



Area Alberghiero - Economale e Provveditorato

Tel. 02.4029.7648

ugo.ammannati@pioalbergotrivulzio.it

Prot. 571/2021

CAPITOLATO SPECIALE

PROCEDURA APERTA TELEMATICA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PER L’ASP IMMES E PAT – LOTTO UNICO – POLIZZA RCT/O PER DANNI DA SARS, MERS E SINDROMI RESPIRATORIE GRAVI DA CORONAVIRUS; PER LA DURATA DI 15 MESI (CON FACOLTA’ DI RINNOVO DI ULTERIORI 15 MESI) MEDIANTE UTILIZZO DI PIATTAFORMA TELEMATICA SINTEL.

N. GARA 8287303 CIG 8906540551

Si certifica che i presenti atti di gara sono conformi e aderenti al sistema del D.Lgs. 50/2016, successive modifiche e integrazioni, in specie Linee Guida ANAC e sue restanti indicazioni di riferimento rilevanti.

Il Responsabile Unico del Procedimento – Avv. Sabrina Allisio

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE RCT/O PER DANNI DA SARS, MERS E SINDROMI
RESPIRATORIE GRAVI DA CORONAVIRUS**

La presente polizza è stipulata tra

AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA IMMeS e PIO ALBERGO TRIVULZIO Via Marostica, 8 - 20146 Milano
CODICE FISCALE/ PARTITA I.V.A. N. 04137830966

e

Società Assicuratrice
Agenzia di
.
.

DECORRENZA DEL CONTRATTO: ore 24 del 31.12.2021

SCADENZA PRIMA RATA: ore 24 del 31.03.2022

SCADENZA DEL CONTRATTO: ore 24 del 31.03.2023 senza tacito rinnovo

PREMIO ALLA FIRMA (dalle ore 24 del 31.12.2021 alle ore 24 del 31.03.2022)

Premio Imponibile

Euro

Imposte

Euro

Premio Totale

Euro

DEFINIZIONI

CONTRAENTE	AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA IMMeS e PIO ALBERGO TRIVULZIO Via Marostica, 8 20146 Milano
C.F./P.IVA	04137830966
ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione e pertanto: <ul style="list-style-type: none">- dall'Azienda di Servizi alla Persona IMMeS e Pio Albergo Trivulzio;- il legale rappresentante;- gli amministratori ed i dipendenti nonché tutti i soggetti che partecipano alle attività svolte dall'Assicurato;
SOCIETA'	la nonché le coassicuratrici;
BROKER	Aon Spa incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuta dalla Società nonché dalle Coassicuratrici;
ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione;
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione;
PREMIO	la somma dovuta alle Imprese Assicuratrici;
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne;
FATTI NOTI	Il fatto pregresso già noto all'Assicurato prima dell'inizio dell'assicurazione. Come tale si intende: <ol style="list-style-type: none">1. relativamente al Contraente/Assicurato (diverso dalle persone fisiche), i fatti dannosi suscettibili di poter cagionare un sinistro coperto dalla presente polizza, di cui sia a conoscenza per iscritto l'Ufficio Affari Generali e Legali o Assicurativi del Contraente;2. relativamente e limitatamente all'Assicurato persona fisica, i casi in cui esso abbia ricevuto un avviso di garanzia o una richiesta di risarcimento;
RICHIESTA DI RISARCIMENTO	qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata, anche tramite un organismo di mediazione e/o tramite l'invito a stipulare la convenzione di negoziazione assistita (DL 132/2014 convertito dalla Legge 162/2014), all'Assicurato; si intendono parificati alla richiesta di risarcimento la formale notifica dell'avvio di indagine da parte delle Autorità competenti, anche nei confronti di ignoti, in relazione a danni per i quali è prestata

