

## Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile di Strutture Sanitarie Pubbliche

Polizza N° RCH00010000081		Prodotto <b>AmTrust Ospedali Pubblici</b>		Intermediario AMTRUST INSURANCE AGENCY ITALY SRL	
Regolazione NO	Coassicurazione NO	% Delegataria -	Sub Codice AG013		Tot. Allegati -

### Dati del Contraente / Assicurato

Denominazione / Ragione sociale <b>AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI - PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO</b>			Codice Fiscale <b>01429410226</b>		Partita IVA <b>01429410226</b>
Sede legale <b>VIA ALCIDE DE GASPERI, 79</b>		Comune <b>TRENTO</b>		Prov <b>TN</b>	Cap <b>38123</b>
				Nazione <b>IT</b>	

### Durata complessiva della Polizza

Decorre dalle ore 24 del 28/02/2023	Scade alle ore 24 del 28/02/2026	Frazionamento Annuale	Prossima Quietanza il 28/02/2024
--	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

### Premio alla Firma

Premio Netto (euro) 3.288.922,53	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 3.288.922,53	Imposte (euro) 731.785,27	Totale Premio (euro) 4.020.707,80
-------------------------------------	-------------------	--	------------------------------	--------------------------------------

### Premio Rate Future

Premio Netto (euro) 3.288.922,53	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 3.288.922,53	Imposte (euro) 731.785,27	Totale Premio (euro) 4.020.707,80
-------------------------------------	-------------------	--	------------------------------	--------------------------------------

### Premio Annuo

Premio Netto (euro) 3.288.922,53	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 3.288.922,53	Imposte (euro) 731.785,27	Totale Premio (euro) 4.020.707,80
-------------------------------------	-------------------	--	------------------------------	--------------------------------------

L'importo del Premio alla Firma è stato pagato in data _____	FIRMA INTERMEDIARIO
<b>AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Ai fini della copertura assicurativa valgono esclusivamente le informazioni generate dal sistema e riportate sulla presente Scheda di polizza.</b>	

## Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile di Strutture Sanitarie Pubbliche

### Denuncia dei sinistri

Le denunce di sinistro dovranno essere inoltrate ad:

**AmTrust Assicurazioni** -Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 – 20122 Milano

Email: [infomi@amtrustgroup.com](mailto:infomi@amtrustgroup.com)

Tel. 02/36596710 - Fax 02/36596719

### Presa visione Privacy per finalità assicurative

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

**FIRMA CONTRAENTE**

### Sottoscrizione della Polizza

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente e dalla Società sulla base della presente Polizza (e degli allegati indicati), comprese le Dichiarazioni del Contraente qui riportate e di quanto nelle Condizioni di Assicurazione concordate che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

L'Amministratore Delegato

Emmanuel Ntze

**FIRMA CONTRAENTE**

Emesso il 23/02/2023 in MILANO

## Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile di Strutture Sanitarie Pubbliche

### Informativa sintetica sul trattamento dei dati personali

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art.13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE n. 2016/679 (di seguito anche "GDPR" o "Regolamento") tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. La base giuridica del trattamento è l'esecuzione di misure precontrattuali, l'obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento e l'interesse legittimo del Titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei.

Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali. Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno conservati per 12 mesi dall'emissione della proposta.

La normativa sulla privacy (artt. 15 e ss. del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito [info-privacy@amtrustgroup.com](mailto:info-privacy@amtrustgroup.com) al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali con le modalità indicate sul sito del Garante ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)), ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

*Firma del Proponente/Assicurando*

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CAPITOLATO DI POLIZZA**  
**RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI DI LAVORO**  
CIG 94123515C2

La presente polizza è stipulata tra

 <p><i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> Provincia Autonoma di Trento</p>	<b>AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI PROVINCIA DI TRENTO</b>
	Via Alcide De Gasperi, 79
	38123 Trento (TN)
	C.F e P.IVA 01429410226

e

<b>Società Assicuratrice</b>  <b>AmTrust Assicurazioni</b> An AmTrust Financial Company
<b>AmTrust Assicurazioni S.p.A.</b> Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • <a href="http://www.amtrust.it">www.amtrust.it</a> PEC: <a href="mailto:amtrust.assicurazioni@pec.it">amtrust.assicurazioni@pec.it</a> • Email: <a href="mailto:amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com">amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com</a> Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 • Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 • Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165 Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

**Durata del contratto**

<b>Dalle ore 24.00 del :</b>	28/02/2023
<b>Alle ore 24.00 del :</b>	28/02/2026

## INDICE

<b>Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata</b> .....	4
Art. 1 – Definizioni.....	4
Art. 2 – Attività assicurata e descrizione del rischio .....	9
Art. 3 – Assicurati Aggiuntivi .....	9
<b>Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione</b> .....	11
Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto.....	11
Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....	11
Art. 3 - Durata dell’assicurazione .....	12
Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia .....	12
Art. 5 – Recesso per Sinistro-.....	12
Art. 6 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione .....	13
Art. 7 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società.....	13
Art. 8 - Oneri fiscali.....	13
Art. 9 - Foro competente.....	13
Art. 10 - Interpretazione del contratto - Clausola di Buona Fede .....	13
Art. 11 – Ispezioni e verifiche della Società.....	13
Art. 12 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto .....	13
Art. 13- Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio .....	14
Art. 14 - Clausola Broker .....	15
Art. 15 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l. n. 136/2010.....	15
Art. 16 - Rinvio alle norme di legge .....	16
Art. 17 – Rinuncia alla surrogazione .....	16
Art. 18- Trattamento dei dati .....	16
Art. 19 – Estensione territoriale .....	16
Art. 20 - Coassicurazione e Delega.....	16
Art. 21- Disposizione transitoria.....	17
Art. 22 Prova del contratto e Modifiche dell’assicurazione .....	17

<b>Sezione 3 – Condizioni di assicurazione</b> .....	18
Art. 1 – Oggetto dell’Assicurazione di Responsabilità Civile verso terzi (R.C.T.).....	18
Art. 2 – Oggetto dell’Assicurazione di Responsabilità Civile verso i Prestatori di lavoro (R.C.O.).....	18
Art. 3 – Malattie professionali.....	19
Art. 4 – Responsabilità personale e professionale .....	20
Art. 5 – Qualifica di “Terzo” .....	20
Art. 6 – Precisazioni ed estensioni di garanzia .....	20
Art. 7 – Esclusioni .....	22
Art. 8 – Operatività temporale delle garanzie .....	24
Art. 9 – Danni non determinanti lesioni fisiche constatabili.....	24
<b>Sezione 4 –Gestione dei sinistri</b> .....	25
Art. 1 – Denuncia di sinistro .....	25
Art. 2 – Gestione delle vertenze di danno e spese di resistenza .....	25
Art. 2 bis Legittimazione.....	26
Art. 3 – Mediazione.....	26
Art. 4 – Procedure di gestione e pagamento dei sinistri .....	27
Art. 5 – Comitato Valutazione Sinistri (CVS).....	27
<b>Procedura migliorativa dei sinistri - Sezione 4 bis</b> .....	29
<b>Sezione 5 – Massimali, limiti di indennizzo e franchigie</b> .....	33
Art. 1 – Massimali di garanzia .....	33
Art. 2 – Limiti di indennizzo.....	33
Art. 3 – Autoritenzione.....	33

## SEZIONE 1 – DEFINIZIONI, SOGGETTI E ATTIVITÀ ASSICURATA

### Art. 1 – Definizioni

Le norme riportate nel presente contratto annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

<b>Annualità assicurativa</b>	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
<b>Assicurato</b>	Persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
<b>Assicurato aggiuntivo</b>	I soggetti autorizzati della cui opera il Contraente si avvale a qualunque titolo ed i soggetti a cui è riconosciuta tale qualifica nel testo contrattuale.
<b>Assicurazione</b>	Il contratto di Assicurazione.
<b>Azienda Sanitaria</b>	L'Azienda Sanitaria Locale od Ospedaliera e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.
<b>Broker</b>	Marsh S.p.A., iscritta al R.U.I. al n° B000055861.
<b>Comunicazioni</b>	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC, posta elettronica o altro mezzo documentabile.
<b>Conciliazione</b>	La composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della mediazione.
<b>Contraente</b>	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.
<b>Danni indiretti</b>	Sospensione di attività o qualsiasi danno che non riguardi la materialità delle cose danneggiate.
<b>Danni materiali diretti e consequenziali</b>	I danni materiali (intendendosi: distruzione, deterioramento, alterazione danneggiamento totale o parziale, sottrazione o smarrimento) che le cose danneggiate subiscono per effetto diretto di un evento per il quale è prestata l'assicurazione.

