



VIA IMBIMBO 10/12 -83100 AVELLINO
P.IVA N. 02600160648

CAPITOLATO PER L'ASSICURAZIONE
“Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)
Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (RCO)”

DECORRENZA 31/12/2019

SCADENZA 31/12/2022

“LOTTO I”

Definizioni

| | |
|---------------------------|--|
| ASSICURAZIONE | Il contratto di assicurazione. |
| ATTIVITA' | Quella svolta in qualità di Azienda Sanitaria per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte. |
| CONTRAENTE | L'Azienda Sanitaria Avellino che stipula l'assicurazione. |
| ASSICURATO | Come sopra |
| POLIZZA/CAPITOLATO | Il documento contrattuale che prova l'assicurazione. |
| PREMIO | La somma annua dovuta dalla Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate a termini della presente assicurazione. |
| RISCHIO | La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne. |
| RICHIESTA DI RISARCIMENTO | Qualsiasi citazione in giudizio e/o altro atto giudiziario e/o, ancora , ogni altro eventuale atto contenente una formale richiesta danni inviata all'Assicurato da terzi, anche tramite un organismo di mediazione o altro sistema di ADR (Alternative Dispute Resolution), e pervenuta all'Assicurato nel momento in cui la stessa viene protocollata; 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 l'Assicurato ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta. |
| SINISTRO RCT | La richiesta di risarcimento sopra definita, di cui l'assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del periodo di 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 eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, o a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro |
| DANNO | Il pregiudizio economico addebitato all'Assicurato in conseguenza di un fatto che abbia cagionato la morte, lesioni personali o danni a cose |
| COSE | Sia i beni materiali, compresi i veicoli iscritti al PRA, sia gli animali |
| INDENNIZZO/RISARCIMENTO | La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro. |
| MASSIMALE | La massima esposizione della Società per ogni sinistro, qualsiasi sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà. |
| FRANCHIGIA | L'importo che, determinato a termini di polizza per ciascun sinistro, viene detratto dall'ammontare del danno e rimane a carico dell'Assicurato. |
| SCOPERTO | La percentuale di danno convenuta a carico del Contraente e determinata a termini di polizza per ciascun sinistro. |
| PRESTATORI DI LAVORO | I soggetti retribuiti dalla Contraente ed obbligatoriamente assicurati presso l'INAIL anche durante lo svolgimento di attività libero professionale |
| RETRIBUZIONE LORDA | L'importo ottenuto dalla somma di quanto al lordo anche delle ritenute previdenziali, i Dipendenti ed i Soggetti ad essi equiparati, ai sensi delle normative vigenti, obbligatoriamente assicurati presso l'INAIL e quelli eventualmente non soggetti all'Assicurazione INAIL, effettivamente ricevono a compenso delle loro prestazioni effettuate nel corso del periodo di assicurazione; si devono ritenere inclusi gli emolumenti corrisposti dalla Contraente a fronte dell'esercizio dell'attività libero-professionale svolta dagli Assicurati che abbiano optato, così come previsto dalle vigenti normative, per il rapporto di lavoro "esclusivo" |
| PERIODO DI ASSICURAZIONE | Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza dell'assicurazione. |

| | |
|--------------------------|--|
| FATTI/CIRCOSTANZE NOTE | Avvenimenti e/o fatti dannosi suscettibili di poter cagionare un sinistro coperto dalla presente polizza, di cui sia venuto a conoscenza per iscritto l'Ufficio deputato alla gestione dei sinistri, in data anteriore alla decorrenza della presente polizza. |
| PER CONCILIAZIONE | Composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della mediazione (art. 1, D.Lgs. 4.3.2010 n.28) |
| PER MEDIAZIONE | Attività, comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa (art.1, D.lgs.4.03.2010 n.28). |
| PERIODO DI ASSICURAZIONE | Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza del contratto. |
| La Società | Il Contraente |

**SEZ.1- CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI**

ART. 1: DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA

Il presente contratto ha validità dalle ore 24.00 del 31/12/2019 alle ore 24.00 del 31/12/2022 con frazionamento del premio semestrale e con facoltà, in favore dell'ASL Avellino, di richiedere alla Società la prosecuzione contrattuale della presente polizza alle medesime condizioni economico normative per ulteriori 12 mesi.

E' inoltre facoltà della Contraente entro 60 giorni antecedenti la naturale scadenza del contratto richiedere alla Società la proroga tecnica della presente assicurazione fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 giorni .

La Società si impegna a prorogare l'assicurazione per il periodo massimo suddetto 180 giorni alle medesime condizioni contrattuali ed economiche previo pagamento di premio addizionale pro rata.

Si conviene inoltre tra le Parti che il Contraente nell'ipotesi in cui So.re.SA. dovesse stipulare coperture assicurative in ambito regionale o imponesse alla Aziende di interrompere i loro autonomi rapporti assicurativi, avrà la facoltà di recedere, previa richiesta scritta e senza termini di preavviso ad ogni scadenza annuale.

ART. 2: PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro la mora stabilita di 90 (novanta) giorni, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1901 c.c. il pagamento della prima rata di premio può essere effettuato dalla Contraente entro 90 (novanta) giorni dalla decorrenza della polizza fermo restando l'effetto della copertura assicurativa.

Se la Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le date di scadenze contrattualmente stabilite.

L'Azienda Sanitaria è obbligata ad eseguire i pagamenti dei premi scaduti alla Società.

Ai sensi dell'articolo 72 bis del DPR 602/1973, il pagamento che viene eseguito dalla Contraente direttamente all'Agente di Riscossione costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

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'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente .

ART. 3: PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione, da parte della Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà dalle ore 24.00 del giorno indicato nel documento di variazione.

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

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'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente.

ART. 3-BIS: OBBLIGHI INERENTI LA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI IN BASE ALLA LEGGE N.136/2010

Le parti sono tenute ad ottemperare agli obblighi in materia di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dall'art. 3 della Legge 136/2010 recante "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia";

L'assicuratore, ai sensi e per gli effetti dell'art.3,comma7,Legge136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla stazione appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. L'assicuratore si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relative ai dati trasmessi.

In tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi di banche o della Società Poste Italiane S.p.A. o con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.; la risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni degli Assicuratori derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 Legge 136/2010, procederà all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale, informandone la prefettura - ufficio territoriale del Governo territorialmente competente ove ha sede la stazione appaltante o l'amministrazione concedente.

