

Servizio di copertura assicurativa dei rischi di Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e verso Prestatori d'Opera (RCO)

Contraente

ASST SETTE LAGHI

Viale Borri, 57 – 21100 Varese (VA)

P.IVA 03510050127

La presente polizza è stipulata tra la Contraente e la Società:

SHAM - Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles

con sede in 18 rue Edouard Rochet – 69372 LYON CEDEX 08 - Francia

Mutua assicuratrice a contributo fisso ai sensi del Code des Assurances

Iscrizione registro imprese francese di Lyon n. 779 860 881 – partita I.V.A. (intracomunitaria): FR 79779860881

e con Sede Secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia in Via Carlo Imbonati, 18 – 20159 Milano

n. iscrizione registro imprese IVASS I.000128 – Codice fiscale: 97843200581

Indice

1. OGGETTO.....	4
2. DEFINIZIONI.....	4
3. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	6
3.1. DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI	6
Art.1 Durata dell'Assicurazione - Proroga - Disdetta.....	6
Art.2 Pagamento del premio e decorrenza dell'Assicurazione.....	6
Art.3 Pagamenti per variazioni con incasso di Premio	7
Art.4 Tracciabilità dei Pagamenti.....	7
Art.5 Gestione della Polizza	7
Art.6 Forma delle comunicazioni e modifiche dell'Assicurazione	8
Art.7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Modifiche del Rischio – Buona fede – Diminuzione del Rischio.....	8
Art.8 Interpretazione della Polizza.....	8
Art.9 Assicurazione presso diversi Assicuratori	8
Art.10 Oneri fiscali	9
Art.11 Foro competente	9
Art.12 Rinvio alle norme di legge	9
Art.13 Trattamento dei dati.....	9
Art.14 Coassicurazione e Delega.....	9
Art.15 Conteggio del Premio.....	9
3.2. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO.....	9
Art.16 Obblighi della Contraente e/o dell'Assicurato – Denuncia del Sinistro.....	9
Art.17 Gestione delle Vertenze di Danno – Spese Legali e Peritali	10
Art.18 Acquisizione Polizze.....	11
Art.19 Legittimazione.....	11
Art.20 Pagamento del Risarcimento	11
Art.21 Recesso in caso di Sinistro	12
Art.22 Diritto di Rivalsa.....	12
Art.23 Rendiconto	12
4. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS).....	13
5. ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO	13
6. MASSIMALI ASSICURATI	14
7. SELF INSURED RETENTION (SIR)	14
8. RIPARAMETRAZIONE IMPORTI AGGREGATI	14
9. RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA	15
Art.1 Disciplina della responsabilità.....	15

Art.2	Oggetto dell'Assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)	15
Art.3	Oggetto dell'Assicurazione Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (RCO).....	15
Art.4	Malattie Professionali	15
Art.5	Rivalsa INPS.....	16
Art.6	Inizio e Termine della Garanzia	16
Art.7	Sinistro in Serie.....	16
Art.8	Esclusioni.....	17
Art.9	Novero di Terzi	18
Art.10	Responsabilità Professionale e Personale dei Dipendenti e non	18
Art.11	Attività Libero-Professionale del Personale dipendente e non	19
Art.12	Responsabilità come da D.Lgs n. 81/2008.....	19
Art.13	Detenzione ed uso di Fonti Radioattive	19
Art.14	Committenza generica inclusa guida dei veicoli.....	19
Art.15	Distribuzione ed utilizzazione del sangue e dei suoi preparati o derivati	20
Art.16	Danni da Incendio	20
Art.17	Danni da interruzione di attività	20
Art.18	Inquinamento accidentale.....	20
Art.19	Proprietà, conduzione e locazione dei fabbricati.....	20
Art.20	Proprietà ed uso macchinari.....	21
Art.21	Cose in ambito lavori.....	21
Art.22	Danni a mezzi sotto carico e scarico.....	21
Art.23	Legge sulla Privacy.....	21
Art.24	Sperimentazione Clinica	21
Art.25	Comitato Etico e Commissione Tecnico Scientifica	22
Art.26	Ritardato e/o omesso soccorso	23
Art.27	Validità territoriale.....	23
10.	LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO	24
11.	PROCEDURA SINISTRI.....	25
Art.1	Oggetto e scopo.....	25
Art.2	Definizione e gestione dei flussi	25
Art.3	Soggetti Interessati (di seguito Parti).....	26
Art.4	Fase di apertura del sinistro	26
Art.5	Fase di acquisizione delle polizze personali	28
Art.6	Gestione della mediazione	29
Art.7	Fase di gestione dell'eventuale contenzioso giudiziario	30
Art.8	Comitato Valutazione Sinistri - CVS.....	30
Art.9	Istruzione del sinistro e definizione strategie di gestione	31
Art.10	Gestione della transazione e pagamento del risarcimento	32
Art.11	Mancato accordo alla transazione tra le parti	33
Art.12	Comunicazioni ex art. 13 della L.24/2017	34
	Clausole vessatorie	35

1. OGGETTO

Il presente documento ha lo scopo di fornire tutti gli elementi necessari alla stipula del contratto di assicurazione per il servizio di copertura assicurativa dei rischi di Responsabilità Civile verso Terzi e verso Prestatori d'Opera.

Resta inteso tra le Parti che all'eventuale modifica dell'assetto aziendale facente capo alla Contraente, a seguito della Riforma socio sanitaria del Sistema regionale lombardo, conseguirà l'impegno della Società di rappresentare, entro i 30 giorni successivi alla ricezione delle necessarie informazioni sulla modifica del rischio nei medesimi termini utilizzati in fase di indizione della procedura di gara oggetto della presente polizza, i parametri ritenuti necessari alla modifica del perimetro di operatività della garanzia così come necessaria a seguito del riassetto di cui sopra.

In assenza di un riscontro da parte della Società nel termine di 30 giorni dal ricevimento della documentazione così come più sopra definita, resta inteso tra le Parti che la garanzia si intenderà estesa anche al nuovo assetto ferma la facoltà di riparametrare le condizioni economiche vigenti.

Al ricevimento dei nuovi termini resta ferma la facoltà della Contraente di manifestare propria accettazione che, se pervenuta alla Società entro i 15 giorni successivi dall'invio dell'offerta da parte di quest'ultima, produrrà i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui la Contraente ha avanzato richiesta di estensione della garanzia.

Ove, altresì, la Contraente non ritenesse di accettare i termini proposti la stessa avrà facoltà di non accettarli e mantenere la validità della garanzia nei termini ed alle condizioni di cui all'aggiudicazione della procedura di gara.

2. DEFINIZIONI

Di seguito vengono riportate le definizioni di tutti i termini utilizzati nel presente documento.

Assicurato	Il Contraente e qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione disciplinata dal presente documento.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Broker	L'eventuale Broker, se presente, al quale, per incarico conferito dal Contraente, può essere affidata la gestione dell'assicurazione.
Contraente	L'Ente che stipulerà il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Cose	Sia i beni materiali, compresi i veicoli iscritti al PRA, sia gli animali.
CVS	Il Comitato Valutazione Sinistri costituito in conformità con quanto previsto dalla DG Sanità di Regione Lombardia con la Circolare 46/SAN del 27.12.2004 e successive linee guida e disposizioni.
Danno	Il pregiudizio di natura patrimoniale e non patrimoniale addebitato all'assicurato in conseguenza di un fatto che abbia cagionato la morte, lesioni personali (intendendosi come tali anche la lesione del diritto alla salute ed all'integrità psico-fisica) o danni a cose.
Indennizzo	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.

Polizza	Il documento che prova e regola l'assicurazione e che sarà stipulata dall'Ente.
Premio	La somma annua dovuta dal Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate ai termini dell'assicurazione, pari ad un terzo del valore triennale al lordo delle imposte governative dichiarato dalla Compagnia aggiudicataria.
Prestatori d'opera	I soggetti retribuiti dal Contraente e dallo stesso obbligatoriamente assicurati presso l'I.N.A.I.L., anche durante lo svolgimento di attività libero professionale "INTRAMURARIA".
Periodo di assicurazione	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza annuale.
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.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto	La percentuale del danno a carico esclusivo dell'Assicurato.
Self Insured Retention - SIR	L'importo che l'assicurato tiene a proprio carico per ciascun sinistro, anche in termini di gestione ove il sinistro rientri integralmente in tale importo, e che non interessa in alcun modo la garanzia assicurativa.
Sinistro RCT	La ricezione di una richiesta di risarcimento da chiunque avanzata nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente.
Sinistro RCO	La formale notifica al Contraente e/o ad un Assicurato dell'apertura di una inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale; la formale notifica al Contraente e/o ad un Assicurato dell'apertura di un procedimento penale; la ricezione di una richiesta di risarcimento da parte di Enti di Previdenza/Assistenza quali l'INAIL e/o l'INPS; la ricezione da parte del Contraente e/o di un Assicurato di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto.
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.
Società	La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che si impegna ad assumere l'assicurazione disciplinata dal presente documento.

3. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Nei paragrafi che seguono vengono riportate le condizioni generali di assicurazione riferite a decorrenza dell'assicurazione, termini contrattuali e norme operanti in caso di sinistro.

3.1. Decorrenza dell'assicurazione e termini contrattuali

Art.1 Durata dell'Assicurazione - Proroga - Disdetta¹

La polizza ha una durata di 36 (trentasei) mesi a partire dalle ore 24.00 del 31.12.2022, con scadenza anniversaria prevista ogni 12 (dodici) mesi. Alla data di scadenza della polizza, prevista per le ore 24.00 del 31.12.2025, quest'ultima si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È comunque nella facoltà delle Parti di disdettare l'assicurazione alla scadenza anniversaria, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R, spedita almeno 180 (centottanta) giorni prima della scadenza anniversaria.