<b>Danno corporale</b>	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale.
<b>Danno patrimoniale puro/ Perdite patrimoniali</b>	Il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni materiali o corporali come sopra definiti.
<b>Garanzie</b>	Le prestazioni oggetto dell'Assicurazione dovute dalla Società.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Legittimazione passiva del Contraente o Assicurato</b>	La condizione che rende comunque operante la presente assicurazione in relazione alle richieste di risarcimento che pervengono alla contraente e agli assicurati riferibili ad atti, comportamenti od omissioni di terzi, con la sola esclusione di quelle per le quali il giudice riconosca il difetto di legittimazione passiva essendo il fatto ascrivibile a responsabilità esclusiva di un soggetto diverso da uno degli assicurati con la presente polizza.
<b>Massimo aggregato annuo di franchigie</b>	L'ammontare massimo cumulato che l'Assicurato ritiene a titolo di franchigia per più sinistri che colpiscono la polizza nella medesima annualità assicurativa (conteggiato – pro-rata - in caso di periodi assicurativi inferiori ad un anno).
<b>Massimale per anno/ Massimo risarcimento</b>	La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo (non soggetto all'applicazione di rateo).
<b>Massimale per sinistro o limite di indennizzo</b>	La massima esposizione della Società per ogni sinistro, incluso il sinistro in serie, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o sofferto danni a cose di loro proprietà;
<b>Mediazione</b>	L'attività svolta da un terzo soggetto imparziale finalizzata ad assistere due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, anche con formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa.
<b>Periodo di decorrenza</b>	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza dell'Assicurazione, indicati in polizza.
<b>Periodo di efficacia</b>	Il periodo compreso tra la data di retroattività (se prevista) e la data di cessazione dell'Assicurazione.

<b>Polizza</b>	Il documento che prova l'assicurazione.
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Retribuzioni</b>	Tutto quanto al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni (es. stipendio, altri elementi a carattere continuativo, provvigioni, premi di produzione, bonus e gratifiche, l'equivalente del vitto ed alloggio eventualmente dovuti al dirigente), gli emolumenti lordi versati dal Contraente ai collaboratori in forma coordinata e continuativa o collaboratori a progetto (Parasubordinati). Sono invece esclusi: i rimborsi spese e gli emolumenti a carattere eccezionale, gli emolumenti lordi versati dal Contraente alle società che si occupano della somministrazione del lavoro, purché non superiori al 5% del monte retribuzioni complessivo come sopra determinato.
<b>Richiesta di risarcimento</b>	<p>Per richiesta di risarcimento si intende, quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la comunicazione con la quale il terzo od il prestatore, gli Enti di Previdenza ed Assistenza, attribuiscono all'Assicurato la responsabilità per danni o perdite;</li> <li>- qualsiasi citazione in giudizio o chiamata in causa, inclusa la costituzione di parte civile o altra comunicazione scritta con la quale il terzo avanza nei confronti dell'Assicurato formale richiesta di essere risarcito di danni o perdite;</li> <li>- la formale notifica all'Assicurato dell'avvio di inchiesta o del compimento di atti istruttori da parte delle Autorità competenti anche nella fase delle indagini preliminari in relazione a danni per i quali è prestata l'Assicurazione;</li> <li>- la comunicazione all'Assicurato con ogni mezzo idoneo ai sensi dell'art. 8, primo comma del D. Lgs. 4 marzo 2010 n° 28 e successive modificazioni ed integrazioni della domanda di mediazione anche se non eseguita a cura dalla parte istante;</li> <li>- la formale notifica all'Assicurato del provvedimento di Accertamento Tecnico Preventivo non Ripetibile ai sensi dell'art. 360 del c.p.p., nonché di accertamento tecnico preventivo ai sensi degli artt. 696 e 696 bis del Codice di Procedura Civile in relazione a danni per i quali è prestata l'Assicurazione;</li> <li>- il provvedimento di sequestro disposto dall'autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 253 e segg. 321 e segg. del c.p.p. nonché di polizia</li> </ul>

giudiziaria ai sensi dell'art. 354 e segg. del c.p.p. in relazione a danni per i quali è prestata l'Assicurazione.

L'Assicurazione si intende attivata dalla prima richiesta di risarcimento che perviene all'Assicurato successivamente alla decorrenza dell'Assicurazione a condizione inderogabile, che il sinistro non potesse essere validamente denunciato quale richiesta di risarcimento a norma delle polizze assicurative (incluse le relative S.I.R. e franchigie) stipulate con i precedenti Assicuratori. Qualora invece la presente Assicurazione subentri a cosiddette "misure analoghe" di tutela, si considera come "validamente denunciabile" ciascuna delle sopraindicate richieste di risarcimento.

**Risarcimento**

La somma dovuta al danneggiato in caso di sinistro.

**Rischio**

La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

**Scoperto**

La parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato.

**Self Insurance Retention (S.I.R.)**

Applicabile solo all'oggetto dell'assicurazione (R.C.T)

La quota di rischio ritenuta in applicazione di una autoritenzione per sinistro od aggregata annua o di una combinazione delle stesse che il Contraente provvede direttamente a finanziare assumendo la veste di "Assicuratore di se stesso". Alla luce di tale principio il Contraente, relativamente ai sinistri dallo stesso gestiti, assume l'onere delle spese di resistenza inerenti l'assistenza, il patrocinio e la difesa legale e peritale in sede giudiziale e stragiudiziale, ivi comprese quelle relative alla mediazione ex D. Lgs. 28/2010, anche oltre il limite della franchigia. In caso di transazione o condanna giudiziale il pagamento del risarcimento (capitale, interessi e spese) dovuto al danneggiato viene effettuato direttamente dal Contraente fino alla concorrenza dell'importo dell'autoritenzione.

La richiesta o le richieste di risarcimento, riferibili ad un medesimo evento, di cui la prima risulti pervenuta all'assicurato, durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione. A tal fine fa fede la data di protocollo apposta dalla Contraente.

**Sinistro in serie**

Più richieste di risarcimento pervenute in forma scritta all'Assicurato provenienti da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno

considerate come un unico sinistro;

## **Società**

L'impresa assicuratrice, le imprese coassicuratrici nonché gli Assicuratori dei Lloyd's, identificati nei documenti di polizza, i quali tutti si impegnano ciascuno per la propria parte, disgiuntamente e non solidalmente.

## **Art. 2 – Attività assicurata e descrizione del rischio**

L'Assicurazione è prestata per l'Attività della Contraente nella sua qualità di Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari in relazione allo svolgimento delle proprie attività istituzionali ai sensi della normativa provinciale istitutiva.

La Contraente nonché i Soggetti Assicurati svolgono le attività e hanno le competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi, le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, incluse eventuali modificazioni e/o integrazioni presenti pregresse o future anche avvalendosi di strutture di terzi e/o affidando a terzi l'utilizzo delle proprie strutture. La garanzia è inoltre operante per tutte le attività che possono essere anche svolte partecipando ad Enti o Consorzi od avvalendosi di terzi o appaltatori/subappaltatori.