ART. 4: MEDIAZIONE

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

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

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

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

In accordo con il regolamento dell'Organismo prescelto, la Contraente garantisce la propria costante partecipazione diretta mediante un rappresentante individuato di comune accordo qualificato ed esperto di contenzioso sanitario, dotato di procura generale o speciale a conciliare e/o transigere la lite, i cui oneri verranno posti a carico della Società ed inoltre si adopera per assicurare la partecipazione degli altri soggetti del cui operato debba rispondere (periti, medici legali, specialisti), quando ciò sia previsto o reso obbligatorio in base al regolamento dell'Organismo prescelto, ovvero al fine del buon esito della mediazione.

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

La Società riscontra e decide con le stesse forme in ordine alle eventuali proposte di conciliazione formulate dal mediatore ai sensi del 1° comma dell'art. 11. In caso di conciliazione la Società può prestare la propria assistenza nella stesura degli atti di transazione e di quietanza relativi. La proposizione della domanda di mediazione produce tra le parti gli stessi effetti della richiesta di risarcimento e della domanda giudiziale ai fini interruttivi e sospensivi della prescrizione. Tutte le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione sono sempre posti a carico della Società, anche nel caso di sinistri in franchigia.

ART. 5: FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere espresse in forma scritta; le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Nessuna variazione delle condizioni contrattuali potrà essere posta in essere e avrà efficacia se non previo accordo scritto delle parti contrattuali.

ART. 6: DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO– MODIFICHE DEL RISCHIO–BUONA FEDE-DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e/o dell'Assicurato, all'atto della stipulazione della polizza o durante il corso dello stesso, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione di successive circostanze che modifichino o aggravino il rischio, non pregiudicheranno il diritto all'indennizzo, né comporteranno la riduzione dello stesso e né la cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Tuttavia, la Contraente è obbligata a corrispondere alla Società la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato, con decorrenza dalla data in cui la circostanza aggravante si è verificata ed è venuta a conoscenza dalla Società e sino all'ultima scadenza di premio.

A parziale deroga dell'Articolo 1897 del Codice Civile, nei casi in cui la variazione implichi diminuzione di rischio, nonché dei valori assicurati, la riduzione di premio sarà immediata.

In tale circostanza, la Società è tenuta a ridurre la corrispondente rata di premio a partire dalla data della comunicazione fatta dalla Contraente (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario).

Resta inteso che la diminuzione del rischio non può essere considerata causa di recesso da parte della Società.

ART. 7:INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

Resta inteso che, in caso di interpretazione dubbia delle clausole di polizza, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all'Assicurato e/o Contraente.

ART.8:ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se coesistono più 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. Invece, per quanto efficacemente coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde soltanto per la parte di danno eccedente il massimale delle altre polizze.

In deroga al disposto dell'Art. 1910 C.C., si esonera la Contraente e gli Assicurati dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto.

L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altra assicurazione sussiste soltanto in caso di sinistro, indicando a ciascuno il nome degli altri.

ART. 9:ONERI FISCALI

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

ART. 10:FORO COMPETENTE

Il Foro competente per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede della Contraente o dell'Assicurato.

ART. 11: RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per l'interpretazione di questo contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni, disposizioni e definizioni in esso contenute o ad esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

ART. 12: TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del DLgs 196/03 e Regolamento Europeo 679/2016 le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

ART. 13: COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote tra le diverse Società, ciascuna di queste concorrerà nel pagamento in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla polizza stessa, esclusa ogni responsabilità solidale.

Tuttavia, la Società Delegataria è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare alla Contraente o all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo del risarcimento.

Tutti i rapporti inerenti al presente contratto saranno svolti per conto della Contraente e degli Assicurati dalla Società Delegataria che provvederà ad informare le Coassicuratrici.

Difatti, tutte le comunicazioni inerenti alla polizza, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici.

Per quanto innanzi, con la sottoscrizione della presente polizza, le Società Coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Società Delegataria in ragione e/o a causa della presente polizza. Inoltre, la firma apposta dalla Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Società Coassicuratrici.

ART. 14: CALCOLO DEL PREMIO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio della presente polizza viene calcolato applicando il tasso lordo alle retribuzioni erogate, così come precedentemente definite: lo stesso è pertanto convenuto in euro 3.409.750,00 determinato applicando il tasso lordo dello..... promille all'ammontare degli emolumenti annui lordi erogati ai prestatori di lavoro, pari a euro 100.000.000,00.

Si precisa che il presente contratto non è soggetto a regolazione premio a fine annualità, essendo il premio conteggiato in forma "flat" per tutta la durata della presente assicurazione.

ART. 15: OBBLIGHI DELLA CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO – DENUNCIA DEL SINISTRO

Entro il termine di 60 gg. dalla data di decorrenza del contratto, la Contraente e gli Assicuratori individueranno di comune accordo un elenco di professionisti per le specifiche esigenze di gestione dei danni per i quali occorrono specifiche competenze professionali tecnico-legali, medico legali.

In caso di sinistro, a parziale deroga dell'Articolo 1913 del Codice Civile, la Contraente è tenuta a darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni di calendario dal momento in cui ha avuto conoscenza della richiesta risarcitoria del terzo.

Agli effetti dell'assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.), la Contraente ha l'obbligo di avviso, entro i termini di cui sopra, solo se, o quando, il danneggiato ha avanzato esplicita richiesta di risarcimento, in forma scritta, direttamente o per il tramite di un proprio Legale e/o di un terzo avente titolo a rappresentarlo o vi sia attivazione dell'Autorità Giudiziaria.

La Contraente è tenuta a denunciare alla Società eventuali sinistri rientranti nella garanzia Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro (R.C.O.), nei medesimi tempi temporali, soltanto per i sinistri per i quali:

ha luogo l'inchiesta giudiziaria/amministrativa a norma di legge per infortunio o per insorgenza di malattia professionale;

ha ricevuto avviso di aperture di un procedimento penale;

ha ricevuto richieste di risarcimento da parte dell'I.N.A.I.L. e/o dell'I.N.P.S.;

ha ricevuto richieste di risarcimento da parte del danneggiato o suoi Legali e/o suoi aventi diritto.