Alla data di naturale scadenza della polizza stipulata dall'Ente, ovvero trascorsi i 36 (trentasei) mesi ed entro tale termine, è facoltà del Contraente 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 180 (centottanta) giorni.

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 30 (trenta) giorni dall'inizio della proroga.

È facoltà del Contraente, nell'eventualità dovessero intervenire disposizioni normative e/o regolamentari che alterino sostanzialmente il rischio così come rappresentato in fase di gara e/o impongano la necessità di aderire ad altre soluzioni diverse dalla presente, recedere dal presente contratto mediante lettera raccomandata da inviare con preavviso di 180 (centottanta) giorni, indipendentemente dalla scadenza annuale di cui sopra, fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Art.2 Pagamento del premio e decorrenza dell'Assicurazione

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del 31.12.2022 anche se il pagamento del primo rateo premio potrà essere effettuato dal Contraente entro il 31.03.2023.

Le rate semestrali di premio successive devono essere pagate entro il 31.03 ed il 30.09 di ogni anno.

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.

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.

¹ Il presente è stato oggetto di ripetizione per servizi analoghi così come previsto dall'art. 63 comma 5 D.Lgs. 50/2016.

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 a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice CRO (Codice di riferimento Operazione). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

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 del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

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 il 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 a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice CRO (Codice di riferimento Operazione). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

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

Art.4 Tracciabilità dei Pagamenti

La Società è tenuta al pieno rispetto di quanto previsto dall'Art. 3 della Legge 136/2010.

Art.5 Gestione della Polizza

Premesso che il presente contratto ha una durata di 36 (trentasei) mesi, più eventuale ripetizione per servizi analoghi ai sensi del sopra riportato art. 1, dalla relativa data di decorrenza, il Contraente ha affidato la gestione del presente contratto a alla RTI costituita da Marsh Spa (con sede in Milano, Viale Bodio n. 33, P.IVA/CF 01699520159) in qualità di "Mandataria" e Morganti Insurance Brokers Srl (con sede in Lecco, Via Dante n. 17 P.IVA/CF.02548480132) in qualità di "Mandante", a partire dal 01/10/2021.

Si prende atto che la remunerazione del broker è prevista nella misura del 2,50 % sul premio imponibile.

Si precisa comunque che, per gli eventuali contratti di brokeraggio che dovessero sopraggiungere, il Broker sarà remunerato secondo consuetudine di mercato per il tramite della Società aggiudicataria della polizza nella misura % del premio imponibile determinata a seguito di eventuale apposita gara.

Resta inteso tra le Parti che all'eventuale Broker cui il Contraente ha affidato o affiderà tale incarico è affidata la gestione e l'esecuzione della relativa polizza stipulata.

Le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite dell'eventuale Broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall'una all'altra Parte, anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Si conviene altresì che il pagamento dei premi che saranno dovuti alla Società, può essere effettuato dal Contraente tramite

l'eventuale Broker; il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il Contraente ai sensi dell'Articolo 1901 del Codice Civile- La Società delegherà quindi esplicitamente l'eventuale Broker all'incasso del premio, in ottemperanza a quanto previsto dall'Articolo 118 del D.Lgs. 209/2005 e con gli effetti, per il Contraente, previsti al 1° comma del medesimo Articolo.

Art.6 Forma delle comunicazioni e modifiche dell'Assicurazione

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

Art.7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Modifiche del Rischio – Buona fede – Diminuzione del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravano il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile, sempre che il Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

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

Resta altresì convenuto che, a parziale deroga dell'Articolo 1897 del Codice Civile, nei casi di diminuzione di rischio, nonché dei valori assicurati, la riduzione di premio sarà immediata.

La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione e rinuncerà allo scioglimento del contratto ed alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini dell'Articolo 1897 di cui sopra.

Trascorso infruttuosamente tale termine senza che la Società abbia adempiuto al proprio impegno, sarà facoltà della Contraente concedere ulteriori 30 giorni o recedere dal presente contratto mediante lettera raccomandata da inviare con preavviso di 180 (centottanta giorni), fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Nel caso in cui, altresì, le nuove condizioni proposte dalla Società non dovessero essere ritenute adeguate dalla Contraente in funzione del nuovo stato di rischio e non sia stato possibile trovare un accordo condiviso entro il termine dei 60 giorni di cui sopra eventualmente integrato con gli ulteriori successivi 30 giorni, sarà facoltà della Contraente recedere dal presente contratto mediante lettera raccomandata da inviare con preavviso di 180 (centottanta giorni), fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Art.8 Interpretazione della Polizza

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

Art.9 Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. Per quanto coperto da assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde per l'intero danno con facoltà di agire in regresso verso gli altri assicuratori.

Il Contraente 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, su richiesta della Società, il Contraente dovrà denunciare l'esistenza/stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Art.10 Oneri fiscali

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

Art.11 Foro competente

Il Foro Competente è, in via esclusiva, quello dove ha sede il Contraente.

Resta fermo che per il tentativo obbligatorio di conciliazione di cui al D.Lgs. 28 del 2010 e s.m.i. per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente un Organismo che - abilitato a norma di legge a svolgere la mediazione ed istituito presso il tribunale e/o i consigli degli ordini professionali e/o la camera di commercio - abbia sede, a scelta del Contraente, esclusivamente, nella medesima provincia dello Stesso".

Art.12 Rinvio alle norme di legge

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

Art.13 Trattamento dei dati

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e del D. Lgs 196/03 e s.m.i. 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, come meglio precisato al paragrafo 10 del Disciplinare di gara.

Art.14 Coassicurazione e Delega

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società, resta inteso che in caso di sinistro la Società Delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società Coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società Delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale; la Società Delegataria si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente polizza, le Società Coassicuratrici danno mandato alla Società Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria medesima rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società Coassicuratrici.

Resta inteso tra le Parti che ogni comunicazione effettuata alla Delegataria deve intendersi efficace anche nei confronti delle Società Coassicuratrici.

Art.15 Conteggio del Premio

Il premio annuo lordo, imposte governative incluse, che rimarrà fisso ed invariato per ogni annualità di durata della polizza e non sarà comunque soggetto ad alcuna regolazione del premio, è pari a € 2.687.055,00.

3.2. Norme operanti in caso di sinistro

Art.16 Obblighi della Contraente e/o dell'Assicurato – Denuncia del Sinistro

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato per il tramite del Contraente, deve darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Il Contraente e/o l'Assicurato ha l'obbligo di avviso, entro il termine di cui sopra, quando si verifichi una delle circostanze che diano luogo ad un sinistro, sia per quanto riguarda la garanzia Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.) che la garanzia Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (R.C.O.).

Resta inteso tra le Parti che, limitatamente alla sola garanzia Responsabilità Civile verso Terzi, il termine di cui al primo capoverso assumerà valore per i sinistri che prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato in una misura pari o superiore alla Self Insured Retention (SIR) nonché per quei sinistri per i quali, in assenza di una quantificazione economica del danno lamentato da parte terzo, il Contraente non sia in grado - entro il termine temporale di cui sopra - di quantificarne ragionevolmente la potenziale esposizione.

Relativamente ai sinistri che non prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato, ma ai quali nei termini sopra indicati il Contraente sia in grado di attribuire una prima ragionevole quantificazione in misura inferiore alla Self Insured Retention (SIR), sarà obbligo di quest'ultimo fornire mensilmente alla Società un file in formato excel e riassuntivo dei nuovi sinistri ricevuti con indicazione delle seguenti informazioni:

- a) Cognome e Nome della Controparte;
- b) Data dell'Evento;
- c) Data della Richiesta;
- d) Unità di Rischio in cui si verificato l'evento oggetto della richiesta di risarcimento;
- e) Descrizione dell'Evento con indicazione della dinamica dell'evento, della potenziale lesione e della menomazione/danno;
- f) Prima Stima Economica.

Sarà poi impegno del Contraente rappresentare alla Società, in occasione delle riunioni del CVS, l'aggiornamento delle posizioni riepilogate nei diversi file riportanti le statistiche sinistri onde convenire con la Società stessa la quantificazione economica del potenziale danno.

Sarà altresì obbligo del Contraente consentire alla Società di effettuare degli audit su specifici sinistri riportati nei file relativi alle statistiche sinistri e consentire il trasferimento della gestione del sinistro a quest'ultima a fronte di espressa richiesta in tal senso.

La procedura per la gestione dei sinistri sopra SIR e dei sinistri c.d. "border line" e per la gestione della mediazione di cui sopra, a seguito di offerta migliorativa, segue quanto indicato al successivo capitolo 11 "Procedura sinistri".

Art.17 Gestione delle Vertenze di Danno – Spese Legali e Peritali

Premesso che la Società non gestirà vertenze di danno in USA, Canada e Messico, la Società stessa si impegna a gestire gli altri sinistri, con la necessaria diligenza e sempre di concerto con il Contraente nelle modalità stabilite in polizza (CVS), ed assume a proprio carico, a nome del Contraente/Assicurato, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, designando, ove occorra, Legali, Tecnici e/o Periti ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti al Contraente/Assicurato stesso.

