

#### CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

# POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E VERSO I PRESTATORI DI LAVORO

# stipulata tra

Azienda Sanitaria Locale N. 7 di CARBONIA

**C.F./P.I.** 02261310920

Via Dalmazia, 83 – 09013 Carbonia

e la

(Impresa Assicuratrice).....

Periodo di assicurazione: <u>dalle ore 24,00 del 30.09.2010</u>

alle ore 24,00 del 30.09.2011



Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

- per Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione
- per Assicurazione	il contratto di assicurazione
- per Polizza	il documento che prova l'assicurazione
- per Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione - l'Azienda Sanitaria Locale 7 di Carbonia
	- il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, i Revisori dei Conti, i Dirigenti e i dipendenti nonché tutti i soggetti che partecipano alle attività svolte dall'Azienda per compiti istituzionali.
- per Assicurato aggiuntivo	Le persone fisiche e giuridiche diverse dal Contraente alle quali è riconosciuta tale qualifica nel testo contrattuale, in quanto soggetti il cui interesse è protetto dall'Assicurazione. Gli assicurati aggiuntivi potranno esercitare i diritti nascenti dal contratto unicamente per il tramite della Contraente stessa.
- per Società	l'impresa assicuratrice
- per Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società
- per Sinistro	la richiesta di risarcimento pervenuta all'assicurato durante il tempo di validità dell'assicurazione fermo restando quanto previsto al punto C) della presente polizza.
- per Richiesta di risarcimento	Qualsiasi citazione o chiamata in giudizio, o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata all'Assicurato.
per AUTOASSICURAZIONE	Tutte le richieste di risarcimento danni conseguenti a sinistri per errore medico o assimilabile, l'avvio di procedimento penale o sinistro con responsabilità verso gli operatori o le cose che, in base alle tabelle di cui agli artt. 137, 138, 139 e 140 del Dlgs 209/2005, non superino l'importo di € 500.000 (cinquecentomila).



- Sinistro da "Medical Malpractice"	Il simistro riconducibile alla Desmanachilità compagne
Simstro da Wiedicai Waipractice	Il sinistro riconducibile alla Responsabilità connessa:
	• alla qualità di struttura ospedaliera- sanitaria
	• all'esercizio della professione medico/sanitaria ed alle attività
~	ad essa connesse
- per Sinistro in serie	più richieste di risarcimento provenienti da soggetti terzi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti riconducibili ad una medesima causa le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro
- per Sinistro RCO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- per Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro che in base delle tabelle di cui agli artt. 137, 138, 139 e 140 del Dlgs 209/2005, superi l'importo di € 500.000 (cinquecentomila).
- per Cose	sia gli oggetti materiali che gli animali
- per Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali o morte o di danneggiamenti a cose
- per Fatti/circostanze noti	Per Fatti/circostanze noti si identificano:
	• La notifica all'Azienda di atti giudiziari a seguito dei quali non abbia avuto luogo alcun evento riconducibile alla definizione di "sinistro" di cui sopra ma che comunque dalle motivazioni che si evincono dalla documentazione di riferimento si ravvisi la possibilità dell'eventuale generazione di un "sinistro"
	• Tutti quegli eventi avversi (evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale ed indesiderabile) che presentino contemporaneamente tutte le cinque seguenti caratteristiche:
	<ul> <li>a) Concentrazione cronologica di accadimento (ci si può riferire ad eventi verificatisi durante il periodo di retroattività previsto in polizza);</li> <li>b) Seriali (almeno 5 accadimenti);</li> </ul>
	c) Univocità ezio-pato-genetica;
	d) Oggetto di indagine interna e/o esterna;
	e) Noti alla Direzione aziendale per il tramite di comunicazione scritta; qualunque altro evento di una particolare gravità dalla cui analisi interna possa essere ragionevolmente dedotta una responsabilità dell' Assicurato.