ART. 16: GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO- SPESE LEGALI E PERITALI

La Società, nella tutela dei diritti e/o degli interessi della Contraente, assume la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, designando, ove occorra, Legali, Tecnici e/o Periti, preliminarmente individuati di comune accordo con la contraente ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti alla Contraente stessa. Gli incarichi, anche legali, verranno conferiti in parti uguali ai professionisti indicati dall'azienda ed a quelli indicati dalla compagnia.

In sede penale l'assistenza viene assicurata anche dopo l'eventuale tacitazione del danneggiato o dei danneggiati, e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione degli stessi, e comunque, al massimo, sino al ricorso in Cassazione.

Ai sensi dell'Articolo 1917 del Codice Civile 3° comma sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, anche in eccesso al massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda, ma entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stesso.

Nel caso in cui la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra Società ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse. La Società non riconosce peraltro le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Si precisa che la Società gestirà anche i sinistri che dovessero rientrare per intero nell'importo di cui alla franchigia frontale per sinistro; definite il danno, la Società provvederà a trasmettere una relazione dello stesso al C.V.S. il quale dovrà proporre all'Azienda la liquidazione o l'eventuale rifiuto entro il termine di 45 gg dall'invio.

Nel caso in cui una proposta di transazione di un sinistro dovesse essere rigettata dal Contraente, la Società rimarrà obbligata a risarcire per quel determinato danno l'importo previsto dalla transazione, al netto degli eventuali scoperti o franchigie di polizza.

ART. 17: ACQUISIZIONE POLIZZE

Acquisita la documentazione necessaria per la corretta gestione del sinistro (documentazione sanitaria, relazioni del personale interessato e quant'altro possa essere ritenuto di utilità) sarà individuata, nel pieno rispetto di quanto convenuto in ordine al Comitato Gestione Sinistri, la soluzione ipotizzabile per la sua più idonea definizione (reiezione, proposta di transazione, etc.)

Solo a questo stato di avanzamento della gestione del sinistro, la Società avanzerà richiesta di acquisizione degli estremi degli eventuali altri contratti assicurativi esistenti (articolo 1910 c.c.) individuando essa stessa- tra quelli indicati dalla Direzione Medica aziendale quale personale "interessato" nel caso di specie- il nominativo dei soggetti a cui il Contraente debba formalmente richiedere riscontro in merito e la relativa motivazione.

ART. 18: LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza ai CCNL vigenti e/o ad altre obbligazioni esistenti al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dalla Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

ART. 19 :FRANCHIGIA FRONTALE PER SINISTRO E PROCEDURA GESTIONE SINISTRI **Franchigia**

L'Assicurazione è operante con una franchigia frontale per sinistro pari a € 5.000,00 elevata ad €,00 (vedi scheda offerta tecnica) limitatamente ai danni a terzi determinati da attività medico/sanitaria, fermo restando la validità di eventuali scoperti e franchigie previsti dal presente capitolato.

Lo stop loss – limite aggregato annuo di €,00 (vedi scheda di offerta tecnica) costituisce il limite massimo di esposizione dei danni in franchigia a carico del Contraente oltre il quale le garanzie della presente polizza saranno operanti senza alcun onere ulteriore a carico del contraente.

I sinistri saranno gestiti come di seguito riportato:

Procedura Gestione Sinistri

Per la gestione dei sinistri, si procederà come segue:

- Agli effetti dell'Assicurazione Responsabilità civile verso Terzi (RCT) l'Azienda assicurata ha l'obbligo di denunciare agli assicuratori i sinistri, così come definiti nel presente contratto entro i termini di cui al precedente articolo 15 ;
- All'atto dell'apertura del sinistro la Compagnia provvede, entro 30 (trenta) giorni, anche per via telematica, a comunicare al Contraente il numero attribuito alla relativa posizione di danno, nonché l'Ufficio e la persona incaricata della gestione del sinistro medesimo;

- La Società si impegna a trasmettere al Contraente/Assicurato, a supporto di quanto sopra, estratto della relazione medico legale del proprio fiduciario e parere in merito all'opportunità della transazione;
 - Il Contraente sottoporrà al Comitato di Valutazione Sinistri, integrato dai componenti della Compagnia assicuratrice, il parere del fiduciario della Compagnia per le necessarie valutazioni medico-legali e legali-assicurative, esprimendosi sulla sussistenza della responsabilità;
 - Una volta elaborata la proposta di definizione amichevole, la trattativa per la chiusura della vertenza sarà gestita dalla Compagnia Assicuratrice, tenendo conto di quanto emerso dalla valutazione in sede di Comitato di Valutazione Sinistri;
 - La Società è tenuta ad acquisire da parte del Contraente/Assicurato, il preventivo consenso prima di provvedere alla definizione di qualsiasi indennizzo;
 - Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, il Contraente/Assicurato dovrà inviare entro 60 giorni dal ricevimento della proposta transattiva da parte della Società proprie considerazioni di merito, in assenza delle quali la Società dovrà ritenersi delegata alla transazione nei termini prospettati;
 - Acquisito il benessere da parte del Contraente/Assicurato, la Società provvederà alla definizione del sinistro e comunicherà al Contrente/Assicurato il pagamento da effettuare. Qualora il Contrente/Assicurato comunichi la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dalla Società, quest'ultima resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta qualora il sinistro sia definito successivamente per un importo maggiore, mentre la differenza resterà a carico del Contrente/Assicurato.
 - La Società comunicherà al Contraente/Assicurato i singoli pagamenti da effettuare di volta in volta, tenendo anche conto di eventuali altre assicurazioni che possano concorrere al risarcimento dei danni. Ogni pagamento dovrà essere effettuato dal Contrente/Assicurato quanto prima possibile, e comunque non oltre i 60 (sessanta) giorni successivi alla presentazione della quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente. Gli eventuali maggiori costi dovuti al mancato o tardivo pagamento dei sinistri, resteranno ad esclusivo carico del Contrente/Assicurato.
- La Società in fase di liquidazione dei sinistri, provvederà a liquidare l'importo eccedente il valore della franchigia frontale, mentre sarà erogato direttamente dal Contrente/Assicurato al terzo il valore della franchigia frontale. Si precisa che la Società, fermo restando la propria autonomia nella gestione dei sinistri a proprio carico ovvero quelli che superino l'importo della franchigia frontale, aggiornerà e coinvolgerà il Contraente in occasione degli incontri con il Comitato di Valutazione Sinistri, al fine di poterlo aggiornare sugli sviluppi della gestione dei sinistri.