Le parti prendono e danno reciprocamente atto che, con il consenso anche implicito della Contraente, i beni, il personale e le attività, ovunque svolte, oggetto della presente assicurazione possono operare, essere utilizzati od eserciti da e/o nell'interesse di e/o per conto di, una diversa Azienda del Servizio Sanitario Nazionale, senza che ciò possa comportare alcuna limitazione della operatività della garanzia o soggezione alla surrogazione della Società, né nei confronti della diversa Azienda, né nei confronti della Contraente stessa.

## **Art. 3 – Assicurati Aggiuntivi**

- a) Qualsiasi persona fisica o giuridica per la quale la legge, convenzione o contratto od altra disposizione impone al Contraente l'obbligo di assicurazione di Responsabilità Civile;
- b) Qualsiasi soggetto autorizzato della cui opera il Contraente si avvale a qualunque titolo;
- c) A titolo esemplificativo e non limitativo si considerano assicurati aggiuntivi:
  - Personale medico e sanitario a rapporto convenzionale, inclusi i Medici addetti alla continuità assistenziale, i Medici addetti alla emergenza sanitaria territoriale e i Medici addetti alla medicina dei servizi;
  - Personale Universitario convenzionato;
  - Personale a contratto, inclusi i Medici contrattisti.
  - Medici specialisti in formazione.
  - Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, limitatamente alle responsabilità ascrivibili alla APSS per fatto di entrambe le categorie, ai sensi della normativa vigente.
  - Personale di Servizio del Volontariato Civile ed appartenenti ad associazione di volontariato autorizzate.
  - Assegnisti, borsisti, tirocinanti e frequentatori.
  - Personale volontario dei Servizi Sociali.
  - Soggetti disabili, e in genere, tutti i soggetti assistiti nell'ambito di programmi di inserimento educativo, socializzante, terapeutico o riabilitativo, e i loro tutori anche durante le attività esterne, inclusa la responsabilità delle famiglie affidatarie, con esclusione dei danni alle cose oggetto o strumento di tali attività. In caso di corresponsabilità di due o più Assicurati i massimali previsti restano tali ad ogni effetto.
  - Soggetti autorizzati dall'Azienda Contraente che utilizzano carrozzelle a motore o velocipedi a pedalata assistita, purché non soggetti all'assicurazione obbligatoria RCA, concessi in uso dalla Azienda Contraente.
  - Personale del CIMeC (Centro Interdipartimentale Mente/Cervello) dell'Università degli Studi di Trento

in base a convenzione (approvata con deliberazione del Direttore Generale di APSS in data 8.11.2007 n.1283 e periodicamente rinnovata) che accede alle strutture di APSS al fine di eseguire accertamenti diagnostici sui pazienti ricoverati per disturbi cognitivi o linguistici ☐ Personale CIMeC dell'Università degli Studi Trento operanti presso la sede del laboratorio di diagnostica funzionale del CIMeC, limitatamente all'attività medico sanitaria collegata e/o funzionale alla ricerca prestata in caso di necessità a tutela e salvaguardia dei soggetti volontari sottoposti alle attività di sperimentazione sull'essere umano ☐ Personale dell'Università degli Studi di Trento che svolge attività clinica presso il CeRiN (Il Centro di riabilitazione neurocognitiva), in base alle deliberazioni della Giunta Provinciale di Trento n. 1564 del 30.06.2008 e n. 2324 del 04.11.2011 e ai sensi della convenzione tra APSS e l'Università degli Studi di Trento adottata con deliberazione del Direttore Generale di APSS n. 684 del 16/12/2021.

## SEZIONE 2 – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### **Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto**

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all’organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all’aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall’intervenuta conoscenza.

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

### **Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori**

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio anch’esse operanti a primo rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza. Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C.; resta salvo quanto diversamente disposto in tema di operatività temporale delle garanzie RCT.

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell’art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall’obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C. Nel caso di esercizio del diritto di regresso spettante alla Contraente ai sensi dell'art. 2055 c.c. nonché di surrogazione della Società verso i terzi responsabili (esclusi tutti i soggetti assicurati) ai sensi dell'art. 1916 c.c. e dell'art. 1910 4° comma c.c. si conviene che le somme recuperate si intendono così attribuite:

- nel caso il sinistro sia totalmente in franchigia: per intero al Contraente stesso che le ha precedentemente esborsate;
- nel caso il sinistro sia totalmente a carico della Società: per intero alla Società che le ha precedentemente esborsate;
- nel caso il sinistro sia parzialmente in franchigia: al Contraente ed alla Società in proporzione all’esborso da ciascuno sostenuto.

Si precisa ulteriormente in proposito che non costituisce rischio coassicurato ai sensi dell’art. 1910 c.c. la coesistenza delle assicurazioni di cui all’art. 10, commi 1, e 3, della legge 8 marzo 2017, n. 24 e ricorrendo tale ipotesi la surrogazione della Società resta regolata unicamente dall’art. 9 della stessa legge, nonché dalle ulteriori precisazioni contenute nell’art. 18 della presente Polizza.

### **Art. 3 - Durata dell'assicurazione**

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni 3 con effetto dalle ore 24.00 del 28/02/2023 e scadenza alle ore 24.00 del 28/02/2026.

Ove sia ritenuto conveniente e qualora sia legittimo in base alla normativa vigente, il Contraente ha la facoltà di richiedere alla Società, che s'impegna sin d'ora ad accettare incondizionatamente, la rinnovazione del servizio - alle medesime condizioni normative ed economiche in corso, fino ad un massimo di ulteriori due anni, ai sensi dell'art. 63, comma 5 del D.Lgs. 50/2016.

E' inoltre facoltà della contraente richiedere alla Compagnia una proroga temporanea finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione; tale facoltà può essere esercitata una o più volte ma comunque per un periodo massimo di 6 mesi complessivamente decorrenti dalla scadenza o cessazione (tutti i casi di cessazione, anche anticipata del contratto). La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata o pec da inviare con almeno 180 giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

### **Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al 28/02/2023 e al 28/02 di ogni scadenza anniversaria.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 60 giorni. Pertanto, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza (28/02/2023), se la prima rata di premio è stata pagata entro i 60 giorni successivi.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

### **Art. 5 – Recesso per Sinistro**

La Società rinuncia alla facoltà di recedere dal contratto in caso di sinistro.

#### **Art. 6 – Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione**

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

#### **Art. 7 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec, telefax o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

#### **Art. 8 - Oneri fiscali**

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

#### **Art. 9 - Foro competente**

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

#### **Art. 10 - Interpretazione del contratto - Clausola di Buona Fede**

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

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

#### **Art. 11 – Ispezioni e verifiche della Società**

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, etc. L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benestare dell'Assicurato.

#### **Art. 12 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto**

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'Assicurato e dalla Società.

In caso di sinistro, spetta in particolare all'Assicurato compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. I Terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che per il tramite del Contraente.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per i Terzi interessati, restando esclusa ogni loro facoltà di impugnativa.

L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, ove pertinente, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato o dei Terzi interessati in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di Terzi interessati che dell'Assicurato, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto. A tale scopo i Periti e gli incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante un atto di liquidazione. La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

#### **Art. 13- Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio**

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società:

1. con periodicità quadrimestrale;
2. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
3. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
4. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
5. oltre la scadenza contrattuale, al 28.02 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente

edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

#### **Art. 14 - Clausola Broker**

Per la gestione del presente contratto, il contraente dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società. Qualora la società intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker.

La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del 2,85 % del premio imponibile. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla società alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per il contraente.

#### **Art. 15 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l. n. 136/2010**

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010. Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario

o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

#### **Art. 16 - Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art. 17 – Rinuncia alla surrogazione**

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

In caso di colpa grave dei soggetti sopra indicati soggetti la surrogazione della Società ex art. 1916 c.c.:

- è limitata ad una somma pari al triplo del maggior valore della retribuzione annua lorda o del corrispettivo annuo lordo convenzionale dagli stessi conseguito: nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente successivo o nell'anno immediatamente precedente;
- entro il limite complessivo di cui al precedente alinea, è esercitabile solo per l'eccedenza rispetto a quanto riconosciuto a titolo di responsabilità amministrativa dalla Corte dei Conti, il cui importo: a) integra la rivalsa che di diritto spetta in via esclusiva alla Contraente b) erode in via privilegiata l'ammontare del triplo della retribuzione o del corrispettivo di cui al precedente alinea.

