

**POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI
E PRESTATORI DI LAVORO**

Polizza n.



| | |
|-------------------|--|
| CONTRAENTE | Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione Via Padre Leonardo Bello 3/c 31045 Motta di Livenza (TV) Cod. Fisc. e P. IVA 03809980265 |
| DECORRENZA | ORE 24.00 DEL 30.11.2023 |
| SCADENZA | ORE 24.00 DEL 30.11.2024 |
| RATEAZIONE | Semestrale |

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

| | |
|---------------------------------|--|
| ASSICURATO : | <p>Il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione e pertanto:</p> <ul style="list-style-type: none">• la Contraente stessa• l'Amministratore Delegato/Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, anche in qualità di Legali Rappresentanti della Contraente, i componenti del Consiglio di Amministrazione, il Collegio Sindacale;• tutti i dirigenti, i funzionari e i dipendenti della Contraente e tutti i soggetti non dipendenti che partecipano, a qualsiasi titolo, alle attività della Contraente quali indicate in questa polizza (a titolo esemplificativo e non esaustivo: personale operante per effetto di convenzioni in essere con la Contraente, personale in comando, tirocinanti, stagisti, volontari, specializzandi, dottorandi, pazienti)• non viene considerato come assicurato qualsiasi Medico Libero Professionista e qualsiasi componente della sua equipe medica |
| Attività dell'Assicurato | <p>L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture, e/o svolgendo attività anche a favore di utenti di strutture di terzi.</p> |
| Compagnia / Società | <p>La Compagnia assicuratrice</p> |
| Contraente | <p>O.R.A.S., che contrae questa assicurazione per conto proprio e per conto delle altre persone assicurate.</p> |
| Cose | <p>Sia gli oggetti materiali che gli animali.</p> |
| Danno | <p>Qualsiasi pregiudizio economico subito da terzi in conseguenza di morte, lesioni personali e danneggiamento a cose e/o animali, suscettibile di valutazione economica.</p> |

| | |
|---|---|
| Danno corporale | Il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a lesioni o morte di persone. |
| Danno materiale | La distruzione, il deterioramento, l'alterazione, la perdita, il danneggiamento totale o parziale di cose, incluso il furto, nonché i danni a essi conseguenti. |
| Danno patrimoniale / Danno patrimoniale puro | Il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni alla persona o materiali. |
| Durata del contratto | il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nella Scheda di Copertura. |
| Franchigia assoluta per sinistro | La parte di danno che il Contraente/Assicurato tiene a proprio carico, pari a € 75.000,00 o altra franchigia stabilita dall'art. 35 in base alla specifica casistica |
| <i>Intramoenia</i> | L'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero, di day hospital e/o <i>day surgery</i> in regime di attività libero professionale debitamente autorizzata da O.R.A.S. purché esercitata nell'ambito del territorio italiano. |
| Liquidazione del danno | La determinazione / corresponsione della somma a titolo di risarcimento. |
| Massimale per anno | La massima esposizione della Società a titolo di risarcimento per uno o più sinistri riferibili alla medesima annualità assicurativa. |
| Massimale per sinistro | L'importo massimo risarcibile per ogni sinistro / sinistro in serie. |
| Medico libero professionista | Qualsiasi medico indipendente che: <ul style="list-style-type: none"> a) affitta studi, locali e/o attrezzature dalla Contraente o che in qualsiasi modo presta autonomamente la propria attività medica e la cui attività non è sotto la diretta supervisione della Contraente; oppure che b) ha un rapporto contrattuale di tipo libero professionale con ORAS e svolge una qualsiasi altra attività professionale e/o opera presso altre |

strutture o locali nel corso del periodo nel quale presta la propria attività presso la Contraente.

Questa definizione si estende, e comprende, le persone fisiche che fanno parte di una équipe medica diretta, o sotto la supervisione, di tale medico professionista indipendente.

Mediazione

L'attività svolta da un soggetto terzo imparziale finalizzata ad assistere due o più soggetti, sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, che nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa ai sensi del d.lgs. 04.03.2010 n. 28 e successive modifiche e integrazioni.

Conciliazione

La composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della mediazione (d.lgs. 04/03/2010 n. 28 e s.m.i.)

Periodo di assicurazione

Se la Durata del Contratto è inferiore o uguale a dodici mesi, il Periodo di Assicurazione coincide con tale durata. Diversamente, il Periodo di Assicurazione corrisponde separatamente a ciascuna annualità della Durata del Contratto, distinta dalla precedente e dalla successiva annualità. Il primo Periodo di Assicurazione ha effetto alla data e all'ora d'inizio della Durata del Contratto.

Periodo di efficacia

Il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta e la data di scadenza del Contratto.

Polizza

Il documento che prova e regola l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta alla Società.

Prestatori di lavoro

Tutte le persone fisiche di cui, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, il Contraente/Assicurato si avvalga nell'esercizio della propria attività incluse quelle distaccate temporaneamente presso altre Aziende, anche qualora l'attività svolta sia diversa da quella descritta in polizza, nonché quelle per le quali l'obbligo di corrispondere il premio assicurativo all'INAIL ricada, ai sensi di legge, su soggetti diversi dal Contraente. Sono inoltre considerati "*prestatori di lavoro*": i medici a rapporto convenzionale, compreso il personale di strutture sanitarie convenzionate con O.R.A.S., i medici della continuità assistenziale e i soggetti

operanti presso altri enti/strutture sulla base di specifiche convenzioni, i soggetti che esercitano attività *intramoenia*, nonché gli specializzandi, i borsisti, i tirocinanti, gli allievi per il rilascio del diploma universitario, i contrattisti di ricerca e ogni altro soggetto assimilabile, quando operano sotto la responsabilità o nell'interesse di O.R.A.S..

Procedura stragiudiziale

Attività istruttoria, transattiva e di liquidazione dei sinistri derivanti da RCT, per i quali non sia ancora stata avviata un'azione in sede giudiziale.

Richiesta di risarcimento

Dopo la decorrenza della presente polizza, per richiesta di risarcimento si intende:

- qualsiasi citazione in giudizio o chiamata in causa o altra comunicazione scritta con la quale il terzo avanza formale richiesta di essere risarcito;
- la richiesta danni pervenuta con riserva da parte del danneggiato, di quantificare con successivo atto la richiesta di risarcimento stessa;
- la comunicazione ai sensi dell'art. 8 primo comma del D.lgs. 4 marzo 2010 n. 28 della domanda di mediazione, anche se non eseguita a cura dalla parte istante;
- il provvedimento 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, oppure la notifica di un atto con il quale, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito parte civile.

Risarcimento

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Sinistro in serie

Più richieste di risarcimento provenienti da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, o a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili a una medesima causa, le quali richieste saranno tutte considerate come un unico sinistro risarcibile fino alla concorrenza del massimale previsto per ciascun sinistro.

Sinistro

Il ricevimento da parte di O.R.A.S./Assicurato di una richiesta scritta di risarcimento nei suoi confronti.

ATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante ai sensi di legge alla Contraente in relazione allo svolgimento della sua attività istituzionale, ai sensi del decreto legislativo 30.12.1992 n. 502 e successive modifiche e integrazioni, di qualunque fonte, e comunque di fatto svolta, comprese tutte le attività e i servizi che in futuro possano essere espletati, anche in forma di consorzi o società miste, anche quelli di carattere amministrativo, sociale, culturale e assistenziale.

A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, sono compresi in garanzia l'esercizio di ospedali, comprese le sedi distaccate, di centri per il recupero e l'inserimento lavorativo di soggetti con handicap, anche mentali e tossicodipendenti, centri di educazione psicomotoria, distretti socio/sanitari ecc.

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

NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEL CONTRATTO

Art. 1 - ALTRE ASSICURAZIONI

Si dà atto che possano 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 Compagnia risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza.

Se viceversa un sinistro è coperto anche da altra assicurazione stipulata dalla stessa Contraente, l'assicurazione prestata con questa polizza opererà "a secondo rischio", vale a dire dopo che il massimale o i massimali previsti dall'altra assicurazione si sono esauriti, fermi in ogni caso i limiti di risarcimento stabiliti in questa polizza e applicabili al caso.

Nel caso in cui vi siano altre assicurazioni per il medesimo rischio, anche precedentemente stipulate con contratto individuale o collettivo, dal singolo medico o sanitario o da altro Assicurato diverso dalla Contraente, e queste siano operanti "a secondo rischio", si applicheranno in ogni caso i criteri dell'art. 1910 c.c. e questa assicurazione contribuirà al risarcimento nella dovuta proporzione, fermi in ogni caso i limiti di risarcimento stabiliti in questa polizza e applicabili al caso, operando anche questa assicurazione, nel caso di specie, "a secondo rischio".