	l'assicurazione nel momento in cui l'Assicurato ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta e/o qualsiasi atto introduttivo in un procedimento giudiziario.
SINISTRO RCT	la richiesta di risarcimento di danni per i quali è prestata l'assicurazione;
SINISTRO RCO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
SINISTRO IN SERIE	Più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato provenienti da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di danni e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa eziopatogenetica, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro.
COSE	sia gli oggetti materiali sia gli animali;
FRANCHIGIA	la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico;
SCOPERTO	la parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico;
PRESTATORI DI LAVORO :	Tutte le persone fisiche di cui l'Assicurato si avvale, anche occasionalmente, nell'esercizio dell'attività assicurata, indicate qui di seguito : <ul style="list-style-type: none"> a) personale dipendente; b) personale dipendente che effettua consulenze a terzi; c) dipendenti che svolgono attività presso terzi; d) dipendenti che esercitano la libera professione intramuraria; e) collaborazioni coordinate e continuative e lavoratori parasubordinati; f) lavoratori con contratto di lavoro temporaneo; g) qualunque altro soggetto, medici compresi, non alle dipendenze dell'Assicurato (a titolo esemplificativo e non esaustivo specializzandi in Medicina e Chirurgia, tirocinanti etc.) e di cui lo stesso si avvalga nell'esercizio della sua attività.
DANNO CORPORALE	il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale;
DANNI MATERIALI	ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa;
MASSIMALE PER SINISTRO:	la massima esposizione della Società per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà;
MASSIMALE PER ANNO:	(se contemplato in polizza) la massima esposizione della Società

complessivamente per tutti i sinistri ascrivibili alla medesima annualità assicurativa;

ANNUALITA'
ASSICURATIVA:

ciascun periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria o di cessazione dell'assicurazione;

ATTIVITA' ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante ai sensi di legge all'Assicurato in relazione allo svolgimento della propria attività istituzionale; a titolo esemplificativo ma non esaustivo, attività ospedaliere, diagnostiche, trasfusionali, dialitiche, ospedalizzazioni, sociali, assistenziali e riabilitazioni domiciliari; si intende compresa ogni attività comunque di fatto svolta, comprese tutte le attività ed i servizi che in futuro possano essere espletati, anche quelli di carattere amministrativo.

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

L'assicurazione è prestata per i danni e/o qualsivoglia pregiudizio patrimoniale e non patrimoniale, cagionati a terzi o a prestatori di lavoro e verificatisi a causa, per effetto o in occasione di epidemie o pandemie generate da:

- infezioni da coronavirus in grado di causare patologie SARS (ovvero Severe acute respiratory syndrome), MERS (ovvero Middle East respiratory syndrome) o simili sindromi respiratorie gravi da coronavirus.

Per epidemia si intende l'elevata diffusione, ben delimitata nello spazio e nel tempo, di una malattia infettiva, su di una ampia collettività di individui; per pandemia si intende la diffusione di una malattia infettiva in più continenti, o comunque in vaste aree del mondo e in un altro paese o in una regione diversa da quella in cui il virus si è generato, con una sostenuta trasmissione da uomo a uomo. La presente esclusione si applica anche a danni verificatisi prima dell'eventuale riconoscimento pubblico dell'emergenza epidemica o pandemica.

L'assicurazione riguarda tra l'altro ed esemplificativamente, danni e responsabilità derivanti o connesse al contagio, alla presa in carico dei pazienti contagiati, ad eventuali errori ed omissioni terapeutiche e/o assistenziali comunque correlati alla situazione epidemica o pandemica, anche se riferite a pazienti affetti da altre patologie, nonché alle spese per attività di decontaminazione /disinfezione o ad altre attività od azioni conseguenti alla situazione epidemica o pandemica, anche se svolte in ottemperanza a provvedimenti di autorità pubbliche per ragioni di interesse collettivo.

NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEL CONTRATTO

ART. 1 ALTRE ASSICURAZIONI

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In tal caso, per quanto coperto di assicurazione con la presente polizza ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza dei limiti previsti dalla presente polizza.

Il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve darne tuttavia avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C.

ART. 2 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, sempreché il pagamento della prima rata avvenga, in deroga all'art. 1901 c.c., entro **sessanta** giorni dalla sopracitata data.

In caso di pagamento del premio successivamente al sessantesimo giorno, l'effetto dell'assicurazione decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Se il Contraente non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa, dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Anche le eventuali appendici di variazione che comportano un incasso di premio, dovranno essere pagate dal Contraente entro sessanta giorni dalla data di ricezione del documento, ritenuto corretto.

Resta pattuito che la copertura assicurativa risulterà pienamente efficace sin dalle ore 24 della data indicata nella predetta appendice, anche in assenza del versamento del relativo premio.