Massimale Retroattività

Il limite di risarcimento di Euro 3.000.000,00 (vedasi SEZIONE 2 - MASSIMALI ASSICURATI), riferito a tutto il periodo annuale, viene eroso unicamente dai sinistri pagati il cui evento ricada nel periodo di retroattività.

ART. 20: COMITATO VALUTAZIONE DEI SINISTRI

I compiti del CVS sono: valutare la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimere parere sugli importi posti a riserva e a rappresentare le eventuali tesi difensive. I componenti del Comitato sono rappresentativi delle seguenti aree interne ed esterne all'Azienda:

Ufficio interno preposto alla gestione dei Sinistri;

Direzione Sanitaria;

Medicina Legale;

Ufficio Legale;

Società di Assicurazione;

Legali incaricati nelle procedure giudiziali convenuti di volta in volta in virtù dei sinistri in esame.

I nominativi dei componenti sono deliberati dall'Azienda e, se ritenuto necessario, potrà essere prevista un'integrazione con altre professionalità per affrontare i casi specifici.

Il Comitato di Valutazione con cadenza periodica, fissata di volta in volta, salvi i casi di particolare necessità, valuta congiuntamente:

- **L'ammontare del preventivo tecnico di liquidazione dei sinistri, previa definizione congiunta dei criteri di quantificazione;**

L'istruzione e lo stato delle pratiche aperte;

Le proposte di gestione della vertenza, sia in sede giudiziale che stragiudiziale, indicando anche il massimo ammontare dell'offerta formulabile;

Le proposte di offerta transattiva alla controparte;

Le eventuali problematiche emerse nelle procedure, al fine di individuare le possibili soluzioni.

Il Comitato potrà avvalersi della collaborazione di altre strutture aziendali in base alle necessità/argomenti trattati.

Il coordinamento del Comitato Valutazione Sinistri sarà in capo al Responsabile indicato dalla Azienda Sanitaria di Avellino che avrà, comunque, cura e responsabilità di implementare il monitoraggio sull'andamento dei sinistri, congiuntamente tra l'Assicuratore e l'Azienda.

A tal fine, l'assicurazione si impegna a creare e mantenere, apportando i necessari aggiornamenti, una banca dati sinistri relative a tutte le posizioni di sinistro denunciate e ciò sino alla definizione dell'ultimo sinistro ancora pendente, anche dopo la cessazione dell'assicurazione stessa.

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

Tale partecipazione avrà luogo fino a quando non verranno definite tutti i sinistri per i quali l'Assicurato riterrà necessario il confronto congiunto con la Società.

Resta fermo che la Società Assicuratrice non potrà impegnare la Contraente ad alcun pagamento senza il consenso di quest'ultima od a pagamenti per somme eccedenti quelle approvate dalla Contraente stessa.

ART. 21: RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La Società può recedere dal presente contratto dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dalla definizione dei rapporti fra le parti, con preavviso di 90 giorni. In tale caso, la Società rimborsa alla Contraente la quota di premio, al netto delle imposte governative e di ogni altro onere di carattere tributario, relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 22: DIRITTO DI RIVALSA

La Società conserva il diritto di rivalsa previsto ai sensi dell'Articolo 1916 del Codice Civile:

- Per i soli casi di dolo e di colpa grave, nei confronti di tutti i Dipendenti per i quali esistano disposizioni/regolamenti tali per cui la Contraente non possa garantire, con oneri a proprio carico, la copertura assicurativa di tali eventi;

Per i soli casi di dolo, a meno che per il caso di colpa grave tale diritto non venga autorizzato dalla Contraente, nei confronti di altro Personale non a rapporto di dipendenza e diverso da quello di cui sopra, del quale la Contraente si avvale o che collabori con la stessa per lo svolgimento della propria attività.

ART. 23: RENDICONTO

La Società si obbliga a fornire su richiesta del Contraente, nei 60 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo di assicurazione, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- Elenco dei sinistri Denunciati;

Elenco dei sinistri Riservati, con indicazione per ciascuno di essi dell'importo a riserva che dovrà essere mantenuto, sia su i supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso;

Elenco dei sinistri Liquidati, con indicazione per ciascuno di essi dell'importo liquidato;

Elenco dei sinistri senza seguito.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, data di accadimento del sinistro denunciato dal reclamante, indicazione del nominativo del reclamante, indicazione della tipologia di sinistro, breve descrizione del sinistro, e data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

ART. 24: INADEMPIENZE E PENALI

La violazione degli obblighi descritti al precedente Art. 23 dà facoltà al Contraente di sanzionare l'inottemperanza della Società mediante l'applicazione di penali. Per ciascuna inadempienza sarà applicata una penale progressiva determinata nel modo seguente:

- Prima inadempienza: € 2.500,00
- Seconda inadempienza: € 5.000,00

Gli importi delle penali saranno prelevati dal Contraente dall'importo della cauzione definitiva versata a garanzia del corretto adempimento delle obbligazioni assunte, di cui al disciplinare di gara.

La Società

Il Contraente

.....

.....

SEZ 2: MASSIMALI ASSICURATI

Il limite di massimo indennizzo per capitale, interessi e spese a carico della Società, ammonta:
€ 5.000.000,00 per la Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.)

e di:

€ 5.000.000,00 per la Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro (R.C.O.)

con il limite di:

€ 5.000.000,00 per ogni Prestatore di lavoro infortunato.

€ 5.000.000,00 per danni a cose e/o animali

La Società non sarà tenuta ad indennizzare per ogni periodo annuo di assicurazione, somma superiore a:

€ 30.000.000,00 unico

La Società non sarà tenuta ad indennizzare per ogni periodo annuo di assicurazione, i sinistri verificatisi entro il periodo di retroattività per una somma superiore a:

€ 3.000.000,00 per ogni periodo annuo di assicurazione

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

La Società

Il Contraente

.....

.....

SEZ. 3: RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA

ART. 1: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (RCT)

La Società si obbliga a tenere indenne l' Assicurato, nei limiti dei massimali stabiliti, di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (Capitale, Interessi e Spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per i danni corporali e materiali involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danni a cose in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione allo svolgimento delle attività, prestazioni e servizi per i quali è prestata l'assicurazione, comprese tutte le operazioni e attività accessorie, sussidiarie, e/o complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa nè eccettuata ovunque nell'ambito territoriale dell'Assicurazione, ed in ogni caso qualunque attività consentita dalle leggi vigenti e/o dai propri regolamenti interni e non in contrasto con gli stessi.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante da fatto colposo e/o doloso di persone delle quali o con le quali l'Assicurato debba rispondere.