Al ricevimento di una eventuale domanda di mediazione, il Contraente è tenuto ad informare tempestivamente la Società ed a fornire nei tempi più rapidi la documentazione necessaria per consentire la corretta ed esaustiva istruzione del sinistro utile alla condivisione tra le Parti circa l'opportunità o meno di aderire alla domanda. Le Parti saranno tenute, per quanto di propria pertinenza, ad adottare - entro i termini utili ad evitare pregiudizi - ogni iniziativa necessaria all'osservanza degli adempimenti previsti dalle vigenti norme di legge e dalle specifiche disposizioni contenute nel regolamento dell'Organismo individuato per l'espletamento della procedura di mediazione.

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

Resta convenuto tra le Parti che nei casi in cui, in base alla polizza, il Contraente e/o l'Assicurato abbiano diritto all'assistenza legale e peritale, la Società è tenuta a fornire al Contraente e/o Assicurato, mediante comunicazione scritta ed entro un termine utile a non compromettere il pieno esercizio del diritto di difesa, gli estremi del legale incaricato per la gestione della vertenza nonché, ove necessario, di eventuali tecnici (periti/medici legali). La nomina di una rosa di professionisti preventivamente condivisa tra Contraente e Società è stata oggetto di offerta migliorativa.

In sede penale l'assistenza viene assicurata anche dopo l'eventuale tacitazione della o delle Parti lese, e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento dell'avvenuta tacitazione della o delle Parti lese e comunque, al massimo, sino al ricorso in Cassazione.

Ai sensi dell'Articolo 1917 del Codice Civile 3° comma, le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, comprese le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione, sono a carico della Società, 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. Qualora la somma dovuta al Danneggiato superi il massimale stabilito in polizza, dette spese vengono ripartite tra Società ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

La Società non risponde di multe o ammende.

Art.18 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 Valutazione 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, ove tale attività sia affidata alla Società, quest'ultima avanzerà richiesta di acquisizione degli estremi degli eventuali altri contratti assicurativi esistenti (Articolo 1910 del Codice Civile) individuando essa stessa - quale personale potenzialmente interessato nel caso di specie - il nominativo dei soggetti a cui il Contraente debba formalmente richiedere riscontro in merito e la relativa motivazione.

Art.19 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, dal 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.20 Pagamento del Risarcimento

Resta inteso tra le Parti che la Società è tenuta ad acquisire il preventivo consenso del Contraente prima di provvedere alla definizione e successiva liquidazione di qualsiasi risarcimento del danno.

Qualora l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti interamente a carico del Contraente a titolo di Self Insured Retention (SIR), stabilita a termini della presente polizza, la Società trasmetterà al Contraente la integrale documentazione attestante l'avvenuta definizione del sinistro, comunque preventivamente condivisa con la stessa, affinché il Contraente possa

provvedere, entro i 90 giorni successivi alla ricezione della documentazione di cui sopra, al pagamento del risarcimento in favore dell'avente diritto.

Qualora, invece, l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti essere superiore, anche solo parzialmente, alla somma posta a carico del Contraente a titolo di Self Insured Retention (SIR), la Società corrisponde direttamente al Terzo danneggiato il risarcimento dovuto dandone formale comunicazione alla Contraente. In tale ultimo caso la Società presenterà la fotocopia dell'atto di quietanza, debitamente sottoscritto dal Terzo danneggiato, l'integrale documentazione attestante l'accordo tra Società e Contraente circa la definizione del sinistro, nonché copia dell'assegno o mandato di bonifico con cui è stata effettuata la liquidazione; entro i 90 giorni successivi dal ricevimento della documentazione da parte della Società, il Contraente provvederà al reintegro degli importi corrisposti agli aventi diritto direttamente dalla Società ma rientranti nella Self Insured Retention (SIR) così come risultanti dalla documentazione probatoria citata.

Art.21 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.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 e per il Personale ad essi equiparato per i quali esistano disposizioni/regolamenti tali per cui il Contraente non possa garantire, con oneri a proprio carico, la copertura assicurativa di tali eventi;
- per i soli casi di dolo, a meno che tale diritto non venga esercitato dal Contraente, nei confronti di altro Personale non a rapporto di dipendenza e diverso da quello di cui sopra, del quale il Contraente si avvale o che collaborino con la stessa per lo svolgimento della propria attività.

Art.23 Rendiconto

La Società si obbliga a fornire alla Contraente, alle scadenze del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre, di ogni anno, il dettaglio dei sinistri così impostato:

- elencazione dei sinistri Denunciati;
- Sinistri Riservati, con indicazione dell'importo a riserva che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso;
- sinistri Liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- sinistri Senza Seguito, con precisazione scritta delle motivazioni.

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

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

4. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

La Società si impegna a partecipare attivamente e con proprio personale dedicato ad almeno 8 (otto) 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 del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio.

In seno al CVS il Contraente potrà informare la Società sullo stato del contenzioso rientrante nella SIR e gestito in autonomia dalla Contraente stessa.

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.

Ove il Contraente ritenga necessaria la partecipazione al Comitato di un legale e di un medico legale di propria fiducia, la Società si impegna a tenere a proprio carico le spese relative all'attività di tali professionisti pari, per ciascun anno di durata della presente polizza, ad € 10.000,00 (diecimila/00) lordi, inclusi Iva e Cpa ove applicabile, pro-capite.

5. ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO

L'Assicurazione è prestata in relazione ad attività e/o competenze istituzionali del Contraente e/o Assicurato (così come individuate dalla normativa nazionale / regionale pertinente in materia) comprese attività preliminari, accessorie, complementari, annesse, connesse, collegate e/o conseguenti, ivi comprese le attività del servizio di Emergenza Urgenza, comunque, da chiunque ed ovunque

svolte e/o gestite (con esclusione, limitatamente alla garanzia R.C.T., di USA Canada e Messico), anche indirettamente e/o in forma mista e/o tramite Associazioni e/o volontariato e/o Enti del terzo settore, sia a titolo oneroso che gratuito.

6. MASSIMALI ASSICURATI

La Società non sarà tenuta a risarcire somma superiore ad € 30.000.000,00 per ogni periodo di assicurazione e ad € 12.500.000,00 per ogni singolo sinistro con il sottolimito di € 35.000.000,00 quale massima esposizione della Società, per l'intera durata della polizza, relativamente a tutte le richieste di risarcimento conseguenti a fatti ricadenti nel periodo di retroattività, così come riportato nell'articolo "Inizio e Termine della Garanzia RCT/O" (Art.6 del paragrafo n. 9 del presente documento).

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di Assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra di loro.

7. SELF INSURED RETENTION (SIR)

Resta convenuto tra le Parti che la garanzia prestata dalla presente polizza opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui risarcimento sia pari o superiore all'importo della Self Insured Retention (SIR), € 250.000,00, ad esclusione dei sinistri relativi alla garanzia Responsabilità Civile verso Prestatori d'opera (R.C.O.) nonché ai sinistri di cui alla garanzia di cui al successivo art. 25 "Comitato Etico e Commissione Tecnico Scientifica". I sinistri che non superino tale importo, infatti, saranno direttamente gestiti dal Contraente, che non avrà alcun obbligo di comunicazione nei confronti della Società.

Resta convenuto tra le Parti che, a semplice richiesta e con un preavviso di n. 10 (dieci) giorni lavorativi, è facoltà della Società effettuare un audit presso il Contraente al fine di analizzare le posizioni di sinistro non denunciate da quest'ultima in quanto ritenute potenzialmente contenute nell'importo della SIR.

Nel caso in cui la Società ritenga che il valore di uno o più sinistri possa superare l'importo della SIR, la stessa si riserva di chiedere una valutazione al CVS al fine di ottenere l'affidamento di tali posizioni. In tal caso il Contraente si impegna, entro n. 30 (trenta) giorni dal ricevimento della richiesta, a denunciarli con le modalità stabilite nei precedenti articoli.

Resta inteso tra le Parti che ove un sinistro si riferisca al medesimo soggetto danneggiato - ancorché derivante da più atti, errori od omissioni tutti consequenziali e dunque riconducibili ad una medesima causa eziopatogenetica – ma interessi la garanzia assicurativa prestata da più polizze aggiudicate a seguito della procedura avente ad oggetto anche il presente contratto, nonché le precedenti edizioni della presente iniziativa (ARCA_2016_16.1 edizione VI, ARCA_2016_16.2 edizione VI bis, ARCA_2017_003.1 edizione VII, ARCA_2017_003.2 edizione VIII, ARCA_2018_108.1 edizione VIII bis, ARCA_2018_108.3 edizione IX, ARCA_2018_096 edizione IX bis, ARCA_2019_092 edizione IX tris), sarà applicata una sola Self Insured Retention (SIR) essendo il sinistro considerato come riconducibile ad un unico evento dannoso.

Quanto sopra anche nel caso in cui le richieste di risarcimento vengano avanzate nei confronti di più Aziende Contraenti in tempi successivi fra loro.

L'importo della Self Insured Retention (SIR) che verrà applicato sarà pari a quello più elevato tra tutte le polizze interessate dal sinistro di cui sopra; analogamente sarà applicato un unico massimale per sinistro, e l'importo applicato sarà quello più elevato.

8. RIPARAMETRAZIONE IMPORTI AGGREGATI

Ove alla data di scadenza la polizza continuasse ad esplicare i propri effetti a seguito di proroga o ripetizione del servizio, la massima esposizione della Società relativamente a tutte le richieste di risarcimento conseguenti a fatti ricadenti nel periodo di retroattività

sarà proporzionalmente riparametrata in funzione di 1/1.080 per ciascun giorno intercorrente tra la data di scadenza e la nuova scadenza della polizza.

9. RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA

Art.1 Disciplina della responsabilità

L'assicurazione prestata ai termini della polizza che sarà stipulata ai sensi della presente procedura vale per le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato indipendentemente:

- dalla fonte giuridica invocata;
- dall'autorità ritenuta competente in conformità alla legge applicabile, sia quindi essa civile, amministrativa, penale e/o arbitrale.

Art.2 Oggetto dell'Assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (Capitale, Interessi e Spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per i danni involontariamente cagionati a Terzi, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare al Contraente e/o Assicurato da fatto colposo e/o doloso di Persone delle quali o con le quali debba rispondere.

Art.3 Oggetto dell'Assicurazione Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (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:

1. ai sensi degli Articoli 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, del D.Lgs. 10 settembre 2003 n. 276 e loro successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni, per gli infortuni sofferti da Prestatori d'opera da Lui dipendenti, dai lavoratori parasubordinati e dai lavoratori con rapporto di lavoro regolare, disciplinato da tutte le forme previste dal citato D.Lgs. 276/2003, addetti alle attività per le quali è prestata l'Assicurazione;
2. ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nei casi di cui al precedente punto 1), cagionati ai suindicati prestatori di lavoro da infortuni dai quali sia derivata morte o invalidità permanente.

L'Assicurazione R.C.O. è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'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 o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni I.N.A.I.L.

Art.4 Malattie Professionali

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.

Art.5 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.6 Inizio e Termine della Garanzia

La garanzia assicurativa esplica la sua operatività per tutti i sinistri ricevuti dalla Contraente e/o dall'Assicurato per la prima volta durante il periodo di efficacia della presente assicurazione in relazione a fatti posti in essere durante il periodo di validità della stessa nonché per fatti posti in essere in data non antecedente:

- a) alle ore 24:00 del 31.12.1999 per tutte le strutture facenti capo all'Azienda Ospedaliera così come costituita fino al 31.12.2015 – data di effetto della Legge Regionale 23/2015 – a seguito della quale è stata costituita la Azienda Socio Sanitaria Territoriale Contraente della presente polizza. Resta altresì inteso tra le Parti che, limitatamente ai fatti posti in essere in realtà/presidi che per effetto della citata Legge Regionale sono afferiti ad Aziende Socio Sanitarie Territoriali diverse dalla Contraente, la garanzia esplica la sua operatività solo ed esclusivamente per i fatti posti in essere nel periodo intercorrente tra la data di retroattività sopra richiamata ed il 31.12.2015;
- b) alle ore 24.00 del 31.12.2015 per tutte le altre realtà/presidi afferite alla Azienda Socio Sanitaria Territoriale Contraente della presente polizza da altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale per effetto della Legge Regionale 23/2015 e ss.mm.ii.

A maggior precisazione di quanto sopra, resta inteso tra le Parti che le eventuali richieste di risarcimento successive, seppur pervenute in momenti diversi ed anche dopo la data di cessazione della vigente polizza - purché traggano origine dal medesimo fatto colposo – saranno considerate come unico sinistro e la data della prima richiesta di risarcimento varrà anche per quelle successive.

Resta inteso tra le Parti che, limitatamente ai soli sinistri originati da fatti posti in essere nei citati periodi antecedenti la data di effetto della presente polizza, l'esposizione massima della Società non potrà essere complessivamente superiore, per l'intera durata della presente polizza, ad € 35.000.000,00.

Art.7 Sinistro in Serie

Resta inteso tra le Parti che le richieste di risarcimento presentate al Contraente/Assicurato, quand'anche siano riferite ad una pluralità di eventi dannosi originatisi in momenti e periodi di assicurazione 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 e 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 ed il periodo di assicurazione della prima richiesta di risarcimento sarà considerata come data e periodo di assicurazione di tutte le richieste successive anche se pervenute dopo la data di cessazione della presente polizza.

Per ogni “Sinistro in Serie” così come sopra inteso, la Società non sarà tenuta a rispondere per una somma maggiore per sinistro di € 35.000.000,00 indipendentemente dal numero di persone coinvolte e del numero di periodi di assicurazione in cui le richieste di risarcimento siano pervenute.

Art.8 Esclusioni

L'assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi e verso Prestatori d’Opera non comprende i danni:

- a) conseguenti a detenzione e/o impiego di esplosivi;
- b) 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;
- c) 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;
- d) derivanti da campi elettromagnetici ad eccezione, però, dei danni derivanti dall’impiego di apparecchiature specifiche a scopo analitico, diagnostico e terapeutico;
- e) derivanti direttamente o indirettamente, anche se parzialmente, da asbesto e qualsiasi sostanza contenente asbesto, nonché da amianto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l’amianto;
- f) derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati”; devono altresì ritenersi garantiti i danni derivanti dall’applicazione di Terapie Avanzate che prevedano l’utilizzo di organismi geneticamente modificati che abbiano ottenuto l’autorizzazione alla commercializzazione da parte dell’EMA e tali da poter essere utilizzate nell’ambito delle attività istituzionali della struttura sanitaria;
- g) conseguenti ad intenzionale violazione di legge, errori, omissioni o ritardi nel compimento di atti amministrativi, salvo che dagli stessi non derivino morte, lesioni personali e/o danni a cose;
- h) derivanti dalle richieste di carattere penale quali multe, ammende o sanzioni di natura punitiva, incluso “punitive and exemplary damages”;
- i) conseguenti a trabocco o rigurgito di fognature nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio, muffe e, in genere, da insalubrità dei locali.

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

- j) conseguenti a furto, ad eccezione dei casi in cui, in sede di giudizio, la Contraente sia condannata al risarcimento;
- k) 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;
- l) derivanti dall'impiego di aeromobili, nonché di navigazione di natanti a motore;
- m) 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;

- n) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;
- o) alle cose trasportate su mezzi di trasporto;
- p) da implantologia di protesi all'anca "metal on metal" qualora il danno lamentato sia riconducibile ad un vizio intrinseco del prodotto; la presente esclusione non esplica i suoi effetti per i danni riconducibili, in tutto o in parte, alla responsabilità del Contraente/Assicurato e direttamente imputabile alla prestazione dallo stesso erogata;
- q) derivanti da inquinamento dell'acqua, dell'aria, del suolo e dell'ambiente in genere che non siano diretta conseguenza di rottura accidentale di impianti e condutture di pertinenza dell'Assicurato, causata da evento improvviso, repentino ed accidentale;
- r) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica. Devono invece ritenersi inclusi in garanzia:
 - i danni di natura estetica determinati da errore tecnico nell'intervento, qualora non derivanti dalla mancata rispondenza dell'intervento con l'impegno di risultato assunto dall'Assicurato,
 - i danni di natura estetica conseguenti ad interventi di chirurgia ricostruttiva, nonché quelli di chirurgia riparatrice di lesioni funzionali infortunistiche o restauratrice di cicatrici postoperatorie.

Art.9 Novero di Terzi

Si conviene tra le Parti che, ai fini dell'operatività della garanzia R.C.T. prestata con la presente polizza, sono considerati Terzi tutti i Soggetti, sia Persone fisiche che giuridiche ad esclusione del Legale Rappresentante, dei Prestatori d'opera e del Personale in comando presso il Contraente, qualora subiscano il danno per causa di lavoro e/o servizio in quanto già operativa la copertura R.C.O. Pertanto il Legale Rappresentante, i Prestatori d'opera ed il Personale in comando presso il Contraente sono considerati Terzi qualora subiscano il danno per causa diversa da lavoro e/o servizio od in caso di danno a cose di loro proprietà o da loro detenute.

Art.10 Responsabilità Professionale e Personale dei Dipendenti e non

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 di 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 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, quand'anche a titolo gratuito, tra cui a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, assegnatari di borse di studio, tirocinanti, specializzandi, etc.; 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 emerge 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.11 Attività Libero-Professionale del Personale dipendente e non

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile professionale e personale, ancorché tali soggetti non siano più in organico al Contraente al momento in cui emerge il sinistro, di tutti i Dipendenti del Contraente che abbiano optato per il rapporto di lavoro "esclusivo" con la stessa e che, in forza della vigente normativa ed eventuali modifiche ed integrazioni, svolgano altresì l'attività libero-professionale intra-moenia, anche allargata.

La garanzia opera anche a favore dei non Dipendenti a ciò debitamente autorizzati.

Art.12 Responsabilità come da D.Lgs n. 81/2008

L'Assicurazione 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 9 aprile 2008 n. 81.

Art.13 Detenzione ed uso di Fonti Radioattive

A parziale deroga dell'Articolo - Esclusioni, l'Assicurazione comprende la Responsabilità Civile per i danni derivanti dalla detenzione e dall'uso di fonti radioattive relativamente all'attività descritta in polizza.

La Garanzia è estesa anche al rischio derivante all'Assicurato/Contraente per effetto del trasporto del materiale radioattivo prelevato e trasportato esclusivamente con mezzi speciali previsti dalla legge, ferma restando l'esclusione dei danni ricollegabili ai rischi di responsabilità civile per i quali, in conformità alle norme del D.Lgs 209/2005 e s.m.i. è obbligatoria l'assicurazione.

Art.14 Committenza generica inclusa guida dei 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 intestati al P.R.A. ovvero a lui locati.

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

Art.15 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, l'Assicurazione 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.