#### A) Somme e rischi assicurati

La \_\_\_\_\_\_ (di seguito menzionata come Società), sulla base delle condizioni di assicurazione che seguono, presta l'assicurazione, fino alla concorrenza delle seguenti somme (massimali):

**A.1**) Responsabilità Civile verso terzi e Responsabilità Professionale Sanitaria ("Medical Malpractice")

Euro 1.000.000,00 per ogni sinistro, con il limite di:

Euro 1.000.000,00 per ogni persona

A.2) Responsabilità Civile verso i Prestatori di lavoro

Euro 1.000.000,00 per ogni sinistro, con il limite di:

Euro 1.000.000,00 per ogni persona

**A.3**) Massimale aggregato: Euro 5.000.000,00 il massimale aggregato è il limite di indennizzo cumulativo per l'insieme di tutti i sinistri relativi a una stessa annualità assicurativa, qualunque sia il numero dei danneggiati e in relazione a tutte le garanzie prestate.

#### B) Descrizione dell'attività

La seguente descrizione viene riportata a titolo esemplificativo e non limitativo, dato che la presente polizza esplica la propria validità per tutti i casi in cui possa essere reclamata una responsabilità dell'Assicurato salve le esclusioni espressamente indicate.

#### L'attività dell'Assicurato riguarda:

l'erogazione e la gestione al pubblico di tutti i servizi e le prestazioni che la vigente legislazione prevede possano essere effettuati dall'Assicurato quali, a puro titolo esemplificativo e non limitativo:

- Attività ospedaliera
- Attività ambulatoriale
- Attività diagnostica strumentale
- Attività chirurgica
- Attività di guardia medica
- Attività di terapia intensiva ed anestesiologica



- Attività di analisi chimiche e microbiologiche
- Attività trasfusionale
- Laboratori di ricerca scientifica
- Sperimentazioni
- Consulenze specialistiche ad altre Istituzioni
- Farmacia
- Ecc..

L'Assicurato può svolgere tutte le attività riconducibili ai servizi sopra elencati anche partecipando ad enti, società o consorzi, ed anche avvalendosi di terzi (persone fisiche e/o giuridiche) e può svolgere anche attività di sperimentazione e/o ricerca.

L'Assicurato può inoltre 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.

# C) Inizio e termine della garanzia – disciplina della responsabilità

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di efficacia dell'assicurazione a condizione che tali richieste siano conseguenti a fatti colposi posti in essere:

- durante il periodo di validità della garanzia e cioè dalle ore 24,00 del 30/09/2010 alle ore 24,00 del 30/09/2011;
- in epoca antecedente alla data di effetto della presente polizza ma non prima del 30/09/2005.

Si intende parificata alla richiesta di risarcimento la formale comunicazione dell'avvio di indagine penale in relazione ai danni per i quali è prestata l'assicurazione, nel momento in cui il Contraente ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta.

La presente assicurazione vale per le richieste avanzate nei confronti dell'Assicurato indipendentemente dalla fonte giuridica invocata (norme di legge nazionali, estere, internazionali comunitarie, usi e costumi, giurisprudenza ad ogni norma giuridica ritenuta applicabile) ed indipendentemente dall'autorità competente, giudiziaria o arbitrale, nazionale, estera o internazionale.



# D) Assicurati Aggiuntivi

- a) Qualsiasi persona fisica o giuridica per la quale la legge o altra disposizione normativa obbligatoria impone al Contraente l'obbligo di assicurazione di Responsabilità Civile.
- b) Qualsiasi persona fisica o giuridica alla quale sia riconosciuta l'estensione della qualifica di assicurato nel contesto contrattuale:
- a titolo esemplificativo il personale appartenente alle seguenti categorie:
- -personale medico e sanitario a rapporto convenzionale
- -personale universitario convenzionato
- -personale a contratto, inclusi i medici contrattisti
- -medici specialisti in formazione
- -obiettori di coscienza in servizio sostitutivo civile
- -assegnisti, borsisti e tirocinanti
- -volontari in genere

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



#### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

#### 1) Oggetto dell'Assicurazione

# 1 .A)Responsabilità civile verso terzi

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali, per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta comprese tutte le operazioni e attività accessorie, sussidiarie e/o complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa né eccettuata ovunque nell'ambito della validità territoriale della polizza, per gli importi che, in base alle tabelle di cui agli artt. 137, 138, 139 e 140 del Dlgs 209/2005, superino l'importo di € 500.000 (cinquecentomila).