ART. 2: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ 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 (Capitale, Interessi e Spese) quale civilmente responsabile:

- Ai sensi del D.P.R. 1124/1965, del D. Lgs n. 38 del 23/02/2000, nonché della Legge 196/97 poi modificata da DL. 10.09.2003 n. 276 e successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni, per gli infortuni sofferti da Prestatori di Lavoro, assicurati ai sensi delle predette disposizioni di legge addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione.

Per erogazioni di somme eccedenti l'indennità liquidate dall'I.N.A.I.L., che l'Assicurato sia condannato a pagare in sede di giudizio al Personale infortunato, di cui al precedente punto1), o dagli aventi causa;

Ai sensi del Codice Civile per Danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30giugno1965 n.1124, del D.Lgs. 23febbraio 2000 n.38 e loro successive modificazioni, integrazioni e di interpretazioni, sofferti dai Prestatori di lavoro, di cui al precedente punto1), per morte e per lesioni personali dalle quali cagiona un'invalidità permanente.

L'assicurazione si estende anche ai tirocinanti, borsisti, specializzandi, ospiti convenzionati ed autorizzati, etc. che prestano servizio presso la sede della Contraente ai fini dello svolgimento dei vari corsi di formazione e di istruzione professionale ed altro e che vengono assicurati contro gli infortuni sul lavoro, a piena osservazione della norma di legge.

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi derivanti dall'assicurazione di legge.

Qualora si verifichi che l'Assicurato non sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di Legge, l'Assicurazione conserva, comunque, la propria validità se si dimostri che tale irregolarità derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia o da involontaria omissione della segnalazione preventive di nuove posizioni I.N.A.I.L.,

ART. 3: MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione RCO comprende le malattie professionali, riconosciute dall'INAIL e/o ritenute tali dalla Magistratura. L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino in data posteriore a quella della stipulazione della polizza, e siano conseguenza di fatti colposi commessi e verificatisi per la prima volta durante il tempo dell'assicurazione ed in ogni caso entro 12 mesi dalla data di cessazione della garanzia o del rapporto di lavoro.

La garanzia relative alle malattie professionali non è operante:

- Per i Prestatori di lavoro per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale precedentemente indennizzata o indennizzabile;
- Per le malattie professionali conseguenti:
- all'intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte del Legale Rappresentante della Contraente;

- all'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);

La presente esclusione 2) cessa di avere effetto per i danni verificatisi successivamente al momento in cui, per porre rimedio alla carenza, vengano intrapresi accorgimenti che possono essere ragionevolmente

ritenuti idonei in rapporto alle circostanze;

La presente estensione di garanzia alle malattie professionali viene prestata nell'ambito del massimale assicurato e comunque con il Massimo risarcimento di € 3.500.000 (tre milioni cinquecento mila) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo annuo di assicurazione.

ART. 4: INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA RCT

La garanzia assicurativa esplica la sua operatività per tutte le richieste di risarcimento presentate all'Assicurato ASL AVELLINO per la prima volta durante il periodo di efficacia della presente assicurazione in relazione a fatti colposi posti in essere durante il periodo di validità della stessa nonché per fatti colposi posti in essere nei dieci anni antecedenti la decorrenza del contratto.

Resta inteso tra le parti che, limitatamente ai soli sinistri originate da fatti colposi posti in essere nel citato periodo di retroattività, antecedenti la data di effetto della presente polizza, l'esposizione massima della Società non potrà essere complessivamente superiore ad € 3.000.000,00(tremilioni).

Agli effetti di quanto disposto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, l'Assicurato dichiara e la Società ne prende atto, di non essere a conoscenza di fatti e circostanze che possano dare luogo a richieste di risarcimento risarcibili ai sensi della presente assicurazione.

ART. 5: SINISTRO IN SERIE

Resta inteso tra le parti che le richieste di risarcimento presentate all'Assicurato, quand'anche siano riferite ad una pluralità di eventi dannosi originatisi in momenti diversi, saranno considerate un unico sinistro ("Sinistro in Serie") se imputabili ad una medesima causa generatrice che sia riconducibile ad una responsabilità di carattere gestionale in capo alla Contraente relativa allo svolgimento delle attività sanitarie di cui all'oggetto della presente polizza.

Ferma l'operatività della garanzia assicurativa prevista dall'Articolo - Inizio e Termine della Garanzia -la data della prima richiesta di risarcimento sarà considerata come data di tutte le richieste successive.

Per ogni “Sinistro in Serie” così come sopra inteso, la Società non sarà tenuta a rispondere per una somma maggiore di € 5.000.000,00 (cinque milioni) indipendentemente dal numero di persone coinvolte e per l'intero periodo di assicurazione.

ART.6: RIVALSA INPS

Tanto l'assicurazione R.C.T. quanto l'assicurazione R.C.O. valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'Articolo 14 della Legge 12 giugno 1984, n. 222 e successive integrazioni e modifiche.

ART. 7: ESCLUSIONI

L'assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi e verso Prestatori di lavoro non comprende i danni:

- Derivanti da fatti già noti all' Assicurato prima della data di decorrenza della presente polizza;

Conseguenti a detenzione e/o impiego di esplosivi;

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;

Conseguenti a detenzione e/o impiego o comunque connessi con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche provocata artificialmente;

Derivanti da campi elettromagnetici;

Derivanti direttamente o indirettamente, anche se parzialmente, da asbesto e qualsiasi sostanza contenente asbesto;

Derivanti direttamente o indirettamente, anche se parzialmente, da attività biotecnologiche, ingegneria genetica, produzione, trattamento, sperimentazione, distribuzione, stoccaggio o qualsiasi altro utilizzo o conservazione di materiali e/o sostanze di origine umana e qualsiasi prodotto biosintetico e prodotti derivanti da simili materiali o sostanze (OGM); resta inteso tra le Parti che la presente esclusione non si applica per tutti quei prodotti, materiali e/o tecnologie non sperimentali, il cui utilizzo è stato autorizzato dagli Organi competenti;

da infezioni da aviaria, peste suina, TSE/BSE e sindromi affini;

Da mobbing, bossing e sindromi e/o comportamenti affini;

L'assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi non comprende i danni:

Conseguenti a furto, ad eccezione dei casi in cui, in sede di giudizio, la Contraente sia condannata al risarcimento, oltre a quanto sancito al successivo Articolo –Cose consegnate e non consegnate;

Per i quali è obbligatoria l'assicurazione Responsabilità Civile Autoveicoli ai sensi del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione;

Derivanti dall'impiego di aeromobili, nonché di navigazione di natanti a motore;

Da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;

Alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;

Alle cose trasportate su mezzi di trasporto;

Da implantologia di prodotti/impianti che prevedono l'utilizzo del silicone in forma liquida/gelatinosa, qualora l'Assicurato/Contraente rivesta la qualifica di produttore ai sensi di Legge;

Derivanti da inquinamento dell'acqua, dell'aria, del suolo e dell'ambiente in genere che non siano di natura accidentale.