Nel caso in cui, tuttavia, il Contraente non effettui il pagamento nei suddetti termini a causa di un'inadempienza della Società che, in conformità con quanto disposto dall'Art. 48/bis del DPR 602/73 e s.m.i., abbia reso impossibile il regolare pagamento del premio, la garanzia assicurativa manterrà piena efficacia a condizione che il Contraente, nei termini previsti per il pagamento del premio, abbia formalmente reso nota tale circostanza. In tal caso sarà successivamente obbligo della Società trasmettere nulla osta al pagamento rilasciato dall'agente della riscossione o da altro soggetto avente titolo e il Contraente dovrà pagare la rata di premio entro i quindici giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'esecuzione dell'ordine di bonifico da parte del Servizio Economico-Finanziario della Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice TRN (Transaction Reference Number).

ART. 2 BIS - CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA EX ART. 3 LEGGE 136 DEL 13 AGOSTO 2010

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto. Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010

ART. 3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto ha validità dalle ore 24,00 del 31.12.2021 alle ore 24,00 del 31.03.2023 (scadenza anniversaria al 31.03 di ogni anno) e cesserà automaticamente alla scadenza, senza obbligo di disdetta.

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

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 90 (novanta) giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione di ogni anno, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 4 (quattro) mesi prima della scadenza annuale.

Il Contraente si riserva la facoltà di procedere alla ripetizione del servizio qualora ne ricorrano i presupposti di legge e secondo le modalità e condizioni previsti dalla legge stessa (DL.Lgs. 50/2016 e s.m.i.). Tale facoltà dovrà essere comunicata alla Società entro e non oltre 30 giorni dalla scadenza contrattuale della polizza.

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

ART. 4 PREMIO ANNUO LORDO DELL'ASSICURAZIONE E REGOLAZIONE PREMIO

Il premio annuo lordo anticipato della presente assicurazione é convenuto in € determinato applicando sulla base del preventivo degli emolumenti annui lordi erogati ai prestatori di lavoro di € 40.000.000,00 al quale verrà applicato il tasso dello (pro-mille) al lordo delle imposte.

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione emessa dalla Società.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 60 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del

giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 15 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

ART. 5 ONERI FISCALI

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

ART. 6 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 7 ESTENSIONE TERRITORIALE

La validità dell'assicurazione è estesa al mondo intero con esclusione di USA, Canada e Messico.

ART. 8 CLAUSOLA BROKER

Ad Aon Spa è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione, in qualità di Broker dell'Azienda di Servizi alla Persona IMMeS e Pio Albergo Trivulzio ai sensi del D.lgs n. 209/05 e s.m.i..

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato.

ART. 9 COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione. 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 affidarne 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 nei confronti di ciascuna Società.

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

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

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

ART. 10 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve:

- darne avviso scritto alla Società o all'Agenzia o alla Società di brokeraggio alla quale è assegnata la polizza, entro 30 giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza, a parziale deroga dell'art. 1913 C.C..

Il Contraente/Assicurato è tenuto a denunciare alla Società eventuali sinistri rientranti nella garanzia "responsabilità civile verso "prestatori di lavoro" di cui al successivo art. 21 solo ed esclusivamente:

- a) in caso di infortunio per il quale ha luogo inchiesta 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. 11 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia ad esercitare il diritto di rivalsa e surrogazione nei confronti del personale dipendente e del personale convenzionato del Contraente/Assicurato salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave dei soggetti sopra indicati. Per tutti gli altri soggetti la Società potrà esercitare il diritto di rivalsa esclusivamente nel caso di dolo.

Resta pertanto impregiudicato il diritto della Società a rivalersi di quanto pagato in forza del presente contratto nei confronti del personale dipendente e del personale convenzionato in caso di colpa grave o dolo accertati, entrambi, con provvedimento definitivo dell'Autorità competente.

ART. 12 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Fino al trentesimo giorno successivo al pagamento o rifiuto della liquidazione di un sinistro, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 180 (centottanta) giorni. In tal caso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

Resta inteso tra le Parti che, qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito a portare a termine il completo collocamento della nuova assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento da parte del Contraente del documento contrattuale correttamente emesso dalla Società.

ART. 13 GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO E SPESE LEGALI

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

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

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

La Società non risponde di multe o ammende.

ART. 14 GESTIONE SINISTRI

La Società provvederà alla gestione e liquidazione di tutti i danni, compresi quelli il cui importo rientra totalmente o parzialmente nelle franchigie inserite nel presente contratto assicurativo. Alla fine di ciascuna semestralità assicurativa la Società provvederà nei confronti del Contraente al recupero delle stesse mediante emissione di un apposito documento riportante:

- data del sinistro
- nominativo della Controparte
- importo liquidato
- data del pagamento
- importo da recuperare

Il Contraente si impegna a supportare la Società nella valutazione dei sinistri al fine di verificare la fondatezza delle richieste risarcitorie e preordinare, congiuntamente con la Società stessa le eventuali tesi difensive con i modi e le forme che verranno stabilite e concordate fra le parti.