L'assicurazione vale anche per la Responsabilità Civile derivante da fatto doloso di persone delle quali l'Assicurato debba rispondere.

#### 1.B) Responsabilità civile verso prestatori di lavoro subordinato

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro subordinato da lui dipendenti. La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. Non costituisce però motivo di decadenza della copertura la mancata o irregolare assicurazione di personale presso l'INAIL derivante da erronea interpretazione delle norme vigenti, o da involontaria omissione della segnalazione di nuove posizioni all'INAIL. Per i limiti economici di risarcimento vale quanto detto al punto 1 A).

Sono equiparati ai lavoratori dipendenti tutti i lavoratori non dipendenti (incluse le nuove figure introdotte dalla Legge Biagi) che svolgono mansioni per conto della Asl n. 7 di Carbonia.

#### 2) Novero dei terzi

Si conviene fra le parti che tutti i soggetti, sia persone fisiche, che giuridiche, agli effetti della presente polizza sono considerati "Terzi" rispetto all'Assicurato.

Non sono considerati terzi i dipendenti dell'Assicurato quando subiscano il danno in occasione di lavoro o servizio, limitatamente alla garanzia RC verso prestatori di lavoro di cui all'art. 1B) che precede. Si precisa comunque che detti dipendenti, ed il legale rappresentante, sono considerati terzi quando fruiscano delle prestazioni e dei servizi erogati dall'Assicurato.

.



A titolo puramente esemplificativo e non limitativo l'assicurazione comprende anche:

- la garanzia è estesa ai borsisti, tirocinanti, specializzandi, volontari, quando operano sotto la diretta responsabilità dell'azienda assicurata nell'ambito dei reparti dati in gestione;
- la garanzia è operante anche per la RC derivante dalle attività svolte dal personale dipendente nell'ambito di apposite convenzioni e per prestazioni di attività c/o soggetti pubblici e privati;
- la garanzia è estesa alla RC derivante all'Assicurato per i servizi che la stessa debba erogare presso il domicilio degli assistiti o comunque fuori sede, con il suo personale dipendente e/o collaboratori anche convenzionati, ivi compresi i danni "in itinere" al personale e collaboratori stessi.

#### 4) Estensioni di garanzia

# 4.1) Responsabilità personale e professionale

La garanzia copre la Responsabilità personale e professionale di tutti i dipendenti in genere di ogni ordine e grado dell'Assicurato per danni arrecati a terzi e ad altri dipendenti in genere in relazione allo svolgimento delle loro mansioni, ciò entro i limiti del massimale convenuto in polizza per sinistro, il quale resta ad ogni effetto unico anche in caso di corresponsabilità delle persone summenzionate con l'Assicurato o fra di loro.

La garanzia copre la Responsabilità personale e professionale dei medici, dei sanitari e del personale tutto, anche non dipendente, utilizzato per i servizi prestati dall'Assicurato, compresa la libera professione intramuraria e compreso il personale volontario che presta cioè la sua opera gratuitamente.

La presente estensione di garanzia opera con esclusione di dolo e colpa grave dei soggetti sopra indicati, salvo il caso di adesione alla "Garanzia facoltativa colpa grave medici ed altro personale" di seguito descritta. L'adesione alla garanzia facoltativa per colpa grave determina l'assunzione del sinistro da parte della Società a prescindere dall'importo determinato per il risarcimento.

L'Assicurazione conserva la propria validità anche in relazione alla responsabilità civile personale e professionale dei collaboratori (dipendenti e non) della Contraente che svolgono attività presso altre strutture in virtù di convenzioni o specifici contratti e accordi stipulati con l'Assicurato o la Contraente stessa.



#### 4.2) Attività intramuraria

L'assicurazione è estesa all'attività intramuraria libero professionale del personale dirigente medico e del ruolo sanitario, del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione che partecipa a tale attività nonché del personale del comparto di supporto che è equiparata all'attività di lavoro dipendente. La garanzia si intende confermata esclusivamente per danni materiali a persone e a cose in relazione all'attività sanitaria svolta, ed è operante anche quando sia svolta all'esterno presso altre strutture.