L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altra assicurazione sussiste soltanto in caso di sinistro. In entrambi i casi sopra previsti, la Contraente o l'Assicurato sono tenuti a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 c. c., terzo comma.

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 come da definizione di polizza) 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 in cui il sinistro sia totalmente in franchigia, per intero al Contraente stesso che le ha pagate;
- nel caso in cui il sinistro superi la franchigia, al Contraente e alla Società in proporzione all'esborso da ciascuno sostenuto.

Art. 2 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza e la prima delle due rate semestrali del premio può essere corrisposto entro i 60 (sessanta) giorni successivi a tale data.

Se la Contraente non paga il premio entro tale termine, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive date di scadenza.

I premi devono essere pagati agli uffici direzionali degli Assicuratori o a un ufficio dagli stessi delegato.

Art. 3 - PREMIO DELL'ASSICURAZIONE

Il premio annuale lordo fisso ammonta a € _____ (euro _____ euro) comprensivo di imposte e non è soggetto a regolazione.

Ricorrendo le condizioni di cui all'art. 60 del d.lgs. 36/2023 "Codice degli Appalti", durante il decorso del rapporto contrattuale, si potrà addivenire a una revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza, laddove ricorrano elementi idonei a giustificare l'applicazione della revisione del prezzo.

La Società potrà richiedere motivatamente la revisione del prezzo indicando le condizioni normative ed economiche oggetto della richiesta di variazione.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, eventualmente formulando una propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla revisione del prezzo; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui alla presente polizza.

Art. 4 – OBBLIGHI INERENTI LA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI IN BASE ALLA L. n. 136/2010

Per il pagamento dei premi, la Compagnia si impegna a ottemperare agli obblighi previsti in materia di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dall'art. 3 della Legge 136/2010; a tale scopo, a pena di risoluzione del contratto, si impegna a utilizzare conti correnti bancari o postali, dedicati.

Art. 5 – ACCERTAMENTO, GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Le attività di accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri vengono disciplinate come segue.

Tutti i sinistri, compresi quelli in franchigia, sono gestiti dall'Assicuratore/Loss adjuster e devono essere a questo denunciati entro i termini previsti dal successivo art. 18.

Trattativa con il Terzo – L'Assicuratore/Loss adjuster, tenendo costantemente informato O.R.A.S., espletati gli accertamenti necessari, intrattiene i rapporti con l'utente e il suo rappresentante legale al fine di promuovere, se del caso, il

raggiungimento di un accordo che risolva e ponga fine alla controversia insorta fra di essi. La trattativa per la definizione del sinistro viene gestita con modalità informali sia per quanto attiene ai contatti con la parte sia riguardo alla formulazione e trattativa sull'offerta economica.

La Compagnia/Loss adjuster si impegna a trasmettere alla Contraente copia della relazione medico legale del proprio fiduciario e parere in merito all'opportunità della transazione.

1. Tutte le proposte di definizione entro la franchigia di euro 75.000,00 (o altra franchigia stabilita dall'art. 35 in base alla specifica casistica) verranno trasmesse all'Assicurato per il consenso alla liquidazione. Il consenso deve essere fornito entro e non oltre 30 giorni dalla richiesta. In mancanza di espresso consenso/accettazione, alla scadenza del termine il consenso si intenderà comunque reso e l'Assicuratore potrà procedere all'emissione della quietanza a favore del reclamante per conto dell'Assicurato/Contraente. Il Loss adjuster comunicherà all'Assicurato/Contraente la ricezione della quietanza debitamente firmata dall'avente diritto e O.R.A.S./Assicurato dispone il mandato di pagamento a favore della Compagnia/Loss adjuster entro 20 giorni. La Compagnia/Loss adjuster liquiderà l'intero danno una volta ricevuto il pagamento da O.R.A.S./Assicurato.
2. Tutte le proposte di definizione oltre la franchigia di euro 75.000,00 (o altra franchigia stabilita dall'art. 35 in base alla specifica casistica) verranno trasmesse all'Assicurato per il consenso alla liquidazione. Il consenso deve essere fornito entro e non oltre 30 giorni dalla richiesta. In mancanza di espresso consenso/accettazione, alla scadenza del termine il consenso si intenderà comunque reso e l'Assicuratore potrà procedere all'emissione della quietanza a favore del reclamante per conto dell'Assicuratore. Il Loss adjuster comunicherà all'Assicurato/Contraente la ricezione della quietanza debitamente firmata dall'avente diritto e O.R.A.S./Assicurato dispone il mandato di pagamento a favore della Compagnia/Loss adjuster entro 20 giorni. La Compagnia/Loss adjuster liquiderà l'intero danno una volta ricevuto il pagamento da O.R.A.S./Assicurato.

In entrambi i casi di cui ai punti 1) e 2), qualora la proposta di definizione del sinistro formulata dalla Compagnia a O.R.A.S./Assicurato non dovesse da quest'ultima essere accolta o vi siano ritardi e/o il pagamento non sia per qualsiasi motivo effettuato, l'esposizione della Società al risarcimento del danno sarà in ogni caso limitata alla somma per la quale il sinistro avrebbe potuto essere definito, rimanendo l'eventuale eccedenza a carico di O.R.A.S./Assicurato.

E' fatta in ogni caso salva la facoltà di O.R.A.S. di affidare a *Loss Adjuster* di propria indicazione il servizio di liquidazione del danno relativo ai sinistri entro la franchigia di Euro 75.000,00 (o altra franchigia stabilita dall'art. 35 in base alla specifica casistica), previa comunicazione all'Assicuratore con 60 giorni di preavviso.

Ulteriori e più puntuali modalità gestionali e operative nei rapporti tra O.R.A.S. e Compagnia saranno contenuti in un protocollo/disciplinare condiviso che sarà adottato entro 30 giorni dalla decorrenza della polizza, protocollo che dettaglierà anche la disciplina dei rapporti tra O.R.A.S. e Compagnia/loss adjuster nella gestione dei sinistri, prevedendo l'impegno da parte della Compagnia/loss adjuster di partecipare a incontri mensili con O.R.A.S. per la valutazione congiunta dei sinistri, per la cui istruttoria le Parti si impegnano alla relativa conclusione entro il termine massimo di 180 giorni dall'apertura.

Art. 6 - MEDICI LIBERO PROFESSIONISTI

Ai sensi e per gli effetti del secondo comma dell'art. 10 della Legge 24/2017, la Contraente si impegna a richiedere ai medici libero professionisti, in relazione all'esercizio della propria attività professionale esercitata presso la stessa e per suo conto, la stipula di una specifica polizza per la responsabilità civile professionale per danni arrecati a terzi con massimale non inferiore a € 500.000 per ogni sinistro e serie di sinistri e che sia valida per tutte le tipologie di danno di natura professionale per le quali la presente polizza è operativa.

L'Assicurato deve quindi garantire e mantenere prova che:

- a) tutti i medici libero professionisti abbiano sottoscritto una specifica polizza separata a primo rischio per la Responsabilità Civile Medica con un massimale di risarcimento non inferiore a € 500.000 (cinquecentomila/00) per ogni sinistro e serie di sinistri e che la stessa polizza copra ogni attività professionale esercitata dal medico libero professionista presso la Contraente e/o per suo conto e sia valida per tutte le tipologie di danno di natura professionale per le quali la presente polizza è operativa;
- b) l'Assicurato intraprenda tutti i passi ragionevoli per garantire i diritti e le azioni di surroga degli Assicuratori e dovrà anche collaborare con gli Assicuratori fornendo loro tutta l'assistenza necessaria nel corso dell'azione di recupero;
- c) tutto il personale medico incaricato da e/o che agisce in nome e per conto dell'Assicurato e/o opera nei locali della Contraente sia in possesso dell'autorizzazione all'esercizio della professione medica prevista dal Ministero della Salute o da altri enti autorizzati al rilascio e alla registrazione dell'autorizzazione all'esercizio della professione.

Qualora il medico libero professionista non avesse stipulato la suddetta copertura assicurativa o la medesima risultasse nulla, inefficace, o insufficiente per garanzia rispetto ai termini precitati (valida per tutte le tipologie di danno per le quali la presente polizza è operativa) l'Assicuratore applicherà, in sede di liquidazione del danno e per ogni sinistro, una franchigia di € 350.000,00 che rimane a carico del Contraente /Assicurato, con facoltà di rivalsa da parte di quest'ultimo nei confronti del responsabile o corresponsabile del danno.