ART. 15 COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

La Società si impegna a partecipare attivamente e con proprio personale dedicato a 4 (quattro) sedute del CVS per ciascun periodo di assicurazione, al fine di collaborare alla gestione dei sinistri valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimendo parere sugli importi posti a riserva e convenendo, congiuntamente con il CVS, le strategie di gestione del sinistro.

Gli obiettivi principali del CVS consistono nel:

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

Alle sopra citate riunioni, a semplice richiesta del Contraente, la Società si impegna a garantire la presenza del proprio fiduciario medico legale.

La Società si impegna altresì a garantire la funzionalità del Comitato, con le medesime modalità di cui sopra, anche dopo le scadenze del contratto per l'analisi dei sinistri aperti sulla presente polizza. Tale impegno sarà relativo a 4 (quattro) riunioni annue da svolgersi fino alla data in cui tutti i sinistri che abbiano interessato la garanzia di cui alla presente polizza abbiano trovato compiuta definizione.

ALTRE NORME CHE DISCIPLINANO L'OPERATIVITA' DEL CONTRATTO

ART. 16 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO/BUONA FEDE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892 - 1893 - 1894 C.C..

Il Contraente/Assicurato deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio entro 6 mesi dal suo verificarsi.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C., fermo tuttavia quanto previsto al quarto comma del presente articolo.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

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

ART. 17 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

ART. 18 FORO COMPETENTE PER L'ESECUZIONE DEL PRESENTE CONTRATTO

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede legale dell'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.lgs 28/2010 ss.mm. e ii..

ART. 19 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E DIPENDENTI

ART. 20 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA R.C.T.

La garanzia della Responsabilità civile verso terzi vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel corso del periodo di decorrenza dell'assicurazione indicato in polizza, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti posti in essere:

- durante il periodo di validità della garanzia
- in epoca antecedente la data di effetto della polizza ma, comunque, non antecedente il 31.12.2018

ART. 21 RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali, danni materiali a cose in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'attività svolta.

ART. 22 NOVERO DEI TERZI

Si prende atto fra le parti che non sono considerati terzi esclusivamente i prestatori di lavoro dipendenti del Contraente obbligatoriamente assicurati ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 integrazioni, nonché ai sensi del D.Lgs. 23.02.2000 n. 38 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni quando opera la garanzia R.C.O. di cui all'art. 23.

Pertanto i prestatori di lavoro sopra definiti, sono considerati terzi:

- 1) qualora subiscano il danno mentre non sono in servizio;
- 2) 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, Direttore Amministrativo, Direttore Socio-Sanitario), anche nel caso di partecipazione alle attività dell'Assicurato stesso, (manuali e non), a qualsiasi titolo intraprese, nonché per la presenza, a qualsiasi titolo e/o scopo, nell'ambito delle suddette attività.

Il Direttore Generale, il Direttore Socio-Sanitario ed il Direttore Amministrativo verranno considerati terzi per i danni subiti in qualità di cittadino e/o utente o a lui cagionati da fabbricati e loro pertinenze (comunque adibite), macchinari, impianti ed attrezzature in uso alla Contraente.

ART. 23 RESPONSABILITA' CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (RCO)

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

- 1) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, integrazioni, nonché ai sensi del D.Lgs. 23.02.2000 n. 38, per gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro, da cui al punto 1) della relativa definizione, 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 modifiche, integrazioni, nonché ai sensi del D.Lgs.

23.02.2000 n. 38, per gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro, di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata un'invalidità permanente.

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 Società si impegna a tacitare civilmente la controparte indipendentemente dalla perseguibilità d'ufficio del reato commesso dall'Assicurato o da persona della quale questi debba rispondere ai sensi dell'art. 2049 C.C. ed indipendentemente dall'accertamento giudiziale. A questo riguardo si conviene che ogni decisione in merito sarà di volta in volta concordata tra la Contraente e la Società, tenendo conto degli interessi della Contraente, dell'Assicurato e delle persone delle quali la Contraente e l'Assicurato debbano rispondere ai sensi del citato articolo 2049 C.C..