#### **Art. 18- Trattamento dei dati**

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

#### **Art. 19 – Estensione territoriale**

L'Assicurazione vale per il territorio dell'Europa geografica restando comunque esclusi i danni verificatisi ed i giudizi instaurati in Usa e Canada.

#### **Art. 20 - Coassicurazione e Delega**

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile ....., all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle

coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto;
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi;
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso.

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

**Art. 21- Disposizione transitoria**

Resta convenuto tra le parti che le condizioni normative della presente assicurazione sono state determinate in pendenza dell'adozione dei Decreti attuativi di cui all'art. 10 comma 6, della legge 8 marzo 2017, n° 24. La Società si impegna pertanto a valutare con il dovuto favore il futuro inserimento nella normativa di polizza, ed in accordo tra le parti, delle clausole idonee al soddisfacimento dei requisiti minimi oggetto dei suddetti Decreti.

**Art. 22 Prova del contratto e Modifiche dell'assicurazione**

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di 50 euro a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

### SEZIONE 3 – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

La presente Assicurazione è stipulata in adempimento all'obbligo di cui agli art. 10, comma 1, e articoli seguenti della legge 8 marzo 2017, n° 24 – Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

#### **Art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione di Responsabilità Civile verso terzi (R.C.T.)**

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi, rivalutazione e spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per tutti i danni non espressamente esclusi involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali, per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta comprese tutte le operazioni e attività accessorie, sussidiarie, e/o complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa né eccettuata ovunque nell'ambito territoriale dell'Assicurazione, ed in ogni caso qualunque attività consentita dalle leggi vigenti e/o dai propri regolamenti interni e non in contrasto con gli stessi.

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

#### **Art. 2 – Oggetto dell'Assicurazione di Responsabilità Civile verso i Prestatori di lavoro (R.C.O.)**

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

1. ai sensi degli artt. 10 e 11 D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, nonché ai sensi del D. Lgs. n. 38/2000 e s.m.i., per gli infortuni, comprese le malattie professionali, sofferti dai propri prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati (inclusi i medici in formazione specialistica) ed addetti all'attività per la quale è prestata l'assicurazione. La Società quindi si obbliga a tenere indenne la Contraente dalle somme richieste dall'I.N.A.I.L. a titolo di regresso nonché dagli importi richiesti a titolo di maggior danno dal danneggiato e/o dai suoi aventi diritto;
2. ai sensi del Codice civile, a titolo di risarcimento di danni (danno biologico e danno morale compresi) eventualmente non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e del D. Lgs. n. 38/2000 e s.m.i., cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata una invalidità permanente, comprese le malattie professionali, calcolato sulla base delle tabelle di cui alle norme legislative che precedono.

Le garanzie di cui ai precedenti punti 1) e 2) sono inoltre operanti:

- a favore delle persone incaricate dall'Assicurato della direzione o della sorveglianza del lavoro (inclusi i medici in formazione specialistica) per la eventuale responsabilità civile personale loro derivante;
- in conseguenza di involontaria violazione delle disposizioni inerenti la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D. Lgs. 9 aprile 2008 n° 81 e s.m.i., in esse ricomprese la mancata o ritardata adozione di atti e provvedimenti obbligatori, salvo il caso di dolo del Legale Rappresentante;
- in relazione alla responsabilità civile personale dei soggetti titolari delle funzioni, delegabili o non delegabili, inclusi i soggetti delegati, di seguito elencate:

- a) Datore di Lavoro – Dirigente – Preposto – Medico Competente – Rappresentanti dei lavoratori e tutti i lavoratori stessi;
  - b) Committente – Responsabile dei lavori – Coordinatore per la Progettazione – Coordinatore per l'Esecuzione; con esclusione delle sanzioni per le quali è vietata la copertura assicurativa ai sensi dell'art. 12 del D. Lgs. 7/9/2005 n° 209;
- In conseguenza di danni sofferti da terzi e prestatori di lavoro come precedentemente definiti, ivi inclusi gli appaltatori, subappaltatori e loro dipendenti;
  - in relazione a fatti connessi ad involontaria violazione della previgente normativa di cui al D. Lgs 626/94 e s.m.i. e al D. Lgs. n. 494/96 e s.m.i., inclusa la Responsabilità civile personale derivante al responsabile della sicurezza e salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro, nominato dall'Assicurato ai sensi della legge n. 81/2008 e s.m.i. e per la Responsabilità civile personale derivante al coordinatore in materia di sicurezza e di salute durante la realizzazione dell'opera, ai sensi della legge n. 494/96 e s.m.i.;
  - tanto l'assicurazione RCT quanto l'assicurazione RCO valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS o da Enti similari ai sensi dell'art. 14 della Legge n°222 12/06/84 e s.m.i. o di altre similari vigenti disposizioni.

L'assicurazione è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge; qualora tuttavia l'irregolarità derivi da comprovate inesatte o erranee interpretazioni delle norme di legge vigenti in materia, l'assicurazione conserva la propria validità.

La presente Assicurazione di Responsabilità Civile verso i Prestatori di lavoro (R.C.O.) viene prestata senza applicazione di franchigia.

### **Art. 3 – Malattie professionali**

La garanzia di Responsabilità Civile verso i Prestatori di Lavoro (R.C.O.) è estesa al rischio delle malattie professionali indicate dalle tabelle allegate al D.P.R. n. 1124/1965 o contemplate dal D.P.R. n. 482/1975 e successive modifiche, integrazioni ed interpretazioni, in vigore al momento del sinistro, nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali o dovute a causa di servizio dalla magistratura.

La garanzia non vale:

1. per le malattie professionali connesse alla lavorazione e manipolazione dell'amianto;
2. per le malattie professionali:
  - a) conseguenti alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge addebitabile a titolo di dolo del Legale Rappresentante della Contraente;
  - b) conseguenti alla intenzionale mancata prevenzione del danno, per omesse riparazioni od adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni addebitabile a titolo di dolo del Legale Rappresentante della Contraente.

Questa esclusione cessa di avere effetto successivamente all'adozione di accorgimenti ragionevolmente idonei, in rapporto alla circostanza di fatto e di diritto, a porre rimedio alla preesistente situazione.

La Società ha diritto di effettuare in qualsiasi momento ispezioni per verifiche e/o controlli sullo stato degli stabilimenti ed uffici dell'Assicurato, ispezioni per le quali l'Assicurato stesso è tenuto a consentire il libero accesso ed a fornire le notizie e la documentazione necessaria.

#### **Art. 4 – Responsabilità personale e professionale**

Ai sensi dell'art. 7, comma 3, della legge 8 marzo 2017, n° 24 – *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie* - l'assicurazione è estesa anche alla responsabilità civile, personale e/o professionale, degli esercenti le professioni sanitarie ai sensi dell'art. 2043 del Codice Civile, senza diritto di rivalsa o surrogazione salvo che per il caso di dolo e colpa grave, giudizialmente accertati con sentenza definitiva.

L'Assicurazione pertanto vale, a titolo esemplificativo e non limitativo, per:

- tutti i dipendenti e/o collaboratori del Contraente di cui l'Assicurato si avvale nell'esercizio della sua attività nonché nell'esercizio di ogni altra attività svolta anche presso terzi su incarico della Contraente;
- i sanitari ed il restante personale, non alle dipendenze, limitatamente alle categorie per le quali sussiste un obbligo di legge o derivante dal regolamento della Contraente o da Convenzione sottoscritta dal Contraente nonché da contratto collettivo od anche individuale di lavoro o prestazione d'opera, con oneri di copertura a carico della Contraente e entro i limiti dagli stessi previsti.

