

Polizza di Assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (RCO)

La presente polizza è stipulata tra:

ASST Sacco Fatebenefratelli

Via G.B. Grassi, 74
20157- Milano
P.IVA 09319690963

e

RELYENS MUTUAL INSURANCE

con sede in 18 rue Edouard Rochet – 69372 LYON CEDEX 08 - Francia
Mutua assicuratrice a contributo fisso ai sensi del Code des Assurances
Iscrizione registro imprese francese di Lyon n. 779 860 881 – partita I.V.A. (intracomunitaria): FR 779860881
e con Sede Secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia in Via Carlo Imbonati, 18 – 20159 Milano
n. iscrizione registro imprese IVASS I.00128 – Codice fiscale: 97843200581

CIG: B95976E50E

Decorrenza: ore 24:00 del 31/12/2025

Scadenza: ore 24:00 del 31/12/2030

INDICE

INDICE	2
1. OGGETTO	4
2. DEFINIZIONI.....	5
3. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	9
3.1 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI	9
ART. 1 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA	9
ART. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE	9
ART. 3 – PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO	10
ART. 4. – TRACCIABILITÀ DEI PAGAMENTI	11
ART. 5 – GESTIONE DELLA POLIZZA.....	11
ART. 6 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	12
ART. 7 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO – BUONA FEDE – DIMINUZIONE DEL RISCHIO.....	12
ART. 8 – REVISIONE DEI PREZZI E DI CONDIZIONI CONTRATTUALI	12
ART. 9 – INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA.....	13
ART. 10 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	13
ART. 11 – ONERI FISCALI.....	13
ART. 12 – FORO COMPETENTE	13
ART. 13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	13
ART. 14 – TRATTAMENTO DEI DATI	14
ART. 15 – COASSICURAZIONE E DELEGA	14
ART. 16 – CONTEGGIO DEL PREMIO	14
3.2 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO	14
ART. 17 – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO – DENUNCIA DEL SINISTRO	14
ART. 18 – GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI E PERITALI	15
ART. 19 – ACQUISIZIONE POLIZZE	16
ART. 20 - LEGITTIMAZIONE.....	17
ART. 21 – PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO.....	17
ART. 22 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO	17
ART. 23 - DIRITTO DI RIVALSA	17
ART. 24 – RENDICONTO.....	18
4. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS).....	18
5. ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO	19
6. MASSIMALI ASSICURATI.....	20

7. SELF INSURED RETENTION (SIR)	20
8. RIPARAMETRAZIONE IMPORTI AGGERAGTI	21
9. RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D’OPERA	21
ART. 1 – DISCIPLINA DELLA RESPONSABILITÀ	21
ART. 2 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)	21
ART. 3 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI D’OPERA (R.C.O.)	21
ART. 4 - MALATTIE PROFESSIONALI	22
ART. 5 – RIVALSA I.N.P.S. – I.N.A.I.L.	22
ART. 6 – EFFICACIA TEMPORALE DELLA GARANZIA – CLAIMS MADE – INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA	23
ART. 7 – SINISTRO IN SERIE	23
ART. 8 – ESCLUSIONI	23
ART. 9 – NOVERO DI TERZI	25
ART. 10 – RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E PERSONALE DEI DIPENDENTI E NON	25
ART. 11 – RESPONSABILITÀ SOLIDALE	26
ART. 12 – RESPONSABILITÀ COME DA D.LGS. N. 81/2008	26
ART. 13 – DETENZIONE ED USO DI FONTI RADIOATTIVE	26
ART. 14 – COMMITTENZA GENERICA INCLUSA GUIDA DEI VEICOLI	26
ART. 15 – DISTRIBUZIONE E UTILIZZO DEL SANGUE E DEI SUOI PREPARATI O DERIVATI	26
ART. 16 – DANNI DA INCENDIO	27
ART. 17 – DANNI DA INTERRUZIONE DI ATTIVITÀ	27
ART. 18 – INQUINAMENTO ACCIDENTALE.....	27
ART. 19 – PROPRIETÀ, CONDUZIONE, LOCAZIONE, DETENZIONE.....	27
ART. 20 – APPALTO – SUBAPPALTO – RC INCROCIATA	27
ART. 21 – PROPRIETÀ ED USO MACCHINARI	28
ART. 22 – COSE IN AMBITO LAVORI	28
ART. 23 – DANNI A MEZZI SOTTO CARICO E SCARICO	28
ART. 24 – LEGGE SULLA PRIVACY.....	28
ART. 25 – SPERIMENTAZIONE CLINICA	29
ART. 26 – COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA	30
ART. 27 - RITARDATO E/O OMESSO SOCCORSO	30
ART. 28 - VALIDITÀ TERRITORIALE	30
ART. 29 - ECCEZIONI OPPONIBILI.....	30
10. LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO	30
PROCEDURA MIGLIORATIVA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI SOPRA SIR O DEI SINISTRI “BORDERLINE” AI SENSI DELL’ARTICOLO 15 DEL D.M. 232/2023	32