L'assicurazione comprende le malattie professionali, riconosciute dall'INAIL e/o ritenute tali dalla Magistratura.

La presente estensione di garanzia alle malattie professionali viene prestata nell'ambito del massimale per sinistro che rappresenta anche la massima esposizione della Società per periodo di assicurazione.

La garanzia relativa alle malattie professionali non è operante:

1. per i Prestatori d'opera per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale precedentemente indennizzata o indennizzabile;
2. per le malattie professionali conseguenti:
 - alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte del Legale Rappresentante della Contraente;
 - alla intenzionale mancata prevenzione del danno, da parte del Legale Rappresentante della Contraente, per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni;
 - alla lavorazione e/o esposizione all'amianto (asbestosi e silicosi) o di/a qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o natura l'amianto o, ancora, di/a campi elettromagnetici;

la presente esclusione 2) - ad eccezione di quanto previsto dall'ultimo capolinea - cessa di avere effetto per i danni verificatisi successivamente al momento in cui, per porre rimedio alla carenza, vengano intrapresi accorgimenti atti a sanare la stessa.

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.

ART. 24 RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

La garanzia per danni arrecati a Terzi ed a Prestatori d'opera nello svolgimento delle mansioni o degli incarichi espliciti per conto ed ordine del Contraente, comprende la responsabilità civile professionale e personale di:

- Tutti i Dipendenti e del Personale ad essi equiparato, ai sensi delle normative vigenti, del Contraente, anche qualora svolgano la propria attività professionale presso altre strutture sanitarie, in forza di accordi o convenzioni stipulate dalla Contraente stessa nonché attraverso la telemedicina;
- Medici o altro Personale non a rapporto di dipendenza, qualora sussista per legge l'obbligo di copertura con oneri a carico del Contraente; resta in tal caso fermo il diritto di rivalsa spettante

alla Società per le somme corrisposte ed eccedenti il massimale previsto dalla legge di riferimento.

- Volontari, appartenenti o non, ad Associazioni di volontariato, e/o soggetti terzi appositamente incaricati dalla Contraente per le attività di natura assistenziale non rientrando, tra le stesse, le attività di natura sanitaria.
- Medici o di altro Personale non a rapporto di dipendenza che prestino la propria opera in nome e per conto del Contraente, in regime convenzionale o contrattuale in genere; la presente garanzia non dovrà ritenersi tuttavia operante in funzione della applicabilità di norme di legge in vigore e/o in funzione di specifici accordi, ferma in ogni caso l'operatività della polizza per la responsabilità in capo alla contraente.

Resta comunque inteso che qualunque attività clinica e/o chirurgica svolta da Medici o altro Personale non a rapporto di dipendenza dovrà essere preventivamente autorizzata dal Contraente. Per l'individuazione degli Assicurati e la loro entrata o cessazione dalla garanzia, che avverrà comunque senza necessità di preventiva comunicazione alla Società, si farà riferimento alla formale evidenza interna (atti, registrazioni e contratti tenuti dal Contraente) di cui il Contraente s'impegna a fornire copia a semplice richiesta della Società.

Si conviene inoltre tra le Parti che la garanzia sarà operante ancorché, al momento in cui emerga il sinistro, gli Assicurati di cui sopra non prestino più la propria attività in favore del Contraente.

La Società terrà a proprio carico anche i danni cagionati a Terzi dai Pazienti incapaci di intendere e di volere, anche di fatto ed anche in forma temporanea, annoverando nella qualifica di Terzi anche il Personale che sia direttamente incaricato della loro sorveglianza.

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

ART. 25 ESTENSIONI DI GARANZIA

A puro titolo esemplificativo e senza che ciò possa comportare limitazioni di sorta alle garanzie assicurative prestate con il presente contratto si precisa che l'assicurazione vale anche per i seguenti rischi:

25.1 Danni derivanti da colpa grave dell'Assicurato nonché per la responsabilità dell'assicurato a fronte di dolo e/o colpa grave delle persone di cui l'assicurato deve rispondere;

25.2 RC personale di tutti i dirigenti, funzionari, dipendenti e/o collaboratori per danni arrecati, in relazione allo svolgimento e/o in occasione delle loro mansioni, a terzi e a prestatori di lavoro, con esclusione dei casi di dolo e colpa grave;

25.3 RC derivante al Contraente/Assicurato per i servizi che la stessa debba erogare presso il domicilio degli assistiti o comunque fuori sede, con suo personale dipendente e/o collaboratori anche convenzionati, ivi compresi i danni "in itinere" al personale e/o collaboratori stessi;