La presente garanzia di responsabilità personale e professionale non sia applica esclusivamente al rischio della responsabilità contrattuale degli esercenti la professione sanitaria che abbiano assunto con il paziente una propria obbligazione contrattuale al di fuori delle attività inerenti la libera professione intramuraria, la telemedicina, la sperimentazione e ricerca clinica, la formazione e l'aggiornamento, che devono ritenersi sempre incluse nella presente Assicurazione.

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

#### **Art. 5 – Qualifica di “Terzo”**

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

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

Pertanto, i prestatori di lavoro sopra definiti sono considerati terzi per quanto non coperto dall'assicurazione RCO, nonché per i danni arrecati a cose di proprietà dei prestatori di lavoro stessi.

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

#### **Art. 6 – Precisazioni ed estensioni di garanzia**

A titolo puramente esemplificativo, e non esaustivo, l'assicurazione è prestata, anche in deroga a quanto

precedentemente previsto, per le conseguenze della responsabilità civile derivante all'Assicurato, ai sensi di legge, dalla sua qualità di:

- a) esercente, in conformità alle leggi ed ai regolamenti vigenti, centri di raccolta, distribuzione, utilizzo del sangue e trasfusionali, inclusi emoderivati, tessuti e sostanze di origine umana, espianto e trapianto di organi e tessuti;
- b) civilmente responsabile per i danni derivanti, a Terzi o Dipendenti, direttamente o indirettamente, da produzione, trattamento, sottoposizione a test, uso e detenzione di ogni tipo di materiale o sostanza di origine umana nonché di ogni prodotto biosintetico o derivati da tali materiali o sostanze che possano contrarre il virus o la sindrome da immunodeficienza acquisita, epatiti, altre malattie infettive in occasione di lavoro;
- c) 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 indicato alla sez. 5 art. 2. 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.;
- d) Comitato Etico Aziendale od interaziendale, inclusa la responsabilità collegiale ed individuale dei singoli componenti in conseguenza di danni cagionati ai pazienti in relazione ad ogni tipo di sperimentazione: l'assicurazione non comprende:
  - la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione né il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione;
  - i danni imputabili ad assenza, inidoneità od insufficienza di coperture assicurative obbligatorie degli sperimentatori e dello Sponsor.

- e) beni in proprietà o comodato comprese ordinaria e straordinaria manutenzione;
- f) conferente di rifiuti speciali, infettivi, tossici o nocivi, anche quale committente, qualora le operazioni di smaltimento, che abbiano provocato a terzi lesioni personali o morte e/od un inquinamento accidentale di qualsiasi natura, siano effettuate da ditte terze regolarmente autorizzate ai sensi delle disposizioni di legge vigenti;
- g) civilmente responsabile ai sensi di legge per i danni agli assistiti ed agli ospiti derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate e non (artt. 1783-1786 C.C.); l'Assicurazione non vale per gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, veicoli a motore e cose in essi contenute;
- h) committente per i lavori e/o gestioni ceduti in appalto;
- i) detentore/utilizzatore di fonti ed apparecchiature radioattive a condizione che l'attività sia intrapresa con l'osservanza delle norme vigenti in materia nonché dalle prescrizioni della competente autorità. Il Contraente/Assicurato s'impegna a valersi esclusivamente di personale tecnico specializzato ed idoneamente protetto e ad allontanare qualsiasi persona estranea all'impiego delle fonti ed apparecchiature radioattive dai locali di conservazione od uso;
- j) esercente farmacie interne con smercio distribuzione e vendita al pubblico, a condizione che il titolare e le persone addette alla farmacia siano in possesso dei requisiti previsti dalla legge per l'esercizio dell'attività;
- k) civilmente responsabile in relazione alle richieste di risarcimento riferibili ad atti, comportamenti od omissioni di terzi, con la sola esclusione di quelle per le quali il giudice riconosca la legittimazione passiva dell'assicurato;
- l) prestazioni e servizi resi presso il domicilio degli assistiti o comunque fuori sede, ivi compresi i danni in itinere sofferti dal Personale e dai Collaboratori;
- m) attività intramuraria (ovunque svolta), sempreché debitamente autorizzata da parte dell'Amministrazione del Contraente/Assicurato;
- n) civilmente responsabile ai sensi di legge per danni patrimoniali puri involontariamente cagionati ai prestatori nonché ai terzi utenti delle strutture in conseguenza di una non intenzionale violazione degli obblighi di legge, in relazione al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, degli stessi. La garanzia è valida a condizione che il trattamento dei dati personali predetti sia strettamente strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali oggetto dell'Assicurazione.

L'Assicurazione non vale:

- per i trattamenti di dati aventi finalità commerciali;
- per i danni non patrimoniali di cui all'Art. 2059 del C.C.;
- per le multe e le ammende inflitte direttamente all'Azienda Assicurata o alle persone del cui fatto l'Ente debba rispondere.

#### **Art. 7 – Esclusioni**

L'assicurazione non comprende:

- a) i danni da furto, salvo che per danni derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate e non;
- b) i rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi degli art. 122 e segg. del D. Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni"
- c) i danni derivanti dalla proprietà e dall'impiego di aeromobili e natanti;

- d) i danni conseguenti ad omessa vigilanza veterinaria e di igiene alimentare in relazione all'encefalopatia spungiforme (BSE) o nuove varianti della malattia di Creutzfeld-Jacob;
- e) danni verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, etc.), ad eccezione però dell'impiego di fonti ed apparecchi radianti a scopo analitico, diagnostico e terapeutico;
- f) danni di qualunque natura conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, infiltrazione e contaminazione di acque, terreni o colture, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione od impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento ad eccezione dei casi in cui tali danni siano diretta conseguenza di rottura accidentale di impianti e condutture di pertinenza dell'Assicurato, causata da evento improvviso repentino ed accidentale;
- g) danni derivanti dalla detenzione od all'impiego di esplosivi;
- h) danni cagionati da macchinari, merci e prodotti fabbricati, lavorati o in vendita dopo la consegna a terzi, con l'eccezione del sangue, degli emoderivati e/o di sostanze e tessuti di derivazione umana che possono essere ceduti a terzi anche attraverso le specifiche "banche";
- i) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica. Sono però compresi:
  - i danni di natura estetica determinati da errore tecnico nell'intervento di cui sopra con esclusione della garanzia delle pretese della mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
  - i danni di natura estetica conseguenti ad interventi di chirurgia ricostruttiva, inclusi i danni conseguenti a mancata rispondenza dell'intervento;
- j) danni derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse;
- k) danni derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati;
- l) danni di qualunque natura derivanti da lavorazione e manipolazione di amianto e di qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura amianto;
- m) danni di qualunque natura derivanti da campi elettromagnetici;
- n) danni patrimoniali puri (*vedi definizioni*), salvo quando espressamente compresi nelle Condizioni di Assicurazione;
- o) la presenza e gli effetti, diretti e indiretti, di muffa tossica di qualsiasi tipo;
- p) danni alle cose di terzi che l'assicurato detenga a qualsiasi titolo allo scopo di servirsene come beni mobili strumentali o merci direttamente destinati allo svolgimento delle sue attività; sono tuttavia comprese in garanzia tutte le cose di terzi in semplice consegna e/o custodia;
- r) danni a veicoli di terzi e prestatori di lavoro, in sosta negli spazi appositi di pertinenza dell'Assicurato, da furto e/o incendio e comunque alle cose in essi contenute;
- s) i danni derivanti direttamente o indirettamente da funghi, piombo o prodotti contenenti piombo;
- t) i danni conseguenti ad atti di terrorismo e sabotaggio, nonché i danni verificatisi in occasione di atti di guerra, atti vandalici, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- u) qualsiasi danno diretto od indiretto, conseguente, in tutto o in parte a:

- manipolazione, corruzione, distruzione, distorsione, cancellazione ed ogni altro evento che produca modifiche (anche parziali) a dati, codici, programmi software o ad ogni altro set di istruzioni di programmazione;
- impossibilità all'uso o perdita di funzionalità, anche parziale, di dati, codici, programmi software ed ogni altro set di istruzioni di programmazione, computer ed ogni altro sistema di elaborazione dati, microchip o dispositivi logici integrati ("embedded chips");
- perdita e/o danneggiamento di dati e/o programmi;
- funzionamento o malfunzionamento di Internet e/o connessione ad indirizzi Internet, siti web o similari;
- trasmissione elettronica di dati o altre informazioni, compresa quella a/da siti web o similari (es: download di file/programmi da posta elettronica);
- computer virus e/o programmi affini (trojans, worms, ecc.);
- utilizzo di Internet o reti similari, reti intranet o altra rete privata o similare;
- qualsiasi violazione, anche non intenzionale, del diritto di proprietà intellettuale (come ad esempio marchio, copyright, brevetto) salvo che provochino morte, lesioni personali e/o danni materiali.

