Primary ed Excess e pertanto il sinistro si considera unico e validamente radicato all'atto della prima richiesta di risarcimento pervenuta all'Assicurato, fermo restando l'obbligo di denuncia di cui all'art. 29 della Polizza;
- il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la richiesta di risarcimento resta od ogni effetto unico anche nel caso di corresponsabilità di più soggetti tra di loro,
- nessuna estensione temporale ultrattiva della garanzia rispetto alla data di cessazione dell'Assicurazione indicata in Polizza è pattuita in forza delle presenti norme.

Inclusione degli Assicurati

Le forme di inclusione degli Assicurati nella presente coperture sono:

- a) inclusione su base nominativa,
- b) adesione totalitaria della categoria.

In caso di inclusione nominativa l'Assicurazione avrà effetto dalla data di decorrenza indicata in polizza a condizione che la Contraente abbia comunicato alla Società l'elenco del personale assicurato entro 90 giorni successivi alla stessa data.

Limitatamente ai nuovi assunti l'Assicurazione avrà effetto dalla data di assunzione a condizione che l'Assicurato abbia dichiarato alla Contraente la propria adesione entro i 90 giorni successivi alla stessa data. La Contraente si impegna a conservare la documentazione a comprova di ciò presso i propri uffici amministrativi e di il relativo premio sarà oggetto di conguaglio in sede di regolazione.

Adesioni successive ai termini sopra indicati comporteranno l'efficacia della garanzia dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui è stata dichiarata l'adesione.

In caso di adesione totalitaria della categoria l'Assicurazione avrà effetto dalla data di decorrenza indicata in polizza a condizione che la Contraente abbia comunicato alla Società gli estremi dell'intesa intervenuta con i rappresentanti del personale, eventualmente indicando nominativamente i soggetti che non abbiano inteso aderire.