È dunque compresa la responsabilità civile per danni cagionati a terzi e conseguenti alla trasfusione e/o all'utilizzazione del sangue e dei suoi preparati o derivati e/o sostanze di origine umana (tessuti, cellule, organi, ecc.), nonché di ogni prodotto biosintetico o di ogni prodotto derivato da tali materiali o sostanze purché il Contraente abbia implementato procedure atte da ottemperare ad ogni obbligo di legge previsto in merito al controllo preventivo del sangue in vigore al momento del fatto.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € 3.500.000,00 (tremilionicinquecentomila/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.16 Danni da Incendio

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per 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 Property, purché valida ed operante.

La Società indennizzerà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € 3.000.000,00 (tremilioni/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.17 Danni da interruzione di attività

L'Assicurazione 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 € 1.500.000,00 (unmilioneicinquecentomila/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.18 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 del 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 311 D.L. 135/2009 e successive modificazioni ed integrazioni.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € 1.500.000,00 (unmilioneicinquecentomila/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.19 Proprietà, conduzione e locazione dei fabbricati

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella sua qualità di proprietario, conduttore o detentore 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.20 Proprietà ed uso macchinari

L'Assicurazione 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.21 Cose in ambito lavori

L'Assicurazione 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 € 1.000.000,00 (unmilione/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.22 Danni a mezzi sotto carico e scarico

L'Assicurazione 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.23 Legge sulla Privacy

A parziale deroga di quanto previsto all'Articolo - Oggetto Dell'assicurazione Responsabilità Civile Verso Terzi (R.C.T.) e verso Prestatori d'Opera (R.C.O.), 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 nonché da inosservanza del Regolamento UE n. 679/2016, 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 del Contraente. La presente estensione non vale:

- per il trattamento di dati aventi finalità commerciali;
- per la volontaria diffusione e il trasferimento dei dati personali ad altri soggetti in violazione alle 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 di loro.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € 2.000.000,00 (due milioni /00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.24 Sperimentazione Clinica

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile verso Terzi (morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose) derivante all'Assicurato nella sua qualità di soggetto autorizzato, a norma di legge, a promuovere e/o svolgere attività di sperimentazione, terapia di medicina complementare, studi per il miglioramento della pratica clinica e/o studi osservazionali, sperimentazioni spontanee non sponsorizzate condotte secondo le indicazioni ministeriali o al di fuori di esse (uso "off label").

L'assicurazione è inoltre operante per sperimentazioni di dispositivi medici, dispositivi impiantabili attivi ed apparecchiature medicali.

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.

La garanzia opera a condizione che 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 il massimo indennizzo di € 3.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo 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.

Resta inteso tra le Parti che relativamente ai protocolli presentati al Comitato Etico in data successiva all'entrata in vigore del Decreto ed approvato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro dello Sviluppo Economico il 14.7.2009, in materia di Requisiti minimi per le polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, la garanzia di cui alla presente polizza opererà in Differenza di Limiti e di Condizioni rispetto alle polizze obbligatoriamente sottoscritte per ciascun singolo protocollo.

In caso di inesistenza/inoperatività della specifica polizza obbligatoriamente sottoscritta a copertura del singolo protocollo, la garanzia di cui alla presente polizza opererà previa applicazione di una franchigia pari ai massimali previsti dal richiamato Decreto e s.m.i..

Art.25 Comitato Etico e Commissione Tecnico Scientifica

La copertura assicurativa è estesa alla responsabilità civile personale dei soggetti componenti il Comitato Etico Interaziendale così come previsti dal Decreto DG Salute Regione Lombardia n. 5493 del 25.06.2013 "Riorganizzazione dei Comitati Etici della Regione Lombardia – Approvazione delle linee guida per l'Istituzione e funzionamento" e s.m.i., per danni cagionati ai soggetti sottoposti alla sperimentazione e/o a studi osservazionali e/o studi per il miglioramento della pratica clinica per morte e lesioni personali verificatisi in relazione alla loro attività purché 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 Decreto del Ministero della Salute del 8 febbraio 2013 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale – Serie generale n. 96 del 24 aprile del 2013 e s.m.i..

La copertura assicurativa è estesa altresì alla responsabilità civile personale dei soggetti componenti la Segreteria Tecnico-Scientifica, in ottemperanza alla vigente normativa, nonché alla responsabilità civile personale dell'organo di amministrazione che istituisce il comitato etico.

A deroga dell'Articolo – Diritto di rivalsa - la Società rinuncia, salvo il caso di dolo, al diritto di rivalsa nei confronti degli Assicurati.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con un limite di indennizzo pari a € 2.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.26 Ritardato e/o omesso soccorso

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante da ritardato e/o omesso soccorso in conseguenza di fatto accidentale verificatosi in relazione a tale specifica attività.

Art.27 Validità territoriale

La presente assicurazione vale per il Mondo intero con esclusione di USA, Canada e Messico.

10. LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO

I limiti di risarcimento di seguito indicati devono intendersi quale massima esposizione della Società, operando dunque in eccesso agli eventuali livelli di compartecipazione / autoritenzione in capo alla Contrante:

RCT/O	Limiti indennizzo
<i>Massimale per Sinistro</i>	€ 12.500.000,00
<i>Massimale Aggregato</i>	€ 30.000.000,00
<i>Massimale Aggregato per retroattività</i>	€ 35.000.000,00
<i>Massimale per Sinistro in serie</i>	€ 35.000.000,00
<i>Distribuzione ed utilizzazione del sangue</i>	€ 3.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
<i>Danni da incendio</i>	€ 3.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
<i>Danni da interruzione di attività</i>	€ 1.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
<i>Danni da inquinamento accidentale</i>	€ 1.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
<i>Cose in ambito lavori</i>	€ 1.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
<i>Legge sulla privacy</i>	€ 2.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
<i>Sperimentazione Clinica</i>	€ 3.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
<i>Comitato Etico</i>	€ 2.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione

11. PROCEDURA SINISTRI

Art.1 Oggetto e scopo

Oggetto del presente documento è la definizione, nel rispetto dei disposti e dei dettami della polizza, di una procedura per la Gestione dei Sinistri, in coerenza con le strategie aziendali adottate in ordine alla gestione ed al trasferimento del rischio nonché con gli indirizzi individuati in materia da Regione Lombardia, anche al fine di definire compiti, ruoli e responsabilità delle Parti.

Art.2 Definizione e gestione dei flussi

Posto che il testo normativo recepisce le indicazioni regionali fornite dalla DG Sanità di Regione Lombardia con Nota 35436 del 27.07.07 (Protocollo n. H1. 2007.0035436), si evidenzia che per “Sinistro” deve intendersi il ricevimento da parte della Contraente o dell’Assicurato di una “Richiesta di risarcimento”, intendendosi con tale termine: 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.

Alla luce di quanto sopra, così come riportato nella sezione “DEFINIZIONI”, deve intendersi per:

SINISTRO RCT:

La ricezione di una richiesta di risarcimento da chiunque avanzata, nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente;

SINISTRO RCO:

La formale notifica al Contraente e/o ad un Assicurato dell’apertura di una inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale; la formale notifica al Contraente e/o ad un Assicurato dell’apertura di un procedimento penale; la ricezione di una richiesta di risarcimento da parte di Enti di Previdenza/Assistenza quali l’INAIL e/o l’INPS; la ricezione da parte del Contraente e/o di un Assicurato di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto.

La garanzia assicurativa esplica la sua operatività per tutti i sinistri ricevuti dalla Contraente e/o dall’Assicurato per la prima volta durante il periodo di efficacia della presente assicurazione in relazione a fatti posti in essere durante il periodo di validità della stessa nonché per fatti posti in essere in data non antecedente:

- a) alle ore 24:00 del 31.12.1999 per tutte le strutture facenti capo all’Azienda Ospedaliera così come costituita fino al 31.12.2015 – data di effetto della Legge Regionale 23/2015 – a seguito della quale è stata costituita la Azienda Socio Sanitaria Territoriale Contraente della presente polizza. Resta altresì inteso tra le Parti che, limitatamente ai fatti posti in essere in realtà/presidi che per effetto della citata Legge Regionale sono afferiti ad Aziende Socio Sanitarie Territoriali diverse dalla Contraente, la garanzia esplica la sua operatività solo ed esclusivamente per i fatti posti in essere nel periodo intercorrente tra la data di retroattività sopra richiamata ed il 31.12.2015;
- b) alle ore 24.00 del 31.12.2015 per tutte le altre realtà/presidi afferite alla Azienda Socio Sanitaria Territoriale Contraente della presente polizza da altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale per effetto della Legge Regionale 23/2015 e ss.mm.ii.

Posto che la garanzia prestata della vigente polizza opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui risarcimento superi l’importo della Self Insured Retention (SIR) di € 250.000,00 (ad esclusione dei sinistri R.C.O ed afferenti il Comitato Etico – Commissione

Tecnico Scientifica), i sinistri che non superino tale importo saranno direttamente gestiti a proprie spese dalla Azienda che, fatto salvo quanto più avanti riportato nella presente procedura, avrà il solo obbligo di comunicazione nei confronti della Società disciplinato all'Articolo "Obblighi della Contraente e/o dell'assicurato – Denuncia del Sinistro" che precede.

Art.3 Soggetti Interessati (di seguito Parti)

ASST Sette Laghi costituita dalle strutture facenti capo alla stessa;

Il Broker al quale, per incarico conferito dall'Azienda, è affidata la gestione dell'assicurazione;

SHAM-Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles in qualità di affidatario del servizio assicurativo in esame per effetto della Deliberazione nr. 260 del 23/10/2019, che per la gestione dei sinistri si avvarrà del proprio ufficio sinistri con sede in Torino, via Galileo Ferraris n. 46.