ART. 7 - GESTIONE INFORMATIZZATA DEI SINISTRI DA PARTE DELLA

COMPAGNIA - La Compagnia, fino alla totale definizione dell'ultimo sinistro, si obbliga a gestire le posizioni di sinistro a essa denunciate, attraverso un software applicativo, che sarà accessibile da remoto da parte di O.R.A.S. fino alla totale definizione dell'ultimo sinistro in gestione, realizzato con tecnologia che:

- consenta l'accessibilità via Web

e che abbia obbligatoriamente le seguenti funzioni:

- accesso al sistema governato da password tramite le quali sia possibile discriminare tra sola visualizzazione o interazione o inibizione per ogni singola voce di menu;
- sistema di comunicazione integrato con archiviazione automatica dei messaggi;

- datazione delle attività con particolare riferimento all'evoluzione delle riserve e dello status del sinistro;
- scheda di negoziazione con esposizione cronologica di tutte le attività pertinenti il sinistro;
- archiviazione ottica di tutti i documenti relativi al sinistro;
- archiviazione ottica di tutti i giustificativi di spesa pertinenti il sinistro;
- funzione di liquidazione dei sinistri governata e controllata da sistema in base alle condizioni di polizza, incluso il contatore per monitoraggio franchigie;
- funzione di tesoreria relativa agli indennizzi, alle spese correlate e alla gestione delle franchigie e dei potenziali recuperi;
- pacchetto di elaborazione statistico con output in xls;
- capacità easy job, ovvero indipendenza dell'utente nella creazione di query e relativi layout di output;
- gestione scadenziari e agenda attività condivisa.

ART. 8 – PRIVACY

Vedasi allegato 2).

Art. 9 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione ha durata dalle ore 24.00 del 30.11.2023 alle ore 24.00 del 30.11.2024, e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Art. 10 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti fra le parti interessate al risarcimento, gli Assicuratori possono recedere dal contratto con preavviso di 180 (centottanta) giorni.

Il recesso di cui al presente articolo dovrà essere formalizzato, con lettera raccomandata A.R., indirizzata, rispettivamente alla Contraente o alla Compagnia. La Compagnia rimborserà alla Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte e ogni altro onere di carattere tributario, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro non potrà essere interpretata come rinuncia degli Assicuratori a valersi della facoltà di recesso.

Inoltre, qualora nel corso del rapporto contrattuale venga stipulato un contratto a seguito di espletamento di una procedura di affidamento centralizzata, a livello regionale o di area vasta, per l'affidamento del servizio oggetto del presente contratto, il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto mediante invio di raccomandata a/r o a mezzo pec con preavviso di 30 giorni rispetto alla data di recesso, ai sensi dell'art. 1373 comma 2 del Codice Civile.

Art. 11 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Alla scadenza del 30.11.2024, al fine di procedere all'espletamento di procedura di gara, il presente contratto potrà essere prorogato di ulteriori 6 (sei) mesi alle condizioni in corso, previo consenso degli Assicuratori, notificando tale volontà alla Compagnia almeno 30 (trenta) giorni prima del termine del contratto.

Art. 12 - ONERI FISCALI

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

Art. 13 – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dalla Contraente e dagli Assicuratori.

Art. 14 - ESTENSIONE TERRITORIALE

La validità dell'assicurazione è estesa al mondo intero, esclusi USA e Canada.

Art. 15 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO

Gli Assicuratori assumono la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, acquisito il parere preventivo della Contraente, legali o tecnici di comune fiducia e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del o dei danneggiati.

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

Sono a carico degli Assicuratori le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del limite di risarcimento applicabile al caso.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto limite, le spese vengono ripartite fra gli Assicuratori e l'Assicurato in proporzione al rispettivo interesse (art. 1917 c. c., terzo comma).

Art. 16 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO OLTRE L'IMPORTO DELLA FRANCHIGIA ASSOLUTA PER SINISTRO

Per le vertenze il cui valore ecceda l'importo della franchigia assoluta per sinistro o che le Parti (Ufficio Affari Generali e Legali di O.R.A.S. e Compagnia) ritengano -di comune accordo- opportuno far gestire alla Compagnia, quest'ultima:

- assume la gestione della vertenza a nome dell'Assicurato, designando ove occorra legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso;
- tiene a proprio carico le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite stabilito dall'art. 1917 codice civile;
- non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende.

La Compagnia assume a proprio carico i costi relativi alla gestione dei sinistri (*loss adjuster*), delle spese legali e peritali, a condizione che i professionisti designati siano soggetti di propria fiducia, ricompresi in un elenco che verrà condiviso con la Contraente entro 60 giorni dalla decorrenza delle garanzie.

Le spese dei legali nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali sono a carico dell'Assicurato/Contraente. L'Assicuratore avrà la facoltà di affiancare un proprio avvocato penalista all'avvocato di uno o più degli indagati/imputati anche quando non abbia avvocato il sinistro. Nel caso in cui il sinistro sia avvocato dall'Assicuratore, solamente i legali incaricati o espressamente approvati dall'Assicuratore saranno dallo stesso remunerati, rimanendo gli altri a carico dell'Assicurato ai sensi del Contratto Collettivo di lavoro.

Art. 17 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, la Contraente deve darne avviso scritto agli Assicuratori entro 30 (trenta) giorni lavorativi da quando l'Ufficio Affari Generali e Legali dell'Ente ne ha avuto conoscenza.

La Contraente deve fornire in tempo utile al *loss adjuster* incaricato dagli Assicuratori le informazioni, i documenti e le prove che possano venirle richieste.

Gli Assicuratori si obbligano a dare comunicazione scritta alla Contraente, con cadenza quadrimestrale, delle definizioni in sede giudiziale ed extragiudiziale dei sinistri denunciati, indicando per ciascun sinistro la data, il nome del danneggiato e l'importo liquidato; per i sinistri in corso di definizione forniranno, separatamente, gli importi posti a riserva e lo stato della pratica.

Art. 18 - DIRITTO DI SURROGAZIONE E RINUNCIA ALLA RIVALSA

Gli Assicuratori rinunciano al diritto di rivalsa e surrogazione nei confronti della Contraente/Assicurata e delle persone delle quali la Contraente si avvale nello svolgimento della sua attività, salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave accertati con sentenza passata in giudicato.

Gli Assicuratori rinunciano al predetto diritto di surrogazione, salvo il caso di dolo e sempre che la Contraente stessa non eserciti la rivalsa, nei confronti dei soggetti di seguito elencati:

- i componenti del Comitato Etico, per le attività svolte in questa loro qualità;
- associazioni, patronati ed enti in genere senza scopi di lucro, che possano collaborare con l'Assicurato per le attività indicate in questa polizza;
- soggetti disabili o handicappati, inseriti temporaneamente nella struttura per finalità di recupero;
- persone assistite nell'ambito dei programmi di inserimento educativo, socializzante, riabilitativo, terapeutico;
- minori in affidamento o comunque posti dalla Magistratura competente sotto la tutela o la sorveglianza dell'Assicurato.

Art. 19 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene tra le parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole alla Contraente su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 20 - MEDIAZIONE FINALIZZATA ALLA CONCILIAZIONE DELLE CONTROVERSIE CIVILI EX D.Lgs. 28/2010 e s.m.i.

La Società prende atto che le controversie aventi a oggetto il risarcimento del danno derivante da responsabilità medico/sanitaria rientrano nella presente copertura assicurativa e a esse saranno applicate tutte le disposizioni di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

Le parti riconoscono che nell'esecuzione del presente contratto ciascuna di esse sarà tenuta, per quanto di propria pertinenza, ad adottare ogni iniziativa necessaria alla stretta osservanza degli adempimenti, entro i termini utili ad evitare pregiudizi, previsti a carico dell'assicurato dalle indicate norme di legge e dalle specifiche disposizioni contenute nel regolamento dell'Organismo scelto per l'espletamento della procedura di mediazione.

Se la domanda di mediazione è proposta dalla controparte, la Contraente è tenuta ad informare la Società tempestivamente ed a fornire nei tempi più rapidi la

documentazione necessaria per consentire la corretta ed esaustiva istruzione del sinistro nonché a garantire, salvo giustificato e documentato motivo, la propria partecipazione all'incontro tra le parti entro i termini previsti.

Nel rispetto di quanto previsto nel regolamento dell'Organismo adito, la Contraente garantisce, salvo giustificato motivo, la propria partecipazione all'incontro di mediazione con l'assistenza e la rappresentanza di un legale scelto di comune accordo tra le parti.

Le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione sono a carico della Compagnia di assicurazione, ivi comprese le spese per il legale designato.

La Compagnia di Assicurazione assume l'obbligo di riscontrare in modo esplicito e per iscritto le proposte di conciliazione pervenute entro i termini previsti dalla procedura e fornisce, comunque, una propria motivata decisione con un preavviso tale da consentire alla Contraente il rispetto di ogni termine previsto dalla procedura di mediazione e dalla legge.

In caso di conciliazione, la Compagnia di Assicurazione 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.