Conseguenti a trabocco o rigurgito di fognature nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio e, in genere, da insalubrità dei locali.

ART. 8:NOVERO DI TERZI

Si conviene tra le parti che tutti i soggetti, sia persone fisiche che giuridiche, agli effetti della presente polizza vengono considerati "Terzi" rispetto all'assicurato, con esclusione:

- dei prestatori di lavoro, dipendenti dell'Assicurato, soggetti all'assicurazione obbligatoria (INAIL), in occasione di servizio, operando nei loro confronti la garanzia RCO.

- dei soggetti non dipendenti dell'Assicurato per i quali lo stesso debba provvedere alla copertura obbligatoria (INAIL), in quanto opera la garanzia RCO.

Pertanto, i prestatori di lavoro sopra definiti sono considerati terzi qualora subiscano il danno mentre non sono in servizio od in caso di danno a cose di loro proprietà o da loro detenute.

ART. 9: RESPONSABILITÀ PERSONALE DEI DIPENDENTI E NON

La garanzia comprende la responsabilità civile personale e professionale di tutti i Prestatori di lavoro e altri soggetti dipendenti della Contraente, ancorché non più alle dipendenze dello stesso al momento in cui emerge il sinistro, nonché quella dei Medici e/o altri Soggetti, non a rapporto di dipendenza, quale, a titolo esemplificativo e non limitativo, Collaboratori, Consulenti esterni, Volontari appartenenti o non ad Associazioni, Borsisti, Tirocinanti, Obiettori e Docenti, per Danni arrecati a Terzi e da Prestatori di lavoro nello svolgimento delle mansioni o degli incarichi esplicitati per conto ed ordine della Contraente o dell'Assicurato anche all'esterno.

Si conviene inoltre tra le Parti che 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 Soggetto, Prestatore di lavoro o non, 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 della Contraente, prestino tirocinio lavorativo presso Terzi.

ART. 10: RESPONSABILITÀ COME DA D.LGS N.626/1994 E D.LGS N.494/1996 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI CONTENUTE NEL D.LGS N. 81/2008

La garanzia comprende la responsabilità civile derivante dell'Assicurato per fatto dei Dipendenti, nonché quella personale in capo ai Dipendenti stessi nello svolgimento delle loro mansioni contrattuali, comprese quelle previste ai sensi del D.Lgs 19 settembre 1994 n. 626 e del D.Lgs 14 agosto 1996 n. 494 e successive modifiche e integrazioni contenute nel D.Lgs 9 aprile 2008 n. 81.

ART. 11: DISTRIBUZIONE ED UTILIZZAZIONE DEL SANGUE E DEI SUOI PREPARATI O DERIVATI

In relazione al disposto di cui all'Articolo 22 del D.P.R. 24/08/1971 n.1256 e successive modificazioni ed integrazioni, la garanzia comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per danni a Terzi, in conseguenza della distribuzione o dell'utilizzazione del sangue o dei suoi preparati o derivati, purché la distribuzione ed il danno avvengano durante il periodo di assicurazione.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € 2.500.000,00 (duemilionicinquecentomila) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo annuo di assicurazione.

ART. 12: DETENZIONE ED USO DI FONTI RADIOATTIVE

A parziale deroga dell'Articolo - Esclusioni, la garanzia comprende la Responsabilità Civile derivante dalla detenzione ed uso, nell'ambito degli Istituti e/o Laboratori di pertinenza della Contraente, di fonti radioattive necessarie per attività diagnostica, terapeutica, di ricerca e di altre attività rientranti nei compiti istituzionali dell'Assicurato.

La validità della garanzia è subordinata alla condizione che l'attività dell'Assicurato, sia intrapresa con l'osservanza di tutte le norme di legge e regolamenti prescritti per l'autorizzazione all'esercizio di tali attività.

L'Assicurato si impegna altresì ad uniformarsi in ogni momento alle norme nazionali o, in mancanza di esse, internazionali per la regolamentazione di altre attività, a valersi esclusivamente di personale tecnico specializzato ed idoneamente protetto ed ad allontanare qualsiasi persona estranea all'impiego delle fonti radioattive dai locali di conservazione od uso delle fonti stesse.

La Società risarcirà tali Danni nel limite del massimale assicurato e comunque con un limite di indennizzo pari a € 2.000.000 (duemilioni) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo annuo di assicurazione.

ART. 13: COMMITTENZA GENERICA INCLUSA GUIDA VEICOLI

L'assicurazione comprende la responsabilità che a qualunque titolo ricada sull'Assicurato ai sensi dell'Articolo 2049 del Codice Civile per Danni cagionati a Terzi dalle Ditte appaltatrici, dai Dipendenti delle stesse o comunque da tutti coloro che, non in rapporto di dipendenza, partecipano in modo continuativo o saltuario allo svolgimento dell'attività dell'Assicurato.

L'Assicurazione è prestata inoltre per danni cagionati a Terzi dai Dipendenti dell'Assicurato, ancorché non più alle dipendenze dello stesso al momento in cui emerge il sinistro, in relazione alla guida di veicoli a motore e non, purché i medesimi, ad eccezione dei veicoli non a motore, non siano di proprietà od in usufrutto dell'Assicurato od allo stesso intestate al P.R.A. ovvero a lui locati.

La garanzia vale anche per danni corporali cagionati alle persone trasportate.