Capitolato tecnico

1. OGGETTO

Oggetto del presente documento è la disciplina dell'affidamento del servizio di copertura assicurativa dei rischi di Responsabilità Civile verso Terzi e verso Prestatori d'Opera.

Resta infine inteso tra le Parti che all'eventuale modifica dell'assetto aziendale facente capo al Contraente, a seguito di eventuali nuove riforme socio sanitarie del Sistema Regionale Lombardo che ne alterino l'attuale assetto, conseguirà l'impegno dell'Assicuratore, anche in deroga dell'articolo 7 che segue (DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO – BUONA FEDE – DIMINUZIONE DEL RISCHIO) di rappresentare, entro i 30 giorni successivi alla ricezione delle necessarie informazioni sulla modifica del rischio nei medesimi termini utilizzati in fase di indizione della procedura di gara oggetto della presente polizza, i parametri ritenuti necessari alla modifica del perimetro di operatività della garanzia così come necessaria a seguito del riassetto di cui sopra. In assenza di un riscontro da parte dell'Assicuratore nel termine di 30 giorni dal ricevimento della documentazione così come più sopra definita, resta inteso tra le Parti che la garanzia si intenderà estesa anche al nuovo assetto ferma la facoltà di riparametrare le condizioni economiche vigenti.

Al ricevimento dei nuovi termini resta ferma la facoltà del Contraente di manifestare propria accettazione che, se pervenuta all'Assicuratore entro i 15 giorni successivi dall'invio dell'offerta da parte di quest'ultima, produrrà i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui la Contraente ha avanzato richiesta di estensione della garanzia. Ove, altresì, la Contraente non ritenesse di accettare i termini proposti la stessa avrà facoltà di non accettarli e mantenere la validità della garanzia nei termini ed alle condizioni di cui all'aggiudicazione della procedura di gara.

2. DEFINIZIONI

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

Assicurato/i	Il Contraente e qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione disciplinata dal presente documento.
Assicuratore	La Compagnia di assicurazione o il gruppo di compagnie che si impegna ad assumere l'assicurazione disciplinata dal presente contratto.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Broker	L'eventuale Broker, se presente, al quale, per incarico conferito dal Contraente, può essere affidata la gestione dell'assicurazione.
Claims Made	Ai sensi del D.M. 232/2023 la formula di operatività temporale dell'assicurazione per cui le garanzie assicurative sono efficaci solo con riferimento alle richieste di risarcimento ricevute dall'assicurato per la prima volta durante il periodo di assicurazione, anche se conseguenti a fatti ed eventi pregressi, purché accaduti successivamente alla data di retroattività indicata al successivo articolo <i>Efficacia temporale della garanzia – Claims made – Inizio e termine della garanzia</i> .
Contraente	L'Ente che stipulerà il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Cose	Sia i beni materiali, compresi i veicoli iscritti al P.R.A., sia gli animali.
CVS	Il Comitato Valutazione Sinistri costituito in conformità con quanto previsto dalla DG Sanità di Regione Lombardia con la Circolare 46/SAN del 27.12.2004 e successive linee guida e disposizioni.
Danno	Il pregiudizio di natura patrimoniale e non patrimoniale addebitato all'assicurato in conseguenza di un fatto che abbia cagionato la morte, lesioni personali (intendendosi come tali anche la lesione del diritto alla salute ed all'integrità psico-fisica, i danni biologici, nonché il danno morale) compresi i danni consequenziali) nonché i danni a cose (cioè ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa, compresi i danni consequenziali).