ALTRE NORME CHE DISCIPLINANO L'OPERATIVITÀ DEL CONTRATTO

Art. 21 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

L'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte della Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità di questa assicurazione così come all'atto della sottoscrizione della presente polizza, non pregiudicano il diritto all'indennizzo sempreché tali omissioni o tali incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo o colpa grave. Restano tuttavia ferme e pienamente applicabili le esclusioni previste all'articolo 31.

Art. 22 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 23 - FORO COMPETENTE

Il foro competente per qualsiasi controversia è esclusivamente quello della sede legale della Contraente.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E DIPENDENTI

Art. 24 - VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma «*claims made*» e vale per i sinistri che siano notificati per la prima volta nel corso del periodo di durata di questo contratto, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni avvenuti non prima della data di retroattività convenuta e a condizione che la Contraente ne

faccia regolare denuncia agli Assicuratori nel corso del periodo di durata di questo contratto.

La data di retroattività convenuta è quella di seguito indicata: 1° gennaio 2005.

L'assicurazione comprende altresì fatti o circostanze pregresse alla data di inizio della presente polizza già note al Contraente e/o agli Assicurati, a condizione inderogabile che gli stessi non potessero essere validamente denunciati come sinistri ai precedenti assicuratori.

Art. 25 - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

Fino a concorrenza dei limiti di risarcimento convenuti e alle condizioni tutte di questa polizza, gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di morte, lesioni personali, perdita, distruzione e danneggiamento di cose e/o animali, nell'esercizio dell'attività definita nel presente contratto.

Art. 26 - NOVERO DEI TERZI

Ogni persona diversa dai dipendenti della Contraente, quali definiti all'articolo 27.2 che segue, è considerata terzo ai fini dell'assicurazione RCT. Anche il dipendente è considerato terzo qualora subisca il danno quando non è sul lavoro o in servizio oppure quando fruisca delle prestazioni mediche e sanitarie erogate dalla Contraente o dall'Assicurato o quando subisca i danni contemplati agli articoli 29.25 e 29.34 -lett. b).

Art. 27 - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O)

- 27.1 - Oggetto dell'assicurazione RCO

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale interessi e spese) quale civilmente responsabile ai sensi di legge per danni sofferti dai dipendenti della Contraente a seguito di infortunio avvenuto in occasione di lavoro o di servizio.

Gli Assicuratori sono pertanto obbligati a tenere indenne l'Assicurato delle somme che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare:

- agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) a titolo di regresso;
- all'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno (danno differenziale).

- 27.2 - Nozione di Dipendenti della Contraente

Ai fini di questa assicurazione, sono dipendenti della Contraente tutti i prestatori di lavoro che sono soggetti all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e che agiscono alle dirette dipendenze della Contraente o dell'Assicurato con rapporto di lavoro subordinato, parasubordinato o di apprendistato. Rientrano in questa nozione anche i soggetti impiegati in lavori socialmente utili e tutti coloro (studenti, allievi, borsisti, specializzandi, ecc.) che prendono parte alle attività indicate in questa polizza, durante periodi di prova, di addestramento, corsi di formazione, studi e altri scopi analoghi.

- 27.3 - Malattie professionali

L'assicurazione RCO è estesa alle malattie professionali contratte per colpa dell'Assicurato, che si manifestino per la prima volta nel corso della durata di questo contratto, fermo il disposto dell'articolo 24. E' esclusa l'asbestosi e ogni malattia ad essa collegata.

Art. 28 - RESPONSABILITÀ CIVILE PERSONALE E PROFESSIONALE

L'assicurazione delimitata in questa polizza comprende:

- a) la responsabilità civile professionale del personale medico, ivi compresi i sanitari non alle dipendenze della Contraente quando agiscono per conto della Contraente stessa; posto che la Contraente si avvale anche dell'opera di medici liberi professionisti, si conviene che l'assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante a ORAS da fatto del suddetto personale per danni da esso arrecati nello svolgimento delle mansioni svolte per conto della Contraente stessa; tale garanzia esplica i suoi effetti unicamente a favore di ORAS, rispondendo la Compagnia di tutte le somme che la stessa sia tenuta a pagare, anche in forza di condanna solidale; in ogni caso, la garanzia non si estende alla responsabilità civile personale di tali soggetti, riservandosi la Compagnia la facoltà di rivalsa nei loro confronti;
- b) la responsabilità civile che possa gravare personalmente su tutti i dipendenti e i collaboratori anche convenzionati, a qualsiasi ruolo appartenenti, sui consulenti di cui la Contraente si avvale nell'esercizio della sua attività, su ogni operatore, frequentatore, volontario, specializzando, dottorando, tirocinante, allievo, assegnista, borsista, operante per conto della Contraente, comprese le famiglie alle quali la Contraente assegna minori a fini assistenziali, di adozione o affidamento;
- c) la responsabilità civile derivante ai dirigenti medici e al personale del comparto di supporto per danni cagionati nell'espletamento della libera professione *intramoenia*, anche allargata;
- d) la responsabilità civile che possa gravare, collegialmente o individualmente, sui componenti del Comitato Etico, anche provinciale;
- e) la responsabilità personale degli anziani, dei portatori di handicap anche mentali nonché dei soggetti seguiti dai competenti servizi della Contraente per danni da loro cagionati durante il tirocinio lavorativo presso aziende private o centri e/o durante il periodo di dimora presso famiglie affidatarie, compresi i danni arrecati alle famiglie affidatarie stesse;
- f) la responsabilità civile professionale e personale dei dipendenti della Contraente che svolgono attività presso altre strutture sanitarie in virtù di convenzioni stipulate con la Contraente o che partecipano a corsi di formazione o di addestramento, autorizzati dalla Contraente e ovunque siano svolti. Ad ogni modo, se la struttura presso la quale il dipendente svolga l'attività in virtù della convenzione ha una propria polizza di responsabilità civile, quest'ultima risponderà a primo rischio e la presente polizza a secondo rischio.

A titolo di maggior precisione si conferma che sono terzi i dipendenti delle Ditte, degli Istituti, degli Enti e dei privati ospitanti gli assistiti, nonché i loro frequentatori.

Art. 29 - ESTENSIONI DI GARANZIA

A mero titolo esemplificativo e senza che ciò possa comportare limitazioni di sorta alle garanzie assicurative prestate con il presente contratto, si precisa che l'assicurazione delimitata in questa polizza vale anche per la responsabilità civile che possa gravare sull'Assicurato per danni derivanti dalle voci che seguono:

29.1 Fatto dei collaboratori, compresi i componenti del Comitato Etico, compresi tutti coloro che, non in rapporto di dipendenza con la Contraente, prestano la loro opera presso le strutture della Contraente, quali a mero titolo esemplificativo

medici occasionali, gli specializzandi, i tirocinanti e gli allievi che frequentano i corsi presso le apposite scuole, anche per l'attività di fecondazione assistita.

29.2 Raccolta, distribuzione o utilizzazione del sangue (comprese le sue componenti, i suoi preparati o derivati di pronto impiego - anche se ne conseguano danni da HIV -) a condizione che la Contraente e l'Assicurato ottemperino a tutti gli obblighi previsti, in merito al controllo preventivo del sangue, dalle leggi e circolari ministeriali specifiche sulla materia e in vigore al momento del fatto. È inteso che l'assicurazione non si estende alla responsabilità civile gravante sui produttori e i fornitori di tali preparati e derivati.

29.3 Produzione per uso interno, trattamento, sottoposizione a test, detenzione di ogni tipo di materiale o sostanze di origine umana (quali ad esempio: tessuti - banca dei tessuti-, cellule, organi, sangue, urina, secrezioni varie, ecc.), e di ogni prodotto derivato da tali materiali o sostanze nonché di ogni prodotto biosintetico.

29.4 Sperimentazioni autorizzate, ivi comprese le sperimentazioni no profit e gli studi osservazionali, effettuati su pazienti consenzienti e svolti in conformità alle disposizioni di legge vigenti in materia, in via diretta o tramite istituti o soggetti appositamente convenzionati. E' inteso che l'assicurazione non si estende alla responsabilità civile gravante sugli sponsor o sui committenti delle sperimentazioni, e non si estende alle sperimentazioni soggette al DM 14 luglio 2009.

29.5 Trasporto primario e secondario per il trasferimento del paziente tra sedi ospedaliere, oppure dal domicilio del paziente alle ubicazioni ove la Contraente esercita le attività indicate in questa polizza e viceversa.

29.6 Esercizio di scuole, asili, colonie estive o invernali, corsi di istruzione professionale o di formazione continua per il personale dipendente e/o personale esterno (es. E.C.M.).

29.7 Somministrazione, distribuzione, preparazione, utilizzazione di prodotti medicinali, farmaceutici, parafarmaceutici, dispositivi medici e protesi.

29.8 Esercizio di laboratori chimici e di analisi, compresa anche l'elaborazione di esiti e referti e la redazione, conservazione e consegna di atti o documenti inerenti alle attività indicate in questa polizza, anche a distanza (telemedicina).