ART. 14: DANNI DA INCENDIO

La garanzia comprende i danni a cose di Terzi conseguenti ad incendio di cose di proprietà dell'Assicurato o da questi detenute a qualsiasi titolo. Tale garanzia è prestata in secondo rischio ad eventuale analoga garanzia prestata da polizza "Tutti i rischi del patrimonio", purché valida ed operante.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € 500.000 (cinquecentomila) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo annuo di assicurazione.

ART. 15: DANNI DA INTERRUZIONE DI ATTIVITÀ

La garanzia comprende i Danni derivanti da interruzione o sospensione, parziale o totale, di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il Massimo indennizzo di € 500.000 (cinquecentomila) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo annuo di assicurazione.

ART. 16: INQUINAMENTO ACCIDENTALE

L'assicurazione comprende i danni da inquinamento derivanti da guasti o rotture accidentali di impianti e condutture.

A riguardo della presente estensione si precisa che per i "danni da inquinamento" si intendono quei danni che si determinino 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 dal complesso delle strutture di pertinenza della Contraente. Sono esclusi i danni di cui l'Assicurato o persone delle quali debba rispondere siano responsabili a titolo di danno ambientale ai sensi dell'Articolo 18 della L.349/86 e successive modificazioni ed integrazioni.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il Massimo indennizzo di € 2.500.000 (duemilionicinquecentomila) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo annuo di assicurazione.

ART. 17 : PROPRIETÀ, CONDUZIONE E LOCAZIONE DI FABBRICATI

La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla sua qualità di proprietario o conduttore dei fabbricati nei quali si svolge l'attività descritta in polizza e dei rispettivi impianti, quali a titolo esemplificativo e non limitativo: ascensori, montacarichi, centrali termiche, autoclavi, cancelli anche elettrici, recinzioni, parchi e giardini, strade ad uso interno, locale adibito ad Aula Magna, eliporto, nulla escluso né eccettuato.

La garanzia comprende inoltre i lavori di ordinaria e straordinaria manutenzione.

ART. 18 : PROPRIETÀ ED USO MACCHINARI

La garanzia comprende la responsabilità civile derivante dalla proprietà e dall'uso di mezzi di trasporto e/o sollevamento ancorché semoventi, impiegati per operazioni connesse con l'attività svolta dall'Assicurato, esclusi comunque i rischi inerenti alla circolazione degli stessi e come tali soggetti all'obbligo dell'assicurazione di cui al Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005.

ART. 19: COSE CONSEGNATE E NON CONSEGNATE

A parziale deroga di quanto previsto dall'Articolo-Esclusioni la garanzia comprende, entro il limite stabilito per i danni a cose, i danni dei quali l'Assicurato sia tenuto a rispondere a qualsiasi titolo ai sensi degli Articoli 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile, per sottrazione, distruzione, deterioramento delle cose portate nei locali di pertinenza della Contraente, consegnate o non consegnate.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € 2.500 (duemilacinquecento) per ciascun danneggiato e di € 50.000 (cinquantamila) nel periodo annuo di assicurazione.

ART. 20: COSE IN AMBITO LAVORI

La garanzia comprende i danni alle cose, inclusi i locali, trovantisi nell'ambito di esecuzione dei lavori sempre che tali cose non siano oggetto diretto o strumento dei lavori dedotti in polizza.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € 500.000 (cinquecentomila) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo annuo di assicurazione.

ART. 21: DANNI A MEZZI SOTTO CARICO E SCARICO

La garanzia comprende la responsabilità civile per danni arrecati ai mezzi di trasporto sotto carico e scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione di dette operazioni.

ART. 22: LEGGE SULLA PRIVACY

A parziale deroga di quanto previsto all'Articolo-Oggetto dell'assicurazione Responsabilità 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, anche per perdite patrimoniali (intese, queste ultime, come il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali o morte o danneggiamenti a cose) involontariamente cagionate ai Terzi Utenti delle Strutture in conseguenza di una non intenzionale violazione degli obblighi di legge in relazione al trattamento dei dati personali, siano essi comuni che sensibili. La garanzia è operativa a condizione che il trattamento di tali dati sia strettamente strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali della Contraente.

La presente estensione non vale:

- per il trattamento di dati aventi finalità commerciali;
- per la volontaria diffusione il trasferimento dei dati personali ad altri soggetti in violazione delle disposizioni di legge;
- per le multe e le ammende inflitte direttamente alla Contraente od alle persone del cui operato la stessa debba rispondere;

La Contraente ed i Dipendenti, limitatamente alle violazioni della legge relative al rapporto di lavoro intercorrente tra le Parti, non sono Terzi fra loro.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € 200.000 (duecentomila) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo annuo di assicurazione.

ART. 23: SPERIMENTAZIONE CLINICA

La garanzia comprende, a parziale deroga di quanto previsto all'Articolo – Esclusioni, la responsabilità civile verso terzi (morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose) derivante all'Assicurato –

Contraente nella sua qualità di Sperimentatore autorizzato, a norma di legge, a svolgere attività di sperimentazione.

La garanzia opera per la diretta ed esclusiva responsabilità dell'Assicurato con l'esclusione della responsabilità che dovesse essergli ascritta in via di solidarietà con altri Soggetti (quali ad esempio: Promotori della sperimentazione – Ditte produttrici dei farmaci) che operano nell'ambito della stessa sperimentazione.

L'assicurazione vale altresì per la responsabilità derivante all'Assicurato- Contraente anche per fatto del proprio personale medico e paramedico di cui lo stesso debba rispondere fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti dei singoli operatori per danni riconducibili a colpa grave degli stessi.

La garanzia opera a condizione che venga correttamente espletato, secondo il rispetto delle norme di legge, il protocollo del consenso informato da parte del soggetto sottoposto al trattamento della sperimentazione e sia stato espresso parere favorevole alla sperimentazione da parte del Comitato Etico.

Resta comunque esclusa la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con un limite di risarcimento di € 3.500.000 (tremilionicinquecentomila) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo annuo di assicurazione.

A maggior chiarimento di quanto previsto dalle norme generali di polizza si prende atto fra le Parti che l'assicurazione non opera per i danni riconducibili alla RC Prodotti, ascrivibili alle Ditte produttrici dei farmaci somministrati nell'ambito della sperimentazione.

L'Assicurato può, inoltre, mediante apposite convenzioni, avvalersi delle prestazioni di Terzi (persone fisiche e giuridiche) di altre Strutture sanitarie, di Cliniche Universitarie ed Istituti a carattere scientifico, oppure può riservare agli stessi l'utilizzo di proprie Strutture a fini didattici e di ricerca.