#### **Art. 8 – Operatività temporale delle garanzie**

La garanzia della Responsabilità civile verso Terzi e RCO vale per le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato, ed a questi pervenute per la prima volta nel corso del periodo di decorrenza dell'assicurazione indicato in polizza, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti posti in essere non antecedentemente alla data di retroattività indicata.

Data di retroattività: dal 31/12/2001

#### **Art. 9 – Danni non determinanti lesioni fisiche constatabili**

Si intendono parificati ai danni da lesione personale o morte, i danni cagionati alla persona anche se non abbiano determinato lesioni fisicamente constatabili ed ancorché derivanti da involontaria inosservanza della 196/2003 e s.m.i (Regolamento Europeo GDPR).

## SEZIONE 4 – GESTIONE DEI SINISTRI

### Art. 1 – Denuncia di sinistro

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato per il tramite del Contraente è tenuto a dare avviso scritto alla Società, anche per il tramite del broker, entro 60 giorni da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'art. 1913 C.C.

L'obbligo di denuncia riguarda gli eventi per i quali interviene richiesta di risarcimento dalla controparte o vi sia attivazione dell'Autorità Giudiziaria, così come definito nella sezione Definizioni.

Il Contraente è tenuto ad inoltrare i sinistri rientranti nella garanzia "responsabilità civile verso dipendenti RCO" solo ed esclusivamente:

- a) in caso di infortunio per il quale ha ricevuto avviso dell'avvio dell'inchiesta amministrativa o giudiziaria a norma di legge;
- b) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto nonché da parte dell'INAIL qualora esercitasse diritto di surroga a sensi del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124.

La Società è tenuta a contestare al Contraente le eccezioni di inoperatività delle garanzie di polizza entro 30 giorni dalla denuncia di sinistro. Tale termine deve considerarsi perentorio ed una volta decorso, il sinistro si intende assunto in garanzia dalla Società a tutti gli effetti.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato di aver provveduto all'apertura del sinistro entro 15 giorni dalla ricezione della denuncia, segnalando il numero di riferimento assegnato. La Società si impegna ad individuare un unico centro di liquidazione danni per la gestione di tutti i sinistri che colpiscono la presente polizza ed a comunicare all'Assicurato il nominativo di un unico referente per la liquidazione dei danni.

### Art. 2 – Gestione delle vertenze di danno e spese di resistenza

La gestione delle vertenze ed i relativi oneri gravanti sulla Società e sul Contraente sono regolati come segue:

2.1 Il Contraente assume la gestione dei sinistri il cui ammontare presunto (per capitale, interessi e spese) è inferiore all'importo dell'autoassicurazione (SIR), salvo che la Società non ravvisi il proprio interesse ad assumerne la gestione dandone tempestivamente avviso per iscritto al Contraente (Avocazione del sinistro). Il Contraente ha la facoltà di eseguire in proprio la gestione dei sinistri o di avvalersi di un soggetto dal medesimo incaricato (Loss Adjuster designato), eventualmente con il supporto di propri organi come (a titolo di esempio): CVS, CGS etc. Il Contraente, relativamente ai sinistri dallo stesso gestiti, assume per intero l'onere delle spese di resistenza inerenti l'assistenza, il patrocinio e la difesa legale e peritale in sede giudiziale e stragiudiziale, ivi comprese quelle relative alla mediazione ex D. Lgs. 28/2010, anche oltre il limite della franchigia. In caso di transazione o condanna giudiziale il pagamento del risarcimento (capitale, interessi e spese) dovuto al danneggiato verrà effettuato direttamente dal Contraente fino alla concorrenza dell'importo previsto dall'autorizzazione.

La Società assume invece la gestione dei sinistri il cui ammontare presunto (per capitale, interessi e spese) è superiore all'importo dell'autoassicurazione (SIR), nonché i sinistri che siano stati dalla stessa avocati, sulla base di una procedura per la gestione ed il pagamento dei sinistri che verrà redatta di comune accordo. La Società, relativamente ai sinistri dalla stessa gestiti, assume l'onere delle spese di resistenza inerenti

all'assistenza, il patrocinio e la difesa legale e peritale in sede giudiziale e stragiudiziale, ivi comprese quelle relative alla mediazione ex D. Lgs. 28/2010. L'onere della gestione e della liquidazione è assunto per intero dalla Società, senza che assuma rilievo, ai fini della suddivisione delle spese, la proporzione dei rispettivi interessi. L'onere del pagamento dei risarcimenti è invece posto a carico di ciascuna delle parti in conformità alle rispettive quote sulle stesse gravanti.

Ogni decisione circa l'effettuazione di offerte transattive, come pure l'acquiescenza o l'impugnazione di decisioni dell'Autorità Giudiziaria verranno assunte dalla Società e dalla Contraente di comune accordo, previa acquisizione del parere del CVS. In mancanza di accordo la decisione spetterà comunque a chi ha maggiore interesse economico.

## **2.2 Norme sempre applicabili**

Ogni decisione circa l'effettuazione di offerte transattive eccedenti la franchigia, come pure l'acquiescenza o l'impugnazione di decisioni dell'Autorità Giudiziaria verranno assunte dalla Società e dal Contraente di comune accordo previo parere del CVS. Resta fermo, tuttavia, che la Società non potrà impegnare il Contraente ad alcun pagamento, senza il consenso dello stesso o per somme eccedenti quelle approvate.

Gli oneri derivanti dalla gestione delle vertenze sono a carico della Società entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda ed in aggiunta ad esso. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

La Società si impegna inoltre a proseguire la difesa dell'Assicurato e di tutte le persone alle quali è riconosciuta in polizza tale qualifica fino all'esaurimento del giudizio in corso al momento della completa tacitazione del danneggiato e, nel caso in cui dovesse proseguire il processo penale, la Società si impegna alla stessa difesa fino all'esaurimento del processo penale nei suoi vari gradi.

### **Art. 2 bis Legittimazione**

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza al CCNL vigenti e/o ad altre obbligazioni esistenti al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli assicurati, dalla Contraente che adempì 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. 3 – Mediazione**

La Società prende atto che alle controversie inerenti il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica oggetto della presente copertura assicurativa si applicano le disposizioni del D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28 e sue successive modificazioni ed integrazioni, (nel seguito Decreto) in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Le parti si danno pertanto reciprocamente atto che nell'esecuzione del presente contratto assicurativo ciascuna di esse sarà tenuta ad assumere ogni iniziativa necessaria all'adempimento, entro i termini sanciti, degli oneri posti a carico dell'assicurato dalle norme di legge e dal regolamento dell'Organismo prescelto per lo svolgimento del procedimento di mediazione.

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

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

La Società riscontra e decide con le stesse forme in ordine alle eventuali proposte di conciliazione formulate dal mediatore ai sensi del 1° comma dell'art. 11 del Decreto. In caso di conciliazione, la Società presta la propria assistenza nella stesura degli atti di transazione e di quietanza relativi. La proposizione della domanda di mediazione produce fra le parti gli stessi effetti della richiesta di risarcimento e della domanda giudiziale ai fini interruttivi e sospensivi della prescrizione.