29.9 Uso di apparecchi ad uso medicale ed elettromedicale, diagnostico, terapeutico, anche se di proprietà di terzi, compresi apparecchi a raggi X, risonanza magnetica, ciclotrone, radioisotopi, radionuclidi e altre apparecchiature simili; è compresa anche la RC derivante dagli interventi di chirurgia refrattiva, per tali intendendosi gli interventi di chirurgia incisionale, con uso di laser a eccimeri e con impiego di microcheratomo.

29.10 Esercizio di farmacie interne con distribuzione di farmaci agli assistiti secondo le normative vigenti.

29.11 Servizi erogati agli assistiti presso il loro domicilio o comunque fuori sede.

29.12 Attività del Dipartimento di Prevenzione.

29.13 Terapie particolari, quali la "*pet therapy*" (terapia con impiego di animali), la "ippoterapia" (terapia con impiego di cavalli), la terapia riabilitativa in acqua.

29.14 Operazioni di disinfestazione e derattizzazione, eseguite anche con autocarri attrezzati e con l'utilizzo di prodotti tossici.

29.15 Esercizio di mense e spacci all'interno delle proprie strutture, anche se affidato in gestione a terzi.

29.16 Somministrazione di prodotti alimentari, bevande e simili, anche tramite distributori automatici di proprietà di terzi o affidati in gestione a terzi.

29.17 Attività formative e ricreative per i dipendenti della Contraente e loro familiari, quali convegni, congressi, corsi di addestramento e di aggiornamento, concorsi, tavole rotonde, seminari; escursioni, gite aziendali, viaggi, spettacoli,

feste, gare e manifestazioni sportive dilettantistiche, ecc., anche svolte tramite CRAL aventi autonomia giuridica.

29.18 Partecipazione a mercati, mostre e fiere ed esposizioni collettive e ad **iniziative promozionali** di ogni tipo, compreso l'allestimento e lo smantellamento dei propri stand e compresa la concessione di strutture a terzi ai fini dell'organizzazione di tali manifestazioni e iniziative.

29.19 Ogni altra attività sussidiaria, esercitata all'interno delle strutture della Contraente per uso esclusivo e necessario della Contraente stessa, anche se affidata in gestione o in manutenzione a terzi, quali: officine meccaniche, falegnamerie, autorimesse, impianti di autolavaggio, centraline termiche, cabine elettriche e di trasformazione con relative condutture, centrali di compressione, serbatoi e colonnine di distribuzione di carburante, impianti di saldatura autogena e ossiacetilica e relativi depositi; impianto di tricogenerazione; servizio di sorveglianza con guardie che possono far uso di armi e anche con utilizzo di cani; servizio di squadra antincendio.

29.20 Proprietà e uso di fabbricati e terreni: proprietà e conduzione - continuativa o temporanea - dei fabbricati, delle unità immobiliari, dei locali e dei terreni, che siano utilizzati dalla Contraente per l'esercizio delle attività indicate in questa polizza, compresi tutti gli impianti fissi, ascensori, montacarichi, scale mobili, antenne radio o televisive, recinzioni, cancelli elettrici e simili e ogni altra pertinenza, e inclusi gli spazi destinati a cortile, giardino, parco (anche con alberi di alto fusto), posteggio di mezzi di trasporto stradale, piazzali destinati a carico e scarico o depositi all'aperto; è compreso altresì, ove esista, il piazzale adibito ad "elisuperficie" per l'atterraggio di elicotteri ai sensi del D.M. 08-08-2003 e successive modifiche e integrazioni, senza deroga al disposto dell'articolo 31 lett. d) e con esclusione della responsabilità gravante sui piloti, copiloti, meccanici, fornitori e manutentori degli elicotteri.

29.21 Manutenzione e pulizia - Appalti e gestioni - (Cose nell'ambito dei lavori): lavori di manutenzione ordinaria o straordinaria, ristrutturazione, riadattamento, ampliamento, demolizione, ricostruzione, pulizia dei beni menzionati al punto 29.20 che precede. Ove i lavori siano appaltati a terzi, l'assicurazione è riferita alla responsabilità civile derivante alla Contraente dalla direzione dei lavori e dal rapporto di committenza.

Premesso che la Contraente può appaltare i lavori predetti, così come può affidare a imprese o singoli soggetti la gestione e la manutenzione di talune attività sussidiarie (articolo 29.19), resta inteso che :

- a) sono compresi nell'assicurazione i danni causati a terzi da dette imprese o singoli soggetti;
- b) la Contraente e i suoi dipendenti, tali imprese e soggetti e i loro rispettivi dipendenti, sono considerati terzi tra loro.

E' compreso il danno sofferto da terzi per danneggiamenti a cose che si trovino nell'ambito dell'esecuzione dei lavori, incluse le condutture e gli impianti sotterranei, anche quando tali danneggiamenti siano dovuti ad assestamento, cedimento o franamento del terreno causati dai lavori.

29.22 Uso di fonti radioattive: uso di fonti radioattive o magnetiche in connessione con le attività indicate in questa polizza.

29.23 Propagazione di incendio: azione diretta di un incendio, un'esplosione o uno scoppio, che abbia origine all'interno dei fabbricati o dei locali in cui si svolgono le attività indicate in questa polizza oppure da cose utilizzate dall'Assicurato nello svolgimento di tali attività, e si propaghi su beni mobili e immobili detenuti da terzi.

Fermo il disposto dell'articolo 1, per questa voce di rischio si applica il limite di risarcimento stabilito in polizza.

29.24 Furto di cose depositate: furto, sottrazione, smarrimento, sparizione di cose consegnate o non consegnate di proprietà degli assistiti e degli ospiti, ai sensi degli articoli 1783-1786 c.c.

Per questa voce di rischio si applicano i limiti di risarcimento stabiliti in polizza.

29.25 Furto o danneggiamento di cose dei dipendenti: furto, sottrazione, smarrimento, deterioramento, sparizione di cose di proprietà dei dipendenti della Contraente, che l'Assicurato detenga o abbia in consegna o custodia, esclusi in ogni caso i materiali e le apparecchiature utilizzate o utilizzabili nell'esercizio delle attività indicate in questa polizza; danni cagionati a terzi o alle cose di terzi, ai propri operatori o alle cose dei propri operatori da parte di pazienti/ospiti assistiti dai centri gestiti da O.R.A.S.

Per questa voce di rischio si applica il limite di risarcimento stabilito in polizza.

29.26 Interruzione di attività di terzi: interruzione o sospensione parziale o totale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, di proprietà di terzi.

Per questa voce di rischio si applica il limite di risarcimento stabilito in polizza.

29.27 Comodato o uso: danneggiamento, perdita o distruzione di:

- apparecchiature concesse dalla Contraente in comodato o uso a terzi;
- apparecchiature che la Contraente ha in comodato o uso nel corso delle attività indicate in questa polizza.

29.28 Conferimento di rifiuti: conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi, ad aziende regolarmente autorizzate ai sensi delle disposizioni di legge vigenti. Sono comprese le lesioni alla persona e la morte provocate a terzi in conseguenza di un evento accidentale verificatosi durante il trasporto o lo smaltimento di detti rifiuti. E' inteso che l'assicurazione non si estende alla responsabilità civile gravante direttamente sulle dette aziende.

29.29 Fatto degli assistiti e dei minori: fatto commesso da pazienti assistiti nei centri gestiti dalla Contraente, o commesso da minori, portatori di handicap, studenti e altri ospiti di tali centri, inclusi quelli di cui all'articolo 29.06; fatto commesso da minori durante il periodo di dimora presso famiglie a fini della loro assistenza, adozione o affidamento, comprese le lesioni alla persona arrecate ai membri della famiglia affidataria; fatto commesso da maggiori d'età durante il periodo di dimora presso famiglie a fini della loro assistenza, comprese le lesioni alla persona arrecate ai membri della famiglia affidataria.

29.30 Proprietà e uso di cartelli e insegne: proprietà, installazione, uso e manutenzione di targhe, cartelli, insegne (anche luminose) e striscioni, uso di segnaletica stradale o viaria, di indicazione di direzione, o di carattere pubblicitario.

29.31 Committenza, quando la Contraente abbia appaltato, commissionato o delegato lavori, servizi o prestazioni attinenti alle attività indicate in questa polizza o a beni di sua proprietà.

29.32 Committenza all'uso di veicoli, ai sensi dell'art. 2049 c. c. ove i danni, compresi quelli ai trasportati, siano cagionati da taluno dei dipendenti o collaboratori della Contraente quando si trovi alla guida di un veicolo stradale per incarico della Contraente purché tale veicolo non sia di proprietà della Contraente stessa o ad essa locato o noleggiato.