Art.4 Fase di apertura del sinistro

Anche ai sensi dei vigenti CCNL la Società e la Azienda si adoperano per attivare modalità e sistemi di assistenza legale e medico-legale idonei a garantire, al verificarsi di un sinistro, il necessario supporto all'operatore interessato che dovrà collaborare attivamente alla valutazione delle cause oggetto del danno lamentato.

Al ricevimento della richiesta di risarcimento, così come individuata nella sezione "DEFINIZIONI" della presente polizza, l'Azienda ne valuta il contenuto e provvede, nel più breve tempo possibile e comunque entro 30 (trenta) giorni da quando l'Ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza, a trasmetterne copia al Broker, che la inoltra alla Società solo nel caso in cui (fatta salva diversa pattuizione tra le Parti) la richiesta di risarcimento non riguardi:

- *danni materiali del valore inferiore ad € 250.000;*
- *lesioni personali espressamente quantificate da controparte in un importo inferiore o uguale ad € 250.000 (o diverso inferiore importo convenuto tra le Parti).*

Nei casi ricadenti nelle due fattispecie sopra riportate, troverà immediata applicazione quanto previsto alla lettera A nel seguito esplicitata.

Relativamente ai sinistri che non prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato, ma ai quali nei termini sopra indicati il Contraente sia in grado di attribuire una prima ragionevole quantificazione in misura inferiore alla Self Insured Retention (SIR), sarà obbligo di quest'ultimo fornire mensilmente alla Società anche tramite il broker un bordereaux in formato excel e riassuntivo dei nuovi sinistri ricevuti con indicazione delle seguenti informazioni:

- Cognome e Nome della Controparte;
- Data dell'Evento;
- Data della Richiesta;
- Unità di Rischio in cui si è verificato l'evento oggetto della richiesta di risarcimento;
- Descrizione dell'Evento con indicazione della dinamica dell'evento, della potenziale lesione e della menomazione/danno;
- Prima Stima Economica.

Sarà poi impegno del Contraente rappresentare alla Società, in occasione delle riunioni del CVS, l'aggiornamento delle posizioni riepilogate nei diversi bordereaux onde convenire con la Società stessa la quantificazione economica del potenziale danno.

Relativamente ai sinistri che non prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato, ma ai quali nei termini sopra indicati il Contraente sia invece in grado di attribuire una prima ragionevole quantificazione in misura superiore alla

Self Insured Retention (SIR), la Contraente provvede, nel più breve tempo possibile e comunque entro 30 (trenta) giorni da quando l'Ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza, a trasmetterne copia al Broker, che la inoltra alla Società. In tal caso troverà applicazione quanto previsto alla lettera B nel seguito esplicitata.

Indipendentemente dall'esito che potrà avere la valutazione espletata dalla Società ai sensi di quanto previsto dal successivo punto B. l'Azienda provvede – nel più breve tempo possibile dal ricevimento della richiesta di risarcimento – all'acquisizione della documentazione che in funzione della specifica tipologia di sinistro risulta necessaria per la compiuta istruzione della pratica:

- documentazione sanitaria;
- cartella clinica;
- nominativi di tutti gli operatori sanitari interessati e relazioni degli stessi;
- relazione del primario e/o del direttore sanitario;
- relazione sullo stato dei luoghi (descrizione, foto dei luoghi, conformità alla normativa vigente);
- eventuali dichiarazioni testimoniali;
- relazioni in merito alla manutenzione del luogo del sinistro nonché indicazioni sulla competenza della stessa (se della Azienda o se di una ditta privata / esterna);
- in caso di caduta di pazienti ricoverati presso l'Azienda, relazione se gli stessi fossero sottoposti a prescrizioni particolari;
- relazione tecnica circa l'ultimo intervento di manutenzione sull'ascensore, sulle porte etc.;
- eventuale protocollo di gestione dei beni presi in consegna (danni o smarrimento beni materiali).

Contestualmente l'Azienda invia alla controparte, o al legale di quest'ultima:

- comunicazione interlocutoria con cui si rende noto che la richiesta di risarcimento è stata ricevuta e che sono in corso le attività necessarie all'istruttoria della pratica con evidenza, qualora la richiesta di controparte risulti essere assolutamente generica, che non sarà possibile dar seguito alla gestione della pratica stessa qualora non venga circostanziato dal richiedente l'evento dedotto nella richiesta attorea;
- modulo che la controparte dovrà rendere firmato per l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili (d.lgs.196/2003), che contempli tra i soggetti autorizzati anche il Broker, la Società nonché tutti i professionisti che, per la compiuta gestione del sinistro, abbiano necessità di trattare la documentazione contenente tali dati.

Sulla base delle valutazioni effettuate circa la potenziale stima del danno lamentato, si procederà come segue:

- A. Qualora il potenziale risarcimento del danno risulti verosimilmente inferiore alla soglia della SIR (o diverso inferiore importo convenuto tra le Parti), l'Azienda procederà con la gestione diretta del sinistro (sostenendone integralmente i costi necessari/connessi) ed informerà la Società, per il tramite del Broker, degli esiti conclusivi. Resta fermo quanto previsto in polizza in ordine alla facoltà della Società di effettuare audit presso la Contraente al fine di analizzare lo stato delle relative posizioni così come impegno della Azienda di aggiornare periodicamente quest'ultima anche in occasione degli incontri del Comitato Valutazione Sinistri (CVS). Resta inteso tra le Parti che, ove nel corso della gestione del sinistro, dovesse emergere che la potenziale esposizione del risarcimento possa superare nel suo complesso l'importo della SIR, sarà obbligo dell'Azienda darne immediata comunicazione alla Società la quale – fermi i limiti e le condizioni previste in polizza – non potrà opporre alcuna eccezione in ordine alla strategia di gestione adottata ed ai tempi di denuncia del sinistro. Per il successivo prosieguo nella gestione, si procederà nei termini previsti dalla successiva lettera B e dalle disposizioni di polizza. Le spese fino a quel momento sostenute dall'Azienda, ove riconducibili a quelle previste in polizza nell'Articolo "Gestione delle Vertenze di Danno

– Spese Legali e Peritali” e purché debitamente documentate, saranno rimborsate dalla Società entro i 90 giorni successivi al ricevimento da parte di quest’ultima della relativa documentazione.

- B. Qualora il potenziale risarcimento del danno sia superiore alla SIR, la Società procede all’apertura del sinistro inviando alla controparte o al legale di quest’ultima – ed al Broker in copia conoscenza – lettera di presa in carico con indicazione del numero di sinistro, del soggetto incaricato della gestione del sinistro e dei relativi recapiti. Nei termini contrattualmente previsti il sinistro sarà dunque gestito dalla Società che manterrà a proprio carico tutti i relativi costi – fermi i limiti disciplinati in polizza – anche nel caso in cui a conclusione dello stesso il sinistro dovesse risultare pari o inferiore all’importo della SIR. Resta comunque inteso tra le Parti che, ove a seguito delle valutazioni esperite dalla Società a seguito del ricevimento della denuncia di sinistro, quest’ultima ritenesse che la valorizzazione del potenziale danno risulti inferiore all’importo della SIR, sarà impegno della stessa fornire alla Contraente la propria diversa valutazione integrando la propria tesi con adeguata documentazione di supporto. In tal caso la Contraente – previo confronto con la Società che potrà avvenire anche in seno alla prima riunione utile del CVS – assumerà la gestione del sinistro trovando così applicazione il disposto di cui alla lettera A che precede.

Art.5 Fase di acquisizione delle polizze personali

In ottemperanza con quanto disposto dall’Articolo 1910 c.c. che prevede:

“se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l’assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l’assicurato omette dolosamente di dare l’avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l’indennità. Nel caso di sinistro, l’assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell’articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L’assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l’indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l’ammontare del danno. L’assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori”

al ricevimento di una richiesta di risarcimento, l’Azienda si attiva tramite canali interni al fine di individuare i nominativi degli operatori che hanno preso parte al percorso diagnostico/terapeutico oggetto della richiesta di risarcimento.

Per i sinistri che rientrano nella casistica di cui alla lettera B che precede (unici ai quali si applica la disciplina che segue) la Società, anche per il tramite del proprio esperto medico-legale e nel momento in cui ne abbia concreta possibilità, si esprime in merito alle potenziali responsabilità dei singoli operatori interessati nel sinistro individuandone, laddove possibile ed in termini percentuali, il contributo causale.

Entro 15 giorni dal completamento dell’istruttoria medico-legale, la Società trasmette alla Azienda, per il tramite del Broker, l’elenco degli operatori ritenuti interessati nel sinistro indicandone contestualmente percentuale e motivazione.

L’Azienda invierà a tali soggetti formale comunicazione in ordine a quanto sopra, richiedendo loro l’acquisizione di copia dell’eventuale polizza personale o, in caso di inesistenza della stessa, specifica dichiarazione.

L’Azienda, indipendentemente dalle attività di cui sopra, provvederà a richiedere gli estremi delle polizze personali nei seguenti casi:

1. ogni qualvolta il nominativo di un operatore sia specificatamente indicato nella richiesta di risarcimento;
2. qualora, in caso di convocazione avanti un organismo di mediazione o nell’atto di citazione, gli operatori dovessero essere personalmente e direttamente individuati.