La garanzia non opera:

- Per sperimentazioni non regolarmente autorizzate e/o svolte in maniera difforme da quanto autorizzato dalle Autorità competenti;
- Per i danni che non siano in relazione causale, nei termini stabiliti dalla legge 211/2003 e successivi Decreti di attuazione, con la sperimentazione assicurata;
- per reclami dovuti al fatto che la formulazione farmaceutica soggetta a sperimentazione non realizza gli scopi curativi previsti;
- per danni congeniti o malformazioni provocate in donne incinte partecipanti alla sperimentazione;
- per danni genetici e per infermità genetiche e/o ereditarie;
- per danni nucleari di qualsiasi tipo;
- per reclami dovuti ad immunodeficienza acquisita o ad errata diagnosi di tale sindrome;

- per i danni derivanti dai seguenti prodotti farmaceutici:
- anticoncezionali ormonali;

stilbestrol 1 d.e.s.;
 primidone;
 fluoxetine;
 phenylpropanolamine;
 methylphenidate;
 troglitazone;
 gemfibrozil;
 cerivastatin;
 isotretinoin.

ART. 24: COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA

La copertura assicurativa è estesa alla responsabilità civile personale dei soggetti componenti il Comitato Etico Indipendente dell'Azienda, stabilmente costituito presso la Direzione Sanitaria Aziendale, per danni cagionati ai soggetti sottoposti alla sperimentazione per morte e lesioni personali verificatisi in relazione alla loro attività purchè svolta secondo le normative, leggi, regolamenti o disposizioni tecniche vigenti. La garanzia non comprende i danni imputabili alla responsabilità degli Sperimentatori e dei Promotori delle sperimentazioni ed 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 Marzo 1998.

La copertura assicurativa è estesa altresì alla responsabilità civile personale dei soggetti componenti la Commissione Tecnica Scientifica, in ottemperanza alla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con un limite di indennizzo pari a € 3.500.000 (tremilionicinquecentomila) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo annuo di assicurazione.

ART. 25: RITARDATO E/O OMESSO SOCCORSO

La garanzia si estende alla responsabilità derivante da ritardo e/o omesso soccorso in conseguenza di fatto accidentale verificatosi in relazione a tale specifica attività.

ART. 26: VALIDITA' TERRITORIALE

La garanzia RCT vale per i danni che avvengono in Italia per i quali sia presentata una richiesta di risarcimento in tutto il mondo con esclusione di USA, Canada e Messico.

La garanzia RCO vale per i danni che avvengono nel mondo intero per i quali venga presentata una richiesta di risarcimento in Italia.

ART. 27: RC COLPA GRAVE MEDICA

La Compagnia entro 30gg dall'aggiudicazione è tenuta a presentare offerta/quotazione RC Colpa grave medica relativamente al personale medico sanitario e al comparto degli operatori sanitari.

La Società

Il Contraente

.....

.....

SEZ. 4 LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO E/O PER ANNUALITA' ASSICURATIVA

I limiti di risarcimento di seguito indicati devono intendersi quale massima esposizione della Società:

| | Limiti d'indennizzo/risarcimento |
|---|---|
| Malattie professionali | € 3.500.000,00 per sinistro e per periodo di assicurazione (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |
| Sinistro in serie | € 5.000.000,00 per sinistro in serie (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |
| Distribuzione ed utilizzazione del sangue | € 2.500.000,00 per sinistro e per periodo di assicurazione (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |
| Detenzione ed uso di fonti radioattive | € 2.000.000,00 per sinistro e per periodo di assicurazione (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |
| Danni da incendio | € 500.000,00 per sinistro e per periodo di assicurazione (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |
| Danni da interruzione di attività | € 500.000,00 per sinistro e per periodo di assicurazione (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |
| Danni da inquinamento accidentale | € 2.500.000,00 per sinistro e per periodo di |

| | |
|----------------------------------|---|
| | assicurazione (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |
| Cose consegnate e non consegnate | € 2.500.000,00 per sinistro e per periodo di assicurazione (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |
| Cose in ambito lavori | € 500.000,00 per sinistro e per periodo di assicurazione (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |
| Legge sulla privacy | € 200.000,00 per sinistro e per periodo di assicurazione (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |
| Sperimentazione Clinica | € 3.500.000,00 per sinistro e per periodo di assicurazione (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |
| Comitato Etico | € 3.500.000,00 per sinistro e per periodo di assicurazione (il limite previsto è per ogni Azienda Assicurata) |

DISPOSIZIONE FINALE

Il presente capitolato, già sottoscritto in ogni sua pagina dalla Società aggiudicataria in sede di presentazione dell'offerta, dopo il decreto di aggiudicazione del Contraente assumerà, in caso di eventuale richiesta di esecuzione anticipata del servizio ai sensi dell'art. 32, co.8 D. Lgs. 50/2016 e s.m.i., a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia successive. Quanto innanzi nelle more del decorso del termine di cui al successivo comma 9 e fatto salvo quanto ivi previsto.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società. Saranno ammesse solo le modifiche espressamente indicate in sede di offerta.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, del conteggio del premio e del trattamento dei dati personali.

Ad aggiudicazione avvenuta, la Contraente dà notizia immediate alla Società che ha vinto la gara.

La Società aggiudicataria inserirà l'eventuale riparto delle Coassicuratrici che sarà allegato al Capitolato all'atto della firma del Legale Rappresentante della Contraente.

La Società

Il Contraente

.....

.....

DICHIARAZIONE

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

Art.1 – Durata dell'Assicurazione – Proroga

Art.2 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione;

Art. 3- Bis- Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla legge N. 136/201

Art. 6 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – modifiche del rischio – buona fede – diminuzione del rischio;

Art. 8 – Assicurazione presso diversi assicuratori;

Art. 10- Foro competente;

Art. 14- Regolazione del premio;

Art. 21- Recesso in caso di sinistro;

La Società

Il Contraente

.....

.....

• ACCETTAZIONE

La Società..... autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS O D.M. n del pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (o suo supplemento n.) n:del, dichiara di aver esaminato ogni sua parte il bando, il disciplinare ed i termini, le modalità e le prescrizioni in essi contenute.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La Contraente, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e Regolamento Europeo 679/2016, autorizza al trattamento dei dati personali la Società.

La Società

.....

Il Contraente

.....