29.33 Uso di mezzi di trasporto e macchinari:

- a) uso di biciclette e ciclomotori;
- b) circolazione e utilizzo, all'interno delle ubicazioni ove si svolgono le attività indicate in questa polizza, di veicoli in genere, anche a motore, di

muletti, macchine semoventi, di macchinari e impianti, anche se azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore.

29.34 Danneggiamento di mezzi di trasporto di terzi: danneggiamento o distruzione, escluso in ogni caso il furto e il tentato furto:

- a) di mezzi di trasporto di terzi e delle cose su di essi caricate, che si trovino nell'ambito delle ubicazioni ove si svolgono le attività indicate in questa polizza allo scopo di compiere operazioni di carico o scarico;
- b) dei veicoli di terzi, di dipendenti o collaboratori della Contraente, mentre si trovano in sosta nell'ambito delle ubicazioni ove si svolgono le attività indicate in questa polizza, escluse le cose giacenti nei o sui veicoli.

29.35 Si intendono parificati ai danni da lesione personale o morte, i danni cagionati alla persona anche se non abbiano determinato lesioni fisicamente constatabili ancorché derivanti da involontaria inosservanza Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Art. 30 - INQUINAMENTO ACCIDENTALE

L'assicurazione delimitata in questa polizza comprende i danni da inquinamento dell'ambiente derivante dalle attività indicate in questa polizza, purché causato unicamente da fatto improvviso, subitaneo e accidentale. L'espressione "danni da inquinamento dell'ambiente" sta a significare quei danni che si determinano in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria, del suolo, del sottosuolo, congiuntamente o disgiuntamente, ad opera di sostanze di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite da installazioni o complessi di installazioni che la Contraente utilizza per l'esercizio delle attività indicate in questa polizza.

Art. 31 – ESCLUSIONI

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "*claims made*", quale temporalmente delimitata nella presente polizza, sono esclusi i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori dopo 30 giorni lavorativi dalla data di termine della durata di questo contratto, salvo il caso di una serie di sinistri il primo dei quali sia già stato regolarmente denunciato agli Assicuratori. La presente assicurazione non considera "sinistri" i procedimenti penali.

L'assicurazione non copre danni diversi da quelli definiti in questa polizza e non comprende le richieste di risarcimento:

- a) che fossero già note alla Contraente prima della data di effetto di questa assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori, fermo quanto disposto dall'articolo 24, ultimo periodo;
- b) causate da furto, salvo quanto diversamente specificato ai punti 29.24 e 29.25;
- c) riconducibili ai rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria RC auto ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione;
- d) derivanti dall'impiego di natanti a motore o di aeromobili;
- e) relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*), i danni patrimoniali puri, le penalità, le multe, le ammende o altre sanzioni comminate alla Contraente o all'Assicurato;
- f) che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali negli stabilimenti della Contraente;

- g) conseguenti ad atti di terrorismo, atti di sabotaggio e atti di guerra;
- h) in relazione a eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data di retroattività stabilita all'articolo 24;
- i) derivanti dall'incapacità, parziale o totale, dei computer e dei loro sistemi, programmi o applicazioni, di leggere correttamente le date di calendario;
- j) derivanti da omissione, errore o ritardo nella stipulazione, nell'aggiornamento o nel rinnovo di adeguate coperture assicurative, cauzioni, fideiussioni o altre garanzie finanziarie, o nel pagamento dei relativi premi o altri corrispettivi;
- k) cagionati da macchine, merci e prodotti fabbricati lavorati imballati distribuiti o messi in vendita dall'Assicurato dopo che siano stati consegnati a terzi;
- l) derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, molestie, violenza o abusi sessuali e simili);
- m) che abbiano origine da responsabilità acquisite in base a un contratto che esula dalle attività istituzionali dell'ente stesso, che altrimenti non sorgerebbero in assenza di tale contratto.

Art. 32 - RISCHI ATOMICI, DANNI DA INQUINAMENTO, DANNI DA ESPLOSIVI

L'assicurazione non comprende i danni:

32.1 verificatisi in connessione con fenomeni di radioattività, con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);

32.2 conseguenti ad inquinamento dell'aria dell'acqua o del suolo o interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione o impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, salvo quanto previsto all'articolo 30;

32.3 derivanti dalla detenzione o dall'impiego di esplosivi, salvo quando tale impiego sia richiesto per l'esecuzione di lavori di cui la Contraente sia committente.

Art. 33 – RESPONSABILITA' SANITARIA – CYBER E APPROVAZIONE DEI DATI

33.1 Nonostante qualsiasi disposizione contraria contenuta all'interno della presente Polizza o qualsiasi appendice alla stessa, e salvo quanto previsto nel paragrafo 33.2 di seguito, la presente Polizza non copre alcuna perdita, danno, responsabilità, reclamo, multa, sanzione, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, risultanti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi:

1.1 Attacco Cyber o Incidente Informatico, incluso, ma non limitato a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o rimediare a qualsiasi **Attacco Cyber o Incidente Informatico**; o

1.2 Violazione dei Dati, inclusi costi di notifica, costi di consulenza in caso di crisi, spese di monitoraggio del credito, sostituzione di carte di credito o di pagamento, spese forensi, spese di pubbliche relazioni o consulenza e servizi legali.

33.2. Tuttavia, sarà indennizzabile secondo i termini, le condizioni, le limitazioni, le franchigie e le esclusioni della Polizza, l'eventuale Danno materiale inteso come lesione fisica derivante da responsabilità professionale del medico e causato da,

con il contributo di, risultanti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi Incidente Informatico o Violazione dei Dati. Sono esclusi dai danni materiali le lesioni mentali, shock, angoscia mentale, disagio emotivo o malattia mentale.

Definizioni ai fini del presente articolo 33:

Danno materiale significa lesione fisica (inclusa la morte), inclusa qualsiasi malattia o disabilità derivante da tale lesione fisica. I danni materiali non includono lesioni mentali, shock, angoscia mentale, disagio emotivo o malattia mentale o alla vita di relazione.

Sistema informatico indica qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, a titolo esemplificativo, smartphone, laptop, tablet, dispositivo indossabile), server, cloud o microcontrollore, incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dei suddetti e includendo qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, attrezzatura di rete o struttura di backup, di proprietà dall'Assicurato.

Attacco Cyber indica un atto non autorizzato, doloso o criminale o una serie di atti correlati non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e luogo, o la minaccia o l'inganno che implicano l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi **Sistema informatico**.

Incidente informatico significa:

- I. qualsiasi errore o omissioni o serie di errori o omissioni correlati che comportino l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi **Sistema informatico**; o
- II. qualsiasi indisponibilità o guasto parziale o totale o serie di indisponibilità parziali o totali di accesso, elaborazione, utilizzo o funzionamento di qualsiasi **Sistema Informatico**.

Per **Violazione Dati** si intende:

- I. il furto, la perdita, l'accesso, l'acquisizione o l'uso o la divulgazione non autorizzati o illeciti di informazioni riservate o personali di qualsiasi persona o organizzazione, inclusi brevetti, segreti commerciali, metodi di elaborazione, elenchi di clienti, informazioni finanziarie, informazioni su carte di credito o di pagamento, informazioni sanitarie, dati biometrici o qualsiasi altro tipo di informazioni non pubbliche che comporti l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi **Sistema informatico**; o
- II. la violazione di qualsiasi statuto, regolamento, o qualsiasi altra legge che regoli o protegga l'accesso alla raccolta, l'uso o la divulgazione o la mancata protezione di informazioni non pubbliche, riservate o personali, sotto forma di **Dati elettronici**.

Per **Dati elettronici** si intende informazioni, fatti o programmi archiviati su, creati o utilizzati su, o trasmessi a o da software per computer, inclusi sistemi e software applicativi, dischi rigidi o floppy, CD-ROM, nastri, unità, celle, dati dispositivi di elaborazione o qualsiasi altro supporto utilizzato con apparecchiature a controllo elettronico.

Art. 33bis - ESCLUSIONE DI PFCS, PFAS, PFOS, PFOA, PRODOTTI CORRELATI E PRODOTTI CHIMICI

Gli Assicuratori non saranno tenuti a risarcire l'Assicurato ai sensi di Polizza in relazione a qualsiasi responsabilità, pretesa risarcitoria, perdita, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, causati da, risultanti da, in conseguenza di, in connessione con o in qualsiasi modo che coinvolga uno dei seguenti, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza:

(1) qualsiasi composto perfluorurato (PFC), inclusi, a titolo esemplificativo, perfluoroalchil e sostanze alchiliche polifluorate (PFAS), perfluorottano sulfonato (PFOS), acido perfluorottanoico (PFOA), perfluoroetere carbossilico e acidi solfonici (PFECA e PFESA, rispettivamente), e tutti i prodotti e le sostanze chimiche correlati, compresi eventuali costituenti, additivi, derivati o degradazione da prodotti degli stessi;

(2) qualsiasi acido dimero di ossido di esafluoropropilene (HFPO-DA), GenX e qualsiasi altro PFOA sostitutivo o qualsiasi sostanza chimica inclusa nell'elenco di ricerca PFAS dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti, regolamenti che modificano il divieto di determinate sostanze tossiche regolamenti 2012 (Canada), Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) o qualsiasi atto, statuto, regolamento, ordinanza, requisito o legge federale, statale, locale o estero simile, (comprese integrazioni e modifiche).