Resta inteso tra le Parti che laddove il CVS / l’Azienda e/o la Società - ai sensi di quanto disposto dalla vigente polizza - convengano che nel caso di specie sia impegnata la responsabilità personale di qualche operatore, al ricevimento degli estremi dell’eventuale

polizza personale sarà onere della Società attivarsi al fine di addivenire ad un accordo con l'altro assicuratore interessato per la compartecipazione alla liquidazione del sinistro.

Tale compartecipazione, in difetto di accoglimento, verrà formalmente e periodicamente sollecitata dalla Società.

Al fine di evitare il rischio che le attività necessarie al compiuto coinvolgimento delle altre compagnie interessate (nei termini tutti più sopra previsti) possano precludere l'efficacia di una positiva transazione, la Società potrà sottoporre all'Azienda ed al CVS l'opportunità di procedere comunque con la definizione del danno fornendo un'indicazione circa la quantificazione, le tempistiche e le modalità previste per il recupero del "credito".

Le Parti convengono che in caso di recupero parziale del risarcimento da parte di altri assicuratori, l'importo sarà suddiviso secondo la medesima proporzione esistente tra quanto rimasto a carico dell'Azienda per effetto della SIR e quanto rimasto a carico della garanzia assicurativa.

Art.6 Gestione della mediazione

Nel caso la convocazione avanti un organismo di mediazione coincidesse con il primo atto ricevuto dall'Azienda, troverà applicazione la procedura disciplinata nella sezione "Fase di Apertura del Sinistro" che precede.

Nel caso in cui l'oggetto della convocazione dell'organismo di mediazione riguardasse:

- *danni materiali del valore inferiore ad € 250.000;*
- *lesioni personali espressamente quantificate da controparte in un importo inferiore o uguale ad € 250.000;*

l'Azienda procederà, dunque, nei termini previsti alla lettera A che precede.

Per i casi diversi, invece, resta inteso che in considerazione dei ristretti tempi previsti dal D.Lgs. 28/2010 e s.m.i., l'Azienda dovrà trasmettere alla Società, per il tramite del Broker, la convocazione dell'organismo nel minor tempo possibile e con i mezzi più idonei (mail, fax, ...) cui dovrà far seguito con la documentazione necessaria per una rapida e compiuta istruzione del sinistro che verrà gestito nei termini previsti alla lettera B che precede.

Ove la richiesta avanzata risultasse carente di una espressa quantificazione economica del petitum, le Parti esperiranno rapida valutazione della potenziale esposizione. Ove la Società valutasse la stessa in misura inferiore alla SIR ne darà, per il tramite del Broker, immediata comunicazione all'Azienda allegando alla propria valutazione la relativa documentazione a supporto e quest'ultima procederà alla gestione nei termini previsti dalla lettera A che precede.

Con riferimento ai sinistri di importo pari o superiore alla SIR, relativamente alla valutazione in merito alla opportunità di aderire o meno alla richiesta di mediazione le Parti saranno tenute ad adottare e a concertare - entro i termini utili ad evitare pregiudizi - ogni iniziativa necessaria all'osservanza degli adempimenti previsti dalle vigenti norme di legge e dalle specifiche disposizioni contenute nel regolamento dell'Organismo individuato per l'espletamento della procedura di mediazione.

Nel caso in cui la convocazione avanti un organismo di mediazione interessasse un sinistro già istruito e gestito dalla Società nei termini previsti alla lettera B che precede, le valutazioni relative alla partecipazione alla mediazione nonché, in caso di adesione, le eventuali determinazioni (an e quantum) in ordine alla opportunità di sottoscrivere la proposta di conciliazione potranno coordinarsi con quelle svolte nell'ambito del CVS, laddove la pratica sia stata dallo stesso già analizzata.

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

Art.7 Fase di gestione dell'eventuale contenzioso giudiziario

Resta convenuto tra le Parti che nei casi in cui, in base alla polizza, vi è diritto all'assistenza legale e peritale, la Società è tenuta a fornire alla Contraente e/o Assicurato, mediante comunicazione scritta ed entro un termine utile a non compromettere il pieno esercizio del diritto di difesa, gli estremi del legale incaricato per la gestione della vertenza nonché, ove necessario, di eventuali tecnici (perito / medici legali).

In sede penale l'assistenza viene assicurata anche dopo l'eventuale tacitazione della o delle Parti lese, e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento dell'avvenuta tacitazione della o delle Parti lese e comunque, al massimo, sino al ricorso in Cassazione.

Ai sensi dell'art. 1917 del Codice Civile 3° comma le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, comprese le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione, sono a carico della Società, 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.

Fermo quanto riportato sopra la Contraente provvederà a trasmettere, tramite il Broker, indicazione del legale ed eventuale medico-legale individuati, sulla base della rosa costituita da professionisti scelti di comune accordo tra le Parti, quali destinatari desiderati per la gestione del contenzioso.

Resta comunque inteso tra le Parti che sarà facoltà della Società ratificare – per i sinistri il cui petitum risulti superiore al doppio della SIR – l'indicazione del/i professionista/i fornita dalla Contraente o incaricare diverso/i professionista, purché presente nella rosa di cui sopra, dandone contestuale ed immediata comunicazione alla Contraente stessa.

Analoga procedura sarà seguita nel caso in cui un dipendente riceva personalmente la notifica di un atto di citazione (anche a titolo di "costituzione di parte civile" in un procedimento penale) e richieda il patrocinio legale all'Azienda.

Art.8 Comitato Valutazione Sinistri - CVS

Lo svolgimento dell'attività istruttoria elencata nella presente procedura, sarà coordinata con quella svolta nell'ambito del CVS.

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 del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio;
- migliorare il rapporto tra rischi reali e premi assicurativi, fungendo da "riferimento tecnico" di ausilio per la definizione o ri-definizione della politica di copertura assicurativa aziendale".

In seno al CVS sarà possibile informare la Società sullo stato del contenzioso rientrante nella SIR e gestito in autonomia dalla Azienda.

La Società si impegna a partecipare attivamente alle sedute del CVS organizzate dalla Contraente, al fine di collaborare alla gestione dei sinistri valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie e convenendo, congiuntamente con il CVS, le eventuali tesi difensive.

Alle sopra citate riunioni, a semplice richiesta della 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 ad un numero di riunioni che avranno luogo, a semplice richiesta della Contraente, fino alla data in cui tutti i sinistri che abbiano interessato la garanzia di cui alla presente polizza abbiano trovato compiuta definizione.

Art.9 Istruzione del sinistro e definizione strategie di gestione

Poiché la garanzia assicurativa prestata dalla presente polizza prevede l'applicazione di Self Insured Retention - SIR, resta inteso tra le Parti che la Società è tenuta ad acquisire, ove la gestione del contenzioso sia alla stessa demandata, il preventivo consenso della Contraente prima di provvedere al tentativo di definizione e successiva liquidazione di qualsiasi risarcimento.

Qualora la Società ritenga opportuno liquidare in transazione un sinistro dalla stessa assunto in gestione, per un importo complessivamente dovuto sia inferiore che superiore alla SIR, essa provvederà - prima di attivare qualsiasi trattativa con la controparte - a darne comunicazione scritta alla Contraente indicando un range entro il quale ipotizzare l'importo su cui impostare la trattativa ed allegando la seguente documentazione necessaria a supportare la propria proposta:

- a. dichiarazione di non aver ancora in alcun modo avviato alcun tentativo di transazione con la controparte e/o il legale/fiduciario dalla stessa incaricato;
- b. copia della relazione redatta dal medico legale cui è stata affidata la valutazione del sinistro con indicazione espressa della quantificazione del danno emerso a seguito di visita obiettiva (che verrà sempre eseguita fatta salva l'oggettiva e dimostrata impossibilità) e delle aree di criticità evidenziabili;
- c. relazione - redatta dalla Società stessa e/o da proprio fiduciario legale e/o dai professionisti cui la Società ha affidato la gestione dei sinistri - nella quale vengono illustrate:
 - le motivazioni di opportunità alla base dell'ipotesi transattiva;
 - limitatamente ai soli casi di particolare interesse e specificità, le precedenti pronunce giurisprudenziali di rilievo ed attinenti con il caso oggetto dell'analisi;
 - la verosimile valorizzazione percentuale delle due diverse soluzioni costituenti il "best scenario" ed il "worst scenario" ipotizzabili in caso di mancata adesione alla soluzione transattiva, entrambe integrate con le relative ipotesi di potenziale quantificazione economica.

Nel caso in cui la Contraente non ritenesse necessari gli ulteriori approfondimenti di cui ai paragrafi che seguono, entro i 30 (trenta) giorni successivi al ricevimento della documentazione di cui sopra da parte della Società, la Contraente stessa dovrà formulare propria adesione o diniego all'ipotesi proposta dalla Società.

Resta tuttavia inteso tra le Parti che, ove nei 15 (quindici) giorni successivi al ricevimento di quanto sopra, la Contraente dovesse inviare formale comunicazione con cui ritiene necessario integrare/supportare la documentazione di cui sopra con la valutazione di uno o più specialisti, sarà onere della Società procedere a tale integrazione tramite invio di tutta la documentazione disponibile al/i fiduciario/i nominativamente indicato/i dalla Contraente nella comunicazione di cui sopra, disponendone l'incarico e sostenendone direttamente i relativi oneri fino ad un importo massimo di € 500,00 complessivamente quantificato ed onnicomprensivo per ciascun sinistro.