# 5) Calcolo del premio

Il premio annuo lordo, pari a Euro è calcolato applicando rimane fisso per tutta la durata del contratto, sull'importo totale delle retrib degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, erogate al personale emolumenti erogati al personale non dipendente, come di seguito riportato.	ouzioni lorde, al netto		
- personale dipendente	€ 69.169.359,37		
- specialisti interni convenzionati	€ 1.606.451,13		
- medici di guardia medica notturna e festiva, medici di guardia			
medica turistica	€ 4.190.384,31		
- personale non dipendente servizio 118	€ 838.843,17		
- contratti di collaborazione coordinata continuativa	€ 1.708.476,30		
- personale a rapporto convenzionale autonomo o dipendenti			
di altre strutture pubbliche/private limitatamente all'attività			
esercitata per l'Azienda	€ 396.955,97		
	€ 77.910.470,25		

Le imposte e tutti gli oneri relativi stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio sono a carico dell'Assicurato.

#### 6) Validità territoriale

Le garanzie di polizza sono estese al mondo intero.

## 7) Regolazione premio

La presente polizza è soggetta a regolazione del premio in base a variazione degli importi tenuti a base del calcolo del premio stesso, ed è regolato in via definitiva alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o di minor durata.

Pertanto entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo, o della minor durata, la Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per la regolazione; la Società provvederà successivamente a fornire alla Contraente apposito atto di regolazione dal quale risulteranno le eventuali differenze da corrispondere; l'eventuale importo dovrà essere pagato alla Società entro 90 giorni dal ricevimento del documento emesso; in caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione, limitatamente ai sinistri per i quali non è avvenuta la comunicazione di regolazione, la Società potrà indennizzare gli stessi in proporzione tra il premio pagato e quello dovuto.



In deroga a quanto sopra indicato, si conviene che nessuna regolazione è dovuta dalla Contraente nella eventualità che gli emolumenti come sopra definiti non superino il 20% dell'importo presunto iniziale dichiarato pari a €. 77.910.470,25. La regolazione è dovuta solo per l'importo che eccede tale soglia di esenzione.

Tutti i termini espressi in giorni devono intendersi per "giorni lavorativi".

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare le posizioni assicurative accese presso l'INAIL.

#### 8) Variazioni di rischio

Qualora nel corso del contratto si verifichino variazioni che modificano il rischio, la Contraente e la Società possono richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui una delle parti non accetti le nuove condizioni, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ciascuna delle parti ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 180 giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio é ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato.

Resta inteso che l'Assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si é verificata.

#### 9) Obblighi delle parti in caso di sinistro

Il Contraente, venuto a conoscenza del sinistro, ne darà notizia alla Società entro 60 giorni lavorativi, qualora il sinistro, derivato da qualunque delle fattispecie sopra richiamate, superi quale valutazione iniziale di risarcimento € 500.000,00. Tutti i sinistri che dovessero superare tale soglia, saranno comunicati alla Società che dovrà farsi carico dell'intero importo da risarcire. Qualora su tali sinistri la società operasse una transazione con i danneggiati, questa sarà tenuta a pagare anche gli importi inferiori ai 500.000,00 euro. Per tali sinistri l'Assicurato fornirà alla Società tutte le informazioni, i documenti e le prove che possano venirgli richieste. La società si impegna ad informare costantemente l'Assicurato dello "stato dell'arte" di ogni sinistro denunciato.

Per "venuto a conoscenza del sinistro" si intende il momento in cui la richiesta di risarcimento è pervenuta all'Ufficio Protocollo della Contraente.

Il Contraente è tenuto a denunciare alla Società solo i sinistri:

- a) se rientranti nella garanzia Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) i casi:
  - in cui vi sia una richiesta di risarcimento da parte di terzi che, sulla base della valutazione effettuata ai sensi delle tabelle di cui al DLgs 209/2005, superi € 500.000,00;
  - in cui sia in corso un'indagine penale disposta dalla Magistratura, per la quale viene calcolato preventivamente un risarcimento nei confronti di terzi che, sulla base della valutazione effettuata ai sensi delle tabelle di cui al DLgs 209/2005, superi € 500.000,00.