Art. 34 - LIMITI DI RISARCIMENTO

Per le voci di rischio qui di seguito elencate si conviene di applicare i seguenti limiti di risarcimento:

a) Articolo 29.23 - Propagazione di incendio:

limite di risarcimento per sinistro € 1.000.000,00, in eccesso a quanto previsto nella polizza incendio;

b) Articolo 29.25 - Cose dei dipendenti:

limite di risarcimento per sinistro € 10.000,00

c) Articolo 29.26 - Interruzione di attività di terzi:

limite di risarcimento per sinistro e per annualità assicurativa € 1.000.000,00

d) Articolo 30 - Inquinamento accidentale:

limite di risarcimento per sinistro e per annualità assicurativa € 100.000,00

Art. 35 – FRANCHIGIA E MASSIMALI DI ASSICURAZIONE

Fermi i limiti di risarcimento per le voci di rischio elencate all'articolo 34, l'assicurazione è prestata fino alla concorrenza dei massimali stabiliti qui di seguito:

Limite di risarcimento per sinistro RCT/O - € 3.000.000,00 per ogni sinistro e ogni serie di sinistri.

Limite di risarcimento annuo - € 10.000.000,00 per l'insieme di tutti i sinistri di pertinenza di una determinata annualità assicurativa, qualunque sia il numero dei danneggiati e delle persone assicurate coinvolte, e senza riguardo al momento in cui i danni si sostanzino o ne venga effettuata la liquidazione.

Per ogni sinistro risarcibile rimane a carico di O.R.A.S./Assicurato una franchigia pari a euro 75.000,00, salvo i casi che abbiano comportato il decesso del paziente, per i quali è stabilita una franchigia assoluta per sinistro pari a euro 250.000,00.

Estensione Sars-Cov-2 - Le parti convengono che in caso di una richiesta o più richieste di risarcimento che siano dovute, derivate, causate, risultanti da:

- Coronavirus (Covid 19)
- Acuta sindrome respiratoria da Coronavirus 2 (Sars-Cov-2) e/o
- Una sindrome, condizione o virus simile a quelli riportati al numero 1) e/o 2), comunque denominato/a, o ogni sua mutazione o variazione

si applicherà una franchigia assoluta di Euro 250.000,00 in riferimento a ogni paziente affetto. Questa franchigia verrà applicata al posto della franchigia assoluta prevista per sinistro di cui al presente articolo 35.

Per questa estensione di garanzia il massimale aggregato annuo è pari a euro 400.000,00.

Solo a titolo di mero esempio, se più pazienti vengono affetti dal virus come sopra definito, ad ogni richiesta di risarcimento relativa ad uno specifico paziente si applicherà la franchigia.

LA CONTRAENTE

GLI ASSICURATORI

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, ciascuna delle Parti dichiara:

1 – di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma “*CLAIMS MADE*”, a coprire i sinistri

- che abbiano luogo per la prima volta
- e che siano debitamente notificati dall’Assicurato agli Assicuratori nel corso della durata di questo contratto;

2 – di aver preso conoscenza e di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli di questa polizza:

- Art. 5 - Accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri
- Art. 6 – Medici Libero Professionisti
- Art. 23 – Foro competente
- Art. 24 – Validità dell’assicurazione (“*Claims Made*”) – Retroattività
- Art. 31 – Esclusioni (comprese quelle dell’assicurazione “*claims made*”)
- Art. 33 – Limitazione responsabilità da cyber e approvazione dei dati
- Art. 33bis - Esclusione di pfcs, pfas, pfos, pfoa, prodotti correlati e prodotti chimici
- Art. 34 – Limiti di risarcimento
- Art. 35 – Franchigia e Massimali di assicurazione

LA CONTRAENTE

GLI ASSICURATORI

ALLEGATO 1)
A LIBERA ADESIONE - PER L'ASSICURAZIONE COLLETTIVA DEI CASI DI COLPA GRAVE DEL PERSONALE, SENZA FRANCHIGIA – REGIME CLAIMS MADE

Contraenza - L'assicurazione prestata con il presente Allegato è stipulata dalla Contraente in nome e per conto della Persona Assicurata.

Persona Assicurata - E' Persona Assicurata chi:

- a) abbia aderito all'assicurazione prestata con il presente Allegato mediante la compilazione di apposito modulo di adesione debitamente datato e firmato;
- b) abbia regolarmente versato alla Contraente il premio individuale convenuto secondo le modalità e procedure stabilite.

Oggetto di questa assicurazione - Verso pagamento del premio convenuto e nell'osservanza delle condizioni e modalità previste dalle Norme contrattuali della polizza sopra citata, ove non diversamente regolato dal presente allegato, ivi compreso l'articolo 1 in caso di coesistenza di altre assicurazioni e ivi comprese le definizioni :

- a. gli Assicuratori, a parziale deroga dell'articolo 17 della polizza, rinunciano al diritto di surrogazione e rivalsa nei confronti della Persona Assicurata per i danni causati da fatto illecito dalla stessa commesso con colpa grave;
- b. per i sinistri che restano a carico della Contraente, gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne la Persona Assicurata di ogni somma che essa sia tenuta a rimborsare alla Contraente per danni causati da fatto illecito dalla stessa commesso con colpa grave accertata con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

Richiesta di risarcimento – L'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti contro la Persona Assicurata in relazione alle responsabilità previste dalla polizza sopra citata di cui all'art. 27.

Sinistro – La richiesta di risarcimento come sopra definita, portata a conoscenza della Persona Assicurata per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

I danni derivanti da fatti dolosi restano in ogni caso esclusi dall'assicurazione prestata col presente Allegato; restano fermi e invariati i limiti di risarcimento stabiliti in polizza; le garanzie di questo allegato, sono prestate senza applicazione di franchigia.

Validità dell'Assicurazione (“Claims made”) - Retroattività - L'assicurazione è prestata nella forma «*claims made*» e vale per i sinistri che siano notificati alla persona assicurata per la prima volta nel corso del periodo di durata di questo contratto, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni avvenuti non prima della data di retroattività convenuta e a condizione che la Persona Assicurata ne faccia regolare denuncia agli Assicuratori nel corso del periodo di durata di questo contratto.

La data di retroattività convenuta è il 1° gennaio 2005.

Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio - La Contraente riscuote da ogni Persona Assicurata il premio individuale stabilito.

Entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, la Contraente dichiara agli Assicuratori il numero dei dipendenti che hanno aderito a questa assicurazione, categoria per categoria. Su questa base, gli Assicuratori emettono un'appendice che quantifica il premio complessivo loro dovuto in relazione a questo Allegato, premio che la Contraente è tenuta a pagare agli Assicuratori nei 60 giorni successivi alla data di ricevimento dell'appendice.

Per ciascuna Persona Assicurata questa assicurazione decorre dalla data d'inizio della durata del contratto di cui questo Allegato fa parte integrante e resta valida fino alla data di termine del contratto stesso, purché a ogni scadenza annuale sia pagato il premio convenuto e salvo disdetta data dalla Persona Assicurata o dagli Assicuratori a mezzo di lettera raccomandata o altra comunicazione interna con preavviso di almeno 30 giorni prima di ogni scadenza della rata mensile, da inviare all'Ufficio addetto alla gestione dei contratti di assicurazione dell'Ente; in caso di aspettativa, con o senza assegni, la garanzia potrà essere interrotta previa comunicazione all'Ufficio addetto alla gestione dei contratti di assicurazione, e, una volta cessato il periodo di aspettativa, potrà essere ripresa.

Qualora nel corso della durata del contratto la Persona Assicurata termini il rapporto di lavoro con la Contraente per quiescenza o per altro motivo, essa resta assicurata fino alla prima scadenza annuale. Può peraltro continuare a giovare dell'assicurazione "colpa grave" anche per le annualità successive, dietro pagamento di un premio, per ciascuna annualità, pari al 50% del premio individuale convenuto.

Resta tuttavia inteso che nel caso di scioglimento, per qualsiasi motivo, del contratto di cui questo Allegato fa parte integrante, anche l'assicurazione prevista da questo Allegato cesserà automaticamente dalla stessa data. In tal caso gli Assicuratori mettono a disposizione della Contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi soltanto gli oneri fiscali.

RECESSO IN CASO DI SINISTRO - Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto la Persona Assicurata che gli Assicuratori possono recedere dalle garanzie prestate da questo Allegato al contratto, con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni.

Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - Ferma restando la definizione di "richiesta di risarcimento" e di "sinistro" di cui in premessa, l'Assicurato deve fare denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) e/o il procedimento civile promosso contro l'Assicurato non costituiscono un sinistro ai sensi di polizza e non devono, pertanto, essere notificati.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE - Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori rispondono in aggiunta al Massimale stabilito nel presente Allegato ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assicurare e difendere l'Assicurato in caso di sinistro per Colpa Grave.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.

MASSIMALI DI POLIZZA - La polizza offre copertura fino alla concorrenza del massimale di € € **3.000.00,00** per sinistro ed in aggregato, più il 25% del massimale per i costi di difesa previsti dall'art. 1917 c.c.

Periodo di Assicurazione – Il periodo che ha inizio e termine alle date di cui alle definizioni della polizza di cui sopra.

Adesioni ulteriori - In caso di adesione oltre il periodo di 60 giorni dalla decorrenza del contratto ma nel corso di una annualità assicurativa, fermi i disposti degli ultimi tre paragrafi dell'articolo che precede (decorrenza dell'assicurazione-pagamento del premio), la rispettiva assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno di sottoscrizione dell'adesione e il premio individuale è calcolato con metodo *pro rata*, fino alle ore 24,00 del giorno della data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso (con frazionamento minimo mensile).

Registrazione delle adesioni - La Contraente è tenuta

- i) a conservare tutte le adesioni, compilate su apposito modulo,
- ii) a mantenere puntualmente regolari registrazioni di tutti i dipendenti che hanno aderito a questa assicurazione, categoria per categoria, con indicazione della data di effetto dell'adesione di ciascuna,
- iii) a rendere accessibili detti moduli di adesione e detta registrazione agli Assicuratori o ai loro incaricati in qualunque momento, consentendo di farne fotocopia,
- iv) a fornire alla Compagnia un primo elenco degli aderenti alla data del 31 gennaio 2024

Pagamento del premio delle adesioni ulteriori - Al termine di ogni annualità assicurativa, sulla base dei moduli di adesione e delle registrazioni di cui all'articolo precedente, gli Assicuratori emettono un'appendice che quantifica il premio complessivo relativo a tutte le adesioni ulteriori, che la Contraente è tenuta a pagare agli Assicuratori nei 60 giorni successivi alla data di ricevimento dell'appendice.

Allo scopo di dare la possibilità agli aderenti alla convenzione "colpa grave" di confermare o meno la loro volontà di continuare a beneficiare della garanzia, gli

Assicuratori consentono un periodo di verifica che scadrà il 31.01.2024; in conseguenza di ciò non sarà prestata la garanzia a decorrere dalle ore 24.00 del 30.11.2023 per coloro che, pur presenti nell'elenco degli aderenti alla precedente convenzione alla data del 30.11.2023, abbiano manifestato entro il 31.01.2024 la loro intenzione di non aderire alla presente Convenzione, mediante comunicazione con lettera raccomandata o altra comunicazione interna indirizzata all'Area Affari Generali e Legali dell'Ente.

NON OGGETTO DI QUOTAZIONE IN SEDE DI GARA

Premio lordo annuo *pro capite*:

- dirigenza: ____
- comparto: _____

LA CONTRAENTE

GLI ASSICURATORI

Al presente Allegato non si applicano i seguenti articoli previsti dalla polizza sopra citata: artt. 11, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 30, 32, 34, 35.

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, ciascuna delle Parti dichiara:

1 – di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma “*CLAIMS MADE*”, a coprire i sinistri

- che abbiano luogo per la prima volta
- e che siano debitamente notificati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso della durata di questo contratto;

2 – di aver preso conoscenza e di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli di questa polizza:

- Art. 23 – Foro competente
- Art. 31 – Esclusioni (comprese quelle dell'assicurazione “*claims made*”)
- Validità dell'assicurazione (“*Claims Made*”) – Retroattività - Massimali di assicurazione di cui al presente Allegato

LA CONTRAENTE

GLI ASSICURATORI

ALLEGATO 2)

PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

1.1. Informazioni sul trattamento dei dati personali

L'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione di Motta di Livenza (ORAS) in qualità di "Titolare del trattamento" è tenuto, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento generale UE per la protezione dei dati personali 2016/679, a rendere informazioni sull'utilizzo dei dati personali trattati in esecuzione del rapporto contrattuale.

La base giuridica del trattamento è da rinvenire, nell'art. 6 pa 1, lett b, nonché nell'art. 6 pa. 1, lett. c e art. 10 per l'adempimento di obblighi di legge cui è soggetto il titolare.

Tali dati vengono forniti direttamente dall'interessato o tramite terzi ovvero attraverso le verifiche effettuate sulle autocertificazioni (a titolo esemplificativo e non esaustivo derivanti dalla consultazione del casellario, dal documento unico di regolarità contributiva (DURC) o dal possesso di tutti i requisiti di carattere generale ex art. 80 del Codice appalti, dalla verifica delle condizioni soggettive ex art. 1, comma 52, L. 190/2012) e dei requisiti speciali, se previsti.

Il trattamento verrà effettuato da soggetti autorizzati e delegati al trattamento dei dati, nonché da soggetti esterni designati dal Titolare del Trattamento quali Responsabili del Trattamento dell' art. 28 del regolamento UE 2016/679, adottando adeguate misure tecniche e organizzative per garantire un adeguato livello di sicurezza e riservatezza che consenta di tutelare i diritti e le libertà fondamentali degli interessati e nel pieno rispetto delle disposizioni di legge e regolamentari.

La comunicazione e/o trasmissione dei dati è prevista unicamente se autorizzata da norma di legge o per ordine di autorità di vigilanza, governative o altre autorità competenti, nonché per l'esecuzione degli obblighi contrattuali e ad altri soggetti interessati ai sensi della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. e del D.Lgs 50/2016 "Codice dei contratti pubblici".

I dati verranno conservati per tutta la durata del rapporto contrattuale ed anche successivamente, nei limiti e nei tempi necessari per l'espletamento degli obblighi di legge e per i relativi obblighi amministrativi, contrattuali contabili e fiscali.

L'aggiudicatario potrà rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati dell'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione S.p.a. Via Padre Leonardo Bello, 3/C 31045 Motta di Livenza tel 0422-287339 e-mail rpd@ospedalemotta.it pec rpd@pec.ospedalemotta.it. per avere informazioni e segnalare eventuali problemi o disagi inerenti i dati personali, nonché per esercitare i diritti previsti al CAPO III del Regolamento Generale UE 2016/679.

1.2. Ruoli e responsabilità della compagnia assicuratrice per l'affidamento dei servizi assicurativi - La compagnia assicuratrice nello svolgimento della propria attività pone in essere un trattamento dei dati autonomo perseguendo le finalità determinate dalla normativa specifica di settore (artt. 1882 ss. c.c.; d.lgs. n. 209/2005 – "Codice delle assicurazioni"; Regolamento IVASS n. 40/2018).

Pertanto, la società assicuratrice, aggiudicataria del servizio di copertura assicurativa, agisce in qualità di "autonomo titolare del trattamento".

In tale contesto il trattamento dei dati personali dovrà avvenire implementando le misure tecniche e organizzative adeguate a garantire i diritti e le libertà degli interessati ed essere in grado di dimostrare il proprio grado di accountability.

1.3. Modalità di trattamento e conservazione dei dati personali - La compagnia assicuratrice renderà note le modalità operative adottate a garanzia del rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e particolari trattati in esecuzione del contratto, con particolare riferimento alla comunicazione dei dati relativi alla salute (art. 9 RGPD 2016/679) e/o giudiziari (art. 10 RGPD 2016/679) di pazienti o dipendenti dell'ente aggiudicante.

La base giuridica legittimante il trasferimento dei dati, diversi da quelli di cui agli artt. 9 e 10 del Regolamento, dall'ente o soggetto aggiudicante alla compagnia aggiudicataria può essere rinvenibile nell'art. 6, par. 1, lett. b), del Regolamento stesso. Il trattamento dei dati particolari è lecito ai sensi dell'art. 2 sexies lett. dd) e dei dati giudiziari ai sensi dell'art. 2 octies lett d) del D.Lgs 101/2018

In ogni caso si precisa che i dati trattati per le finalità strettamente connesse al rapporto contrattuale saranno conservati per tutta la durata dell'affidamento dei servizi assicurativi e per il periodo di tempo successivo prescritto dalle disposizioni di legge e fino alla prescrizione di un'eventuale azione di responsabilità a carico del titolare del trattamento (presumibilmente 10 anni dopo la conclusione dell'incarico) i dati necessari alla gestione di un eventuale contenzioso o recupero credito saranno conservati fino alla definizione del contenzioso.