#### **Art. 4 – Procedure di gestione e pagamento dei sinistri**

1. L'eventuale avocazione dei sinistri rientranti nell'importo di autoassicurazione (SIR) da parte della Società sarà regolata da apposita procedura redatta e sottoscritta dalle parti così come previsto all'art. 2 comma 2.1;
2. Nel caso di accettazione della "Procedura migliorativa dei sinistri" la stessa costituisce parte integrante ed inscindibile delle condizioni normative di polizza.

#### **Art. 5 – Comitato Valutazione Sinistri (CVS)**

La Società si impegna a partecipare attivamente e con proprio personale dedicato a 6 (sei) 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 CVS o comunque il supporto nella valutazione di specifici casi trattati in seno al CVS di un legale e/o di un medico legale o altro medico specialista 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 € 30.000,00 (trentamila/00) lordi indipendentemente dal numero dei professionisti coinvolti.

## PROCEDURA MIGLIORATIVA DEI SINISTRI – SEZIONE 4 BIS

Fermi restando gli articoli tutti contenuti nella sezione 4 del normativo di polizza, di cui la presente Procedura migliorativa costituisce parte integrante ed inscindibile, la gestione delle vertenze ed i relativi oneri gravanti sulla Società e sul Contraente sono regolati come segue:

### **a) Gestione dei sinistri sotto S.I.R.:**

Il Contraente si impegna e la Società ne prende atto, a gestire autonomamente le richieste di risarcimento il cui ammontare presunto (per capitale, interessi e spese) è inferiore all'importo dell'autoassicurazione (SIR).

Il Contraente fornirà comunque avviso di tali richieste di risarcimento, senza che queste vengano messe a riserva dalla Società.

La gestione dei sinistri rientranti nella franchigia, ove la Società non ravvisi il proprio interesse ad assumerne la gestione con notificazione scritta, viene svolta dal Loss Adjuster designato, sotto la direzione e supervisione della Contraente, con il supporto del CVS e con oneri economici per intero posti a carico della Contraente.

Nel caso in cui la richiesta di risarcimento venisse da subito e/o in seguito precisata in cifra superiore all'importo della franchigia previste nel contratto la gestione verrà assunta dalla Società.

### Sinistri "borderline"

Relativamente ai sinistri "borderline" la Contraente ha facoltà di richiedere che la Società ne assuma la gestione, con oneri per intero a carico della stessa, analogamente ai sinistri per i quali si ravvisa il superamento della SIR. La Società provvederà a tenere costantemente informato il Contraente dello stato della pratica.

Per sinistri "borderline" si intendono sinistri per i quali il risarcimento potrebbe essere superiore alla SIR e/o ricadenti in una o più delle seguenti tipologie di danno:

- eventi mortali;
- parto – baby cases;
- coma persistente;
- danni cerebrali o spinali;
- paraplegie, tetraplegie conclamate;
- lesioni gravissime superiori al 60

### **b) Gestione dei sinistri sopra S.I.R.:**

La Società assume la gestione dei sinistri il cui ammontare presunto (per capitale, interessi e spese) è superiore all'importo dell'autoassicurazione (SIR), nonché i sinistri che siano stati dalla stessa avvocati.

Ogni decisione circa l'effettuazione di offerte transattive, come pure l'acquiescenza o l'impugnazione di decisioni dell'Autorità Giudiziaria verranno assunte dalla Società e dalla Contraente di comune accordo, previa acquisizione del parere del CVS. In mancanza di accordo la decisione spetterà comunque a chi ha maggiore interesse economico, come specificato al punto 2.1.

La Società, relativamente ai sinistri dalla stessa gestiti, assume l'onere delle spese di resistenza inerenti all'assistenza, il patrocinio e la difesa legale e peritale in sede giudiziale e stragiudiziale, ivi comprese quelle relative alla mediazione ex D. Lgs. 28/2010, comprese quelle liquidate dal giudice in caso di soccombenza. L'onere della gestione e della liquidazione è assunto per intero dalla Società, senza che assuma rilievo, ai fini della suddivisione delle spese, la proporzione dei rispettivi interessi. L'onere del pagamento dei risarcimenti è

invece posto a carico di ciascuna delle parti in conformità alle rispettive quote sulle stesse gravanti. Resta fermo che la Società non potrà impegnare la Contraente ad alcun pagamento, senza il consenso della stessa o per somme eccedenti quelle approvate.

### **Norme sempre applicabili**

Gli oneri derivanti dalla gestione dei sinistri eccedenti la franchigia sono a carico della Società entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda ed in aggiunta ad esso. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

La Società si impegna inoltre, limitatamente ai sinistri dalla stessa gestiti, a proseguire la difesa dell'Assicurato e di tutte le persone alle quali è riconosciuta in polizza tale qualifica fino all'esaurimento del giudizio in corso al momento della completa tacitazione del danneggiato e, nel caso in cui dovesse proseguire il processo penale, la Società si impegna alla stessa difesa fino all'esaurimento del processo penale nei suoi vari gradi.

La Società assumerà nei termini di cui sopra anche la vertenza in sede civile eventualmente attivata in corso di procedimento penale o, successivamente allo stesso, in ordine al medesimo evento coperto dalla polizza.

Il Contraente e/o gli Assicurati hanno facoltà, previa informazione alla Società ed a proprie spese, di nominare un avvocato od un perito di propria fiducia in affiancamento al legale e/o tecnico nominato dalla Società stessa. Nell'ipotesi in cui le relazioni medico legali redatte dai rispettivi consulenti in merito alla definizione del sinistro, unitamente ai pareri specialistici, giungano a differenti conclusioni, la Società si impegna, a proprie spese, a produrre un ulteriore parere medico legale che sarà discusso in apposito Comitato di valutazione sinistri allo scopo di giungere ad una strategia liquidativa condivisa.

Nel caso in cui non sia possibile risolvere il contrasto, le parti potranno ricorrere all'applicazione del principio dell'interesse economico prevalente secondo i seguenti criteri.

In caso di contrasto circa la sussistenza dei profili di responsabilità e/o di contrasto sulla quantificazione del danno, si procederà con l'acquisizione di un terzo parere supplementare redatto da un medico-legale che non abbia motivi di incompatibilità rispetto al caso, individuato di comune accordo, da un elenco condiviso di medici legali specializzati in materia di responsabilità sanitaria, preventivamente concordato dalla Società e dal Contraente.

I quesiti su cui dovrà esprimersi il terzo perito saranno definiti di comune accordo tra le parti, cui competerà la trasmissione della relativa documentazione, ciascuna per quanto di competenza.

Le spese di redazione del parere medico legale supplementare saranno a carico di entrambe le parti in eguale misura.

Nel caso il cui il terzo perito escluda la sussistenza di profili di responsabilità dell'Azienda contraente, la richiesta di risarcimento andrà respinta.

Nel caso in cui il terzo perito riconosca la sussistenza di profili di responsabilità dell'Azienda contraente, dovrà anche fornire una quantificazione potenziale dei postumi permanenti e temporanei ai fini dell'individuazione dell'interesse economico prevalente.

A questo fine si precisa che:

- prevale l'interesse economico della Società nei casi in cui la valutazione del terzo perito e la conseguente

proposta economica da formulare al danneggiato determini un potenziale esborso della Società – al netto della franchigia a carico dell'assicurato – superiore a quello che resterebbe a carico della Contraente in virtù della franchigia medesima; in questo caso la Società potrà procedere alla definizione del sinistro, restando impegnata esclusivamente per la propria quota parte, e l'Azienda contraente non potrà sollevare eccezioni, restando impegnata al pagamento della somma di propria spettanza, previa emissione di quietanza pro-quota;

- prevale l'interesse economico della Contraente nei casi in cui la valutazione del terzo perito e la conseguente proposta economica da formulare al danneggiato determini un potenziale esborso della Contraente superiore a quello che resterebbe a carico della Società dopo il superamento della franchigia; in questo caso la Società non potrà procedere alla definizione del sinistro e dovrà attenersi alle indicazioni ricevute dal Comitato di valutazione sinistri.