25.4 R.C. per le malattie contratte per causa di servizio dal personale ;

25.5- RC per i danni derivanti dall'esistenza e dall'esercizio di laboratori chimici e di analisi, compreso il rischio conseguente alla elaborazione di esiti e referti e comunque la RC per danni conseguenti ad errori durante la redazione, consegna, smarrimento, conservazione degli atti e/o documenti inerenti l'attività;

25.6- R.C. per danni cagionati a terzi e/o prestatori di lavoro, da persone non dipendenti dell'assicurato (ivi compresi corsisti, stagisti, volontari del servizio civile, volontari e simili), della cui opera comunque lo stesso si avvale per lo svolgimento delle sue attività.

25.7 R.C. derivante all'Assicurato per danni a terzi e/o dipendenti causati dallo svolgimento di attività libero professionale, di medici e del personale del ruolo tecnico e sanitario nell'ambito delle strutture in uso od autorizzate dall'Assicurato stesso. Resta impregiudicata la facoltà di rivalsa della Società nei confronti del sopracitato personale in caso di dolo e/o colpa grave;

25.8 RC ascrivibile all'Assicurato in qualità di "Datore di Lavoro" ai sensi del Decreto Legislativo n. 81/2008 e successive integrazioni e/o modificazioni, nonché alla Responsabilità Civile personale dei dipendenti preposti al controllo e all'osservanza delle norme dettate dal predetto Decreto incluse le squadre antincendio, fatto salvo il diritto di rivalsa nei casi di dolo e colpa grave nei confronti degli stessi. La presente estensione di garanzia vale per i danni involontariamente cagionati a terzi per morte e lesioni personali. Sono considerati terzi anche i dipendenti dell'Assicurato medesimo, limitatamente ai danni da essi subiti per morte e lesioni personali gravi o gravissime, così come definite dall'art. 583 Codice Penale. Il massimale cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, ad ogni effetto, unico anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra di loro.

25.9 Si prende atto che la Contraente ha stipulato (o potrebbe stipulare) con alcune Università protocolli d'intesa per l'utilizzo delle strutture ospedaliere per la didattica universitaria e la conseguente attività clinica: s'intende quindi compresa la R.C. derivante all'Assicurato dalla predetta attività, con facoltà di rivalsa della Società nei confronti del personale dipendente e non ivi operante in caso di dolo e/o colpa grave.

ART. 26 ESCLUSIONI

L'assicurazione R.C.T. non comprende:

- a) i danni da furto;
- b) i rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione;
- c) i danni derivanti dall'impiego di aeromobili;
- d) i danni alle cose e/o opere di terzi sulle quali e nelle quali si eseguono lavori oggetto delle attività;
- e) i danni cagionati da opere o installazioni eseguite presso Terzi dopo l'ultimazione dei lavori;
- f) i danni da amianto e campi elettromagnetici;
- g) conseguenti ad atti di terrorismo e sabotaggio, nonché per i danni verificatisi in occasione di atti di guerra, atti vandalici, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare ed invasione;

ART. 27 RISCHI ATOMICI, DANNI DA INQUINAMENTO, DANNI DA ESPLOSIVI

L'assicurazione non comprende i danni:

- verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc...);
- conseguenti ad inquinamento dell'aria dell'acqua o del suolo od 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.

Per "danni da inquinamento" si intendono quei danni che si determinano in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, da parte di sostanze di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite;

- ## ART. 28 FRANCHIGIE

La Società corrisponde direttamente al Terzo danneggiato il risarcimento dovuto dandone formale comunicazione alla Contraente e presenterà la fotocopia dell'atto di quietanza, debitamente sottoscritto dal Terzo danneggiato, nonché copia dell'assegno o mandato di bonifico con cui è stata effettuata la liquidazione ed entro i 90 giorni successivi dal ricevimento della documentazione da parte del Contraente, lo stesso provvederà al reintegro degli importi corrisposti agli aventi diritto direttamente dalla Società ma rientrati nella Franchigia così come risultanti dalla documentazione probatoria citata.

I massimali assicurati per le garanzie di polizza sono i seguenti:

Resta inteso tra le Parti che la Società non sarà tenuta a risarcire, indipendentemente dal numero di sinistri, somma superiore ad € 10.000.000,00 per ogni periodo di assicurazione.