Sarà altresì vincolante impegno di entrambe le Parti garantire che, entro i 10 (dieci) giorni successivi dalla ricezione da parte della Società della comunicazione inviata dalla Contraente, lo/gli specialista/i riceva/no:

d. da parte della Contraente copia integrale:

- della documentazione sanitaria acquisita nella fase di istruzione del sinistro;
- della relazione medico-legale acquisita dalla Società nella fase di proposta più sopra illustrata;

e. da parte della Società copia integrale della documentazione eventualmente acquisita dalla controparte e relativa a prestazioni erogate da realtà/professionisti diversi dalla Contraente/Assicurato.

La Contraente si impegna, altresì, a garantire che entro i 15 (quindici) giorni successivi al ricevimento della documentazione di cui sopra lo/gli specialista/i trasmetta/no alla stessa ed alla Società la relazione redatta.

Entro i 10 (dieci) giorni successivi al ricevimento della relazione, la Società fornirà propria giustificata relazione con cui conferma l'iniziale proposta transattiva o esplicita i termini della nuova proposta, integrando tutti i punti della precedente relazione di cui alla lettera c) inizialmente trasmessa.

Entro i 10 (dieci) giorni successivi al ricevimento della nuova relazione da parte della Società, la Contraente dovrà formulare propria adesione o diniego all'ipotesi proposta dalla Società.

Nel caso di diniego alla transazione sarà onere della Contraente allegare alla comunicazione:

f. propria relazione nella quale vengono illustrate:

- le motivazioni di opportunità alla base del diniego all'ipotesi transattiva;
- limitatamente ai soli casi di particolare interesse e specificità, le precedenti pronunce giurisprudenziali di rilievo ed attinenti con il caso oggetto dell'analisi;
- le rispettive controdeduzioni a quanto indicato dalla Società relativamente alla verosimile valorizzazione percentuale delle due diverse soluzioni costituenti il "best scenario" ed il "worst scenario" ipotizzabili in caso di mancata adesione alla soluzione transattiva.

Qualora tuttavia la Contraente non comunichi la propria valutazione - sia essa di adesione o meno alla proposta formulata dalla Società - entro i termini tutti sopra indicati, la Società potrà procedere alla liquidazione del danno e la Contraente non potrà sollevare alcun tipo di eccezione e dovrà, nel contempo, previa emissione di quietanza pro-quota, provvedere al versamento delle somme di propria spettanza secondo le modalità di seguito indicate e la Società resterà dunque impegnata esclusivamente per la propria quota-parte.

Art.10 Gestione della transazione e pagamento del risarcimento

Nel caso in cui la Contraente abbia aderito alla proposta di transazione ricevuta dalla Società nei termini di cui sopra, quest'ultima avvierà i contatti con il Terzo danneggiato e/o il legale/fiduciario dallo stesso incaricato ed aggiornerà costantemente la Contraente circa gli sviluppi della trattativa.

Considerato altresì il livello di compartecipazione della Contraente al pagamento del risarcimento, resta inteso tra le Parti che, per tutti i casi in cui l'importo più alto del range entro il quale è stato ipotizzato di impostare la trattativa risulti a carico della Contraente per un importo pari o superiore al 50%, sarà facoltà di quest'ultima chiedere che la trattativa sia gestita di concerto e che, dunque, tutti i contatti con la controparte e/o il legale/fiduciario dalla stessa incaricato avvengano congiuntamente nelle modalità che saranno appositamente definite tra le Parti (teleconferenza, specifica riunione presso gli uffici di una delle Parti per contatto congiunto, ...).

Per i casi in cui la trattativa sia gestita dalla sola Società, sarà onere di quest'ultima acquisire dalla controparte la documentazione originale a comprova delle spese sostenute ed oggetto di risarcimento nonché le dichiarazioni, rese ai sensi del DPR 445/2000, circa l'inesistenza di altri soggetti tenuti alla compartecipazione al pagamento delle spese e/o del risarcimento corrisposto con la transazione effettuata dalle Parti ed alla contestuale garanzia di manleva, da parte della controparte stessa, nel caso di future azioni di rivalsa esperite nei confronti della Società e/o della Contraente da soggetti che, a qualsiasi titolo, abbiano sostenuto spese correlate al danno oggetto della transazione.

Qualora l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti interamente a carico della Contraente a titolo di Self Insured Retention (SIR), la Società trasmetterà alla Contraente l'integrale documentazione attestante l'avvenuta definizione del sinistro nei termini tutti sopra richiamati, affinché il Contraente possa provvedere, entro i 90 giorni successivi alla ricezione della documentazione di cui sopra, al pagamento del risarcimento in favore dell'avente diritto.

Qualora, invece, l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti essere superiore alla somma posta a carico della Contraente quale Self Insured Retention (SIR), la Società trasmetterà alla Contraente l'integrale documentazione attestante l'avvenuta definizione del sinistro nei termini tutti sopra richiamati. La Società corrisponderà direttamente al Terzo danneggiato il risarcimento dovuto, dandone formale comunicazione alla Contraente. In tale ultimo caso la Società 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 della Contraente, la stessa provvederà al reintegro degli importi corrisposti agli aventi diritto direttamente dalla Società ma rientrati nella Self Insured Retention (SIR) così come risultanti dalla documentazione probatoria citata.

Gli eventuali maggiori costi dovuti a mancato, tardivo o parziale pagamento, oppure a risarcimenti e/o spese non preventivamente approvati dalla Società, restano a totale carico della Contraente.

Art.11 Mancato accordo alla transazione tra le parti

Nel caso in cui, tuttavia, non si raggiunga un'intesa tra le Parti (Contraente e Società) e permanga quindi fra le stesse disaccordo in ordine alla definizione del sinistro, la Società trasferirà alla Contraente la gestione del sinistro rimanendo convenuto tra le Parti che al momento della definizione conclusiva del sinistro troverà applicazione il principio di seguito indicato:

- a) ove il sinistro si chiuda per un importo pari o inferiore alla SIR ed inferiore alla somma inizialmente proposta dalla Società ma non condivisa dalla Contraente, quest'ultima corrisponderà al Terzo l'importo spettante le a titolo di SIR e la Società restituirà alla Contraente le spese di gestione sostenute e debitamente documentate (Es. per sinistro rientrante nelle SIR di € 250.000 – per un sinistro con un'esposizione inizialmente stimata in € 400.000 la Società rappresenta alla Contraente una possibile transazione ad € 200.000 con rifiuto della Contraente e successiva chiusura ad € 150.000: l'intero risarcimento resterà a carico della Contraente e la Società procederà al rimborso, a favore della Contraente, delle spese di gestione sostenute e debitamente documentate);
- b) ove il sinistro si chiuda per un importo superiore alla SIR, la Contraente corrisponderà al Terzo l'importo spettante le a titolo di SIR oltre al 50% dell'importo effettivamente corrisposto allo stesso in eccesso alla SIR e sosterrà comunque a proprio carico le relative spese sostenute per la gestione del sinistro. La Società, altresì, concorrerà al risarcimento nella misura pari al 50% dell'importo eccedente la SIR (Es. per sinistro rientrante nelle SIR di € 250.000 - per un sinistro con un'esposizione inizialmente stimata in € 400.000 la Società rappresenta alla Contraente una possibile transazione ad € 200.000 con rifiuto della Contraente e successiva chiusura ad € 350.000: il risarcimento resterà per € 300.000 a carico della Contraente che sosterrà comunque a proprio carico le relative spese sostenute per la gestione del sinistro e della Società per € 50.000). Il materiale versamento del risarcimento al danneggiato verrà effettuato nei termini più sopra descritti.

Art.12 Comunicazioni ex art. 13 della L.24/2017

Al fine di ottemperare agli adempimenti previsti dall'art. 13 della L. 24/2017 il fiduciario medico-legale della Compagnia, all'atto della valutazione medico legale, si esprimerà sui nominativi del personale potenzialmente coinvolto, e ciò tenendo conto della documentazione e delle relazioni tecnico sanitarie degli esercenti la professione sanitaria ricevute, durante l'istruttoria, per il tramite del Contraente. L'esito del predetto approfondimento medico legale è inviato al Contraente, anche in occasione delle comunicazioni previste al precedente articolo 9, secondo capoverso, della presente procedura.

Il caso quindi verrà esaminato al primo CVS utile per comprendere la strategia da porre in essere e per poter procedere nei casi previsti (atti introduttivi di giudizio ed avvio di trattative) alle comunicazioni prescritte dal citato art. 13, nel rispetto dei termini e delle modalità indicati dalla normativa.

Polizza emessa in duplice copia, Milano 11/01/2023

Il Contraente

SHA

Clausole Vessatorie

Condizioni Generali di Assicurazione

- Art. 1) – Durata dell'Assicurazione- Proroga - Disdetta
- Art. 2) – Pagamento del premio e decorrenza dell'Assicurazione
- Art. 3) – Pagamenti per variazioni con incasso di premio
- Art. 5) – Gestione della Polizza
- Art. 11) – Foro competente
- Art. 16) – Obblighi della Contraente e/o dell'Assicurato – Denuncia del sinistro
- Art. 17) – Gestione delle vertenze di danno – spese legali e peritali
- Art. 21) – Recesso in caso di sinistro

Massimali Assicurati

Self Insured Retention (SIR)

Responsabilità Civile verso Terzi e verso prestatori d'opera

- Art. 6) – Inizio e termine della Garanzia
- Art. 7) – Sinistro in serie
- Art. 8) – Esclusioni
- Art. 27) – Validità Territoriale

Limiti di indennizzo per Sinistro

Procedura Sinistri

Il Contraente

SHAM