In tutti gli altri casi di incidenti, la cui comunicazione pervenga alla Contraente, la stessa è esonerata dal presentare denuncia alla Società, restando la Contraente stessa impegnata a mettere a disposizione della Società la documentazione relativa al danno in caso il sinistro sia valutato secondo i criteri di cui al punto 1 A).

#### 10) Obblighi della Società nella gestione dei sinistri

All'atto dell'apertura del sinistro la Società provvederà a comunicare tempestivamente all' Assicurato il numero attribuito.

I sinistri verranno gestiti presso un unico Centro Liquidazione Danni, del quale la Società indicherà gli estremi al momento della firma della polizza.

L'istruzione dei sinistri prevederà il coinvolgimento di strutture e personale specialistico di cui la Contraente vorrà avvalersi per la valutazione medico-legale e giuridico-assicurativa, che svolgerà in autonomia al fine della valutazione economica dell'eventuale risarcimento.

La Società si impegna altresì a garantire la propria presenza a periodiche riunioni da tenersi presso l'Assicurato, anche successivamente alla data di scadenza del presente Contratto, al fine di garantire una comune valutazione dei sinistri, anche per quelli che alla data di cessazione del Contratto, non abbiano ancora trovato una compiuta definizione. Tale partecipazione avrà luogo fino a quando non verranno definiti tutti i sinistri per i quali l'Assicurato riterrà necessario il confronto congiunto con la Società.

La Società, dall'accensione del contratto e alle scadenze quadrimestrali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- importo della riserva, con la comunicazione degli elementi oggettivi che hanno portato alla definizione della stessa;
- sinistri per i quali vengono attivate le procedure di mediazione ed ogni relativo aggiornamento;
- sinistri liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- sinistri respinti, mettendo a disposizione le motivazioni scritte.

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

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

Tutte le pratiche di sinistro dovranno essere chiuse dalla Società entro un limite temporale massimo di sei mesi, fatti salvi i casi di procedimento giudiziario o altro oggettivo impedimento che esuli dall'obbligo di risarcire il danno.



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

La violazione degli obblighi precedentemente descritti attribuisce al contraente facoltà di sanzionare l'inottemperanza della Società mediante l'applicazione di penali .

Qualora le informazioni riguardanti il dettaglio dei sinistri non siano trasmesse con la periodicità prevista, il Contraente intima per iscritto alla Società la relativa trasmissione.

In caso di ripetuta e contestata inadempienza il contraente può recedere dal contratto con effetto immediato e senza preavviso. In tal caso la Società rimborserà entro 15 giorni dalla comunicazione del recesso, la quota di premio anticipato relativo al periodo di rischio non corso.

Gli importi delle penali saranno prelevati dall'Assicurato dall'importo della cauzione definitiva versata a garanzia del corretto adempimento delle obbligazioni assunte. La cauzione potrà peraltro essere trattenuta dall'Assicurato in ogni altro caso di comprovato inadempimento da parte della Società rispetto agli obblighi contrattuali.

#### 11 )Gestione delle vertenze di danno

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

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

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda, nonché assume a suo carico l'onere delle spese legali derivanti dall'art. 25 del CCNL Dirigenza medica e veterinaria 1998/2001 tutt'ora in vigore.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

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

I legali incaricati si impegneranno a trasmettere alla Assicurata una puntuale informativa dei passaggi salienti dei processi in corso, relazionando sulle difese della controparte, sugli esiti delle udienze e sulla conseguente assegnazione a sentenza.



# 12)Durata del contratto - Proroga

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza di detto periodo. Resta ferma la facoltà per le parti di stipulare, a condizioni da pattuirsi con la Società, al termine del periodo annuale sopra indicato, la rinnovazione del servizio, ai sensi dell' art. 57, comma 5 lettera b) del D. Lgs. 163/2006.

E' inoltre facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza, di richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

#### 13 )Forma delle comunicazioni del Con traente alla Società

Tutte le comunicazioni tra le parti, devono essere fatte con lettera raccomandata con avviso di ricevimento od altro mezzo ritenuto equivalente (fax o PEC).

#### 14) Competenza territoriale

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo ove ha sede l'Assicurato.