In ogni caso in cui sussista un interesse economico prevalente della Contraente, resta ferma la possibilità per la Società di proporre all'Azienda una nuova proposta di definizione sulla base di nuovi elementi emersi nel corso della successiva attività di gestione, stragiudiziale e giudiziale, del sinistro.

In ogni caso, le parti potranno in qualsiasi momento discostarsi dalle conclusioni della terza perizia e trovare una soluzione alternativa condivisa, fornendo ulteriori pareri medico legali e specialistici, i cui costi resteranno a carico del soggetto che li avrà richiesti, necessari per l'eventuale rivalutazione del caso.

La Società si impegna a rimborsare alla Contraente le spese documentate sostenute relativamente all'attività di legali e/o medici legali o altri medici specialisti, sino ad un massimo di € 100.000,00 (centomila/00) lordi all'anno indipendentemente dal numero dei professionisti coinvolti.

#### **Attività e composizione del CVS (Comitato valutazione sinistri)**

Il CVS costituito dalla Contraente con competenze di natura legale, medico-legale clinica ed amministrativa, afferenti la gestione del rischio e dell'assicurazione e la liquidazione dei sinistri avrà il compito di collaborare con la Contraente e con la Società nella valutazione di sinistri una volta che gli stessi siano stati compiutamente istruiti dal Loss Adjuster e/o dalla Società ed in tale ambito è incaricato di fornire pareri circa la fondatezza delle domande risarcitorie e la quantificazione dei danni.

Alle sedute del CVS presenzieranno altresì il broker Aziendale, un rappresentante del Loss Adjuster ed almeno un rappresentante della Società limitatamente ai sinistri dalla stessa gestiti o a richiesta dell'Azienda se ritenuto opportuno dalla 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.

#### **Mediazione**

La Società prende atto che alle controversie inerenti il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica oggetto della presente copertura assicurativa si applicano le disposizioni del D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28 e sue successive modificazioni ed integrazioni, (nel seguito Decreto) in materia di mediazione finalizzata alla

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

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

Nel caso in cui la domanda di mediazione sia proposta dal/i soggetto/i che richiede/no il risarcimento danni a carico della Contraente, la Contraente stessa è tenuta ad informare la Società Assicuratrice, entro e non oltre cinque giorni lavorativi decorrenti dalla notifica della domanda di mediazione obbligatoria, ed a fornire nei tempi più rapidi la documentazione necessaria per la presa in carico della gestione del sinistro - compresa la partecipazione, a nome per conto dell'Azienda sanitaria, nella procedura di mediazione obbligatoria qualora si tratti di sinistro il cui ammontare presunto (per capitale, interessi e spese) risulti superiore all'importo dell'autoassicurazione (SIR), nonché per i sinistri che siano stati dalla stessa avvocati.

In tal caso la Società sostiene l'onere delle spese per la partecipazione dell'avvocato ai sensi dell'art. 8, 1° comma del Decreto. La Contraente garantisce inoltre la propria partecipazione, diretta e si adopera per assicurare la partecipazione degli altri soggetti del cui operato debba rispondere, quando ciò sia previsto o reso obbligatorio in base al regolamento dell'Organismo prescelto.

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

La Società riscontra e decide con le stesse forme in ordine alle eventuali proposte di conciliazione formulate dal mediatore ai sensi del 1° comma dell'art. 11 del Decreto. In caso di conciliazione, la Società presta la propria assistenza nella stesura degli atti di transazione e di quietanza relativi.

Ciò fermo restando quanto previsto agli articoli 2 e 2.1 in merito al maggior interesse economico alla definizione della vertenza. La proposizione della domanda di mediazione produce fra le parti gli stessi effetti della richiesta di risarcimento e della domanda giudiziale ai fini interruttivi e sospensivi della prescrizione.

Le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione sono posti a carico della Società. Sono parimenti a carico della Società gli oneri derivanti dalla mancata partecipazione al procedimento di mediazione, senza giustificato motivo, qualora alla stessa addebitabile, inclusi quelli previsti all'art. 8, comma 4 bis del Decreto.

## SEZIONE 5 – MASSIMALI, LIMITI DI INDENNIZZO E FRANCHIGIE

### Art. 1 – Massimali di garanzia

RCT/O:€ 20.000.000,00 per sinistro, € 20.000.000,00 per sinistro in serie con il massimo di € 40.000.000,00 per anno assicurativo.

### Art. 2 – Limiti di indennizzo

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

- a) Per danni alle cose in consegna e custodia: massimo risarcimento € 1.000.000,00 per sinistro e per anno;
- b) Per danni derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate e non: massimo risarcimento € 1.000.000,00 per sinistro e anno
- c) Per danni alle condutture ed agli impianti sotterranei: massimo risarcimento € 1.000.000,00 per sinistro e per anno;
- d) Per danni alle cose e/o opere dovuti a cedimento o franamento del terreno: massimo risarcimento € 1.500.000,00 per sinistro e per anno.
- e) Per danni derivanti da fonti radioattive: massimo risarcimento € 1.000.000,00 per sinistro e per anno;
- f) Per danni da inquinamento provocati da un fatto accidentale: massimo risarcimento € 2.500.000,00 per sinistro e per anno;
- g) Per danni a cose di terzi derivanti da incendio, esplosione e scoppio di cose dell'Assicurato o comunque detenute dallo stesso: massimo risarcimento € 3.000.000,00 per sinistro e per anno. La presente garanzia viene prestata in eccedenza ad eventuali analoghe coperture previste da esistenti polizze incendio;
- h) Per i danni a terzi derivanti da interruzione o sospensione parziale o totale di attività: massimo risarcimento € 2.500.000,00 per sinistro e per anno;
- i) Per i danni derivanti dalla raccolta, distribuzione utilizzazione del sangue, suoi preparati o derivati: massimo risarcimento di € 2.000.000,00 per anno assicurativo;
- j) Per la garanzia malattie professionali: massimo risarcimento di € 10.000.000,00 per anno assicurativo;
- k) Per i danni patrimoniali conseguenti a fallimento di interventi di sterilizzazione e mancato intervento di I.V.G.: massimo risarcimento € 500.000,00 per anno assicurativo;
- l) Per le perdite patrimoniali conseguenti a violazione della Privacy: massimo risarcimento di € 1.000.000,00 per anno assicurativo;
- m) Per le sperimentazioni cliniche, punto c art.6: massimo risarcimento di € 3.500.000,00 per anno assicurativo

### Art. 3 – Autoritenzione

Il Contraente dichiara che per la copertura dei rischi della responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera intende avvalersi, quanto meno parzialmente, di misure analoghe all'assicurazione ai sensi dell'art. 27, comma 1 bis, della legge 11 agosto 2014, n° 114.

L'Assicurazione è pertanto seggetta all'applicazione di:

#### Self Insurance Retention

- una autoritenzione (S.I.R.) per ogni e ciascun sinistro di € 500.000,00. Si precisa tra le parti che la suddetta S.I.R. è applicabile esclusivamente ai danni rientranti nell'Oggetto di Responsabilità Civile Terzi, mentre non

opera per la garanzia RCO.

In caso di sinistro e/o più sinistri risarcibili, resterà a carico dell'Assicurato un "aggregato annuo franchigia" pari al massimo ad € 5.000.000,00. All'esaurimento di tale importo ogni ulteriore liquidazione verrà effettuata integralmente dalla Società, senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto a carico dell'Assicurato.

La Società  
**AmTrust Assicurazioni S.p.A.**  
**L'Amministratore Delegato**  
**Emmanuele Netzer**

*(Documento firmato digitalmente)*

Il Contraente  
**Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari**  
**Provincia Autonoma di Trento**

*(Documento firmato digitalmente)*