# 15) Pagamento del premio ed effetto dell'Assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche se il premio o la prima rata di premio possono essere pagati entro 60 giorni dalla decorrenza suddetta.

#### 16) **Imposte**

Le imposte e tutti i relativi oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

#### 17) Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dalla presente polizza valgono le norme di legge.

#### 18) Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede il Contraente.



# 19) Ripartizione dell'assicurazione e delega (opzionale - valida in caso di coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.  Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale. La Società coassicuratrice all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.  Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta, notifica di solleciti, chiamate in garanzia ed altri atti giudiziali e stragiudiziali) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della La cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza della
presente clausola ne conferiscono mandato.  La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o d'importi comunque dovuti all'Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.  Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea d'impresa costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente aggiudicatore. La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.
20) Interpretazione del contratto
Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e favorevole al Contraente /Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.
21) Validità esclusiva delle norme dattiloscritte
Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente sui moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.
La Società Il Contraente



# Garanzia facoltativa - Colpa grave medici ed altro personale

La presente polizza assicura il personale appartenente al ruolo sanitario, tecnico e professionale della Azienda Usl 7 per quanto questi siano tenuti a pagare quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni cagionati a terzi per morte e lesioni personali in conseguenza di un fatto commesso con "colpa grave" durante l'esercizio dell'attività professionale sia durante l'orario di lavoro che durante lo svolgimento di attività libero professionale in regime intramurario.

La garanzia s'intende operante:

- in caso di azione diretta del terzo danneggiato;
- per l'Azione di rivalsa esercitata da parte dell'Impresa di Assicurazioni o dell'Azienda Sanitaria Contraente.

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

La Società rinuncia pertanto ad esercitare azioni di rivalsa nei confronti del personale che abbia aderito alla presente garanzia e corrisposto il relativo premio addizionale.

#### 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 loro.

#### Limiti di indennizzo

La garanzia viene prestata per ciascun assicurato fino alla concorrenza di massimali pari a Euro 1.000.000,00 per sinistro e anno.

#### Pagamento del premio

Premesso che la presente sezione è stipulata dalla Azienda Usl 7 in nome e per conto dei soggetti interessati che rivestono la qualifica di assicurati con adesione alla presente, le parti stabiliscono un premio lordo annuo pro capite da porsi personalmente a carico di ciascun assicurato come da scheda di offerta tecnica, distinto tra le seguenti categorie:

> Dirigenti : Euro 300

> Personale del comparto con qualifica non dirigenziale: Euro 60



La presente sezione può essere estesa anche ai Medici Universitari e al personale del ruolo sanitario, tecnico e professionale che darà la propria adesione, in rapporto di collaborazione a tempo determinato che concorre a pieno titolo all'attività dell'Azienda.

## Inclusione ed esclusione dalla garanzia

L'Assicurazione s'intenderà operante sin dalla data di decorrenza riportata in polizza, per tutti gli assicurati che abbiano dichiarato la propria adesione entro il periodo determinato dall'Assicurato quale termine perentorio di scadenza, nonché per i periodi di pregressa stabiliti per la polizza RCT/RCO aziendale.

Si precisa che, in caso di pensionamento o di cessazione del rapporto di lavoro per dimissioni o trasferimento ad altra Azienda Sanitaria la garanzia resterà operante, anche successivamente alla cessazione entro i termini di validità temporale della polizza. Il premio relativo al periodo assicurativo in corso alla data di cessazione del rapporto di lavoro o pensionamento è dovuto per intero dall'Assicurato e resta acquisito dalla Società.

La Compagnia emetterà, decorsi 60 giorni dalla decorrenza riportata in polizza, apposita appendice in cui verranno indicati i nominativi di coloro che hanno aderito.

Il relativo premio dovrà essere versato entro 60 giorni dalla data di ricevimento dell'appendice da parte del Contraente.

#### Durata dell'assicurazione

La presente "Garanzia Facoltativa" ha la medesima durata del contratto RCT/O come indicato in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo. All'Assicurato è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con formale comunicazione inviata all'ufficio Protocollo del Contraente tre mesi prima della suddetta scadenza.

La Società	IL Contraente