Esercente la professione sanitaria	Il professionista che in forza di un titolo abilitante svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria.
Esercente attività libero professionale	Attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o del ruolo ricoperto.
Indennizzo Risarcimento	La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.
Massimale per sinistro	La massima esposizione dell'Assicuratore per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito danni in eccesso a eventuale SIR.
Massimale per Periodo di Assicurazione	Laddove previsto, la massima esposizione dell'Assicuratore complessivamente per tutti i Sinistri ascrivibili alla medesima annualità assicurativa in eccesso a eventuale SIR.
Parti	Il Contraente e l'Assicuratore.
Polizza	Il documento che prova e regola l'Assicurazione e che sarà stipulata dall'Ente.
Premio	La somma annua dovuta dal Contraente all'Assicuratore.
Periodo di decorrenza	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza della polizza.
Periodo di assicurazione	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza annuale.
Periodo di efficacia	Il periodo compreso tra la data di retroattività (se prevista) e la data di cessazione della assicurazione.
Personale	Nella definizione di personale s'intende il personale passato, presente, futuro.
Prestatori d'opera / Prestatori di lavoro Dipendente	I soggetti retribuiti dal Contraente e dallo stesso obbligatoriamente assicurati presso l'I.N.A.I.L., anche durante lo svolgimento di attività libero professionale "INTRAMURARIA".

<p>Richiesta di risarcimento</p>	<p>Si intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> qualsiasi comunicazione scritta inviata all'assicurato (o all'Assicuratore in caso di azione diretta) che attribuisce allo stesso la responsabilità per un danno; qualsiasi comunicazione scritta di richiesta danni inviata all'assicurato (o all'Assicuratore in caso di azione diretta) anche tramite un organismo di mediazione ex D. Lgs. 4 marzo 2010 n° 28 o tramite l'invito a stipulare la convenzione di negoziazione assistita (D.L. 132/2014 convertito dalla Legge 162/2014), in relazione a danni per i quali è prestata l'Assicurazione; qualsiasi citazione in giudizio, compresi i provvedimenti di accertamento tecnico preventivo non ripetibile ex art. 360 del C.P.P., e/o accertamento tecnico preventivo artt. 696 e 696 bis C.P.P. <p>È parificata alla richiesta di risarcimento la formale notifica dell'avvio di indagine da parte delle Autorità competenti, anche nei confronti di ignoti, in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione nel momento in cui l'assicurato ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta e/o qualsiasi atto introduttivo in un procedimento giudiziario.</p>
<p>Rischio</p>	<p>La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.</p>
<p>Self Insured Retention – SIR</p>	<p>Ai sensi del D.M. 232/2023, la quota di rischio non trasferita all'Assicuratore e gestita in proprio dal Contraente anche in termini di corresponsione, gestione, istruzione e liquidazione del sinistro definiti in polizza.</p> <p>Il sinistro che coinvolga più strutture assicurate deve intendersi come unico sinistro; pertanto, sarà applicata un'unica SIR cioè quella più elevata.</p> <p>Il livello di SIR per il contratto in corso è € 150.000.¹</p>
<p>Sinistro RCT</p>	<p>La ricezione di una richiesta di risarcimento da chiunque avanzata nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente.</p>
<p>Sinistro RCO</p>	<p>La formale notifica al Contraente e/o ad un assicurato dell'apertura di un'inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale; la formale notifica del Contraente e/o di un assicurato alle Autorità competenti per un infortunio sul lavoro; la formale notifica al Contraente e/o a un assicurato dell'apertura di un procedimento penale; la ricezione di una richiesta di risarcimento da parte di Enti di Previdenza/Assistenza quali l'INAIL e/o l'INPS; la ricezione da parte del Contraente e/o di un assicurato di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto.</p>

¹ Conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica" presentato in sede di gara

Sinistro in serie

Ai sensi del D.M. 232/2023 più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'Assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula claims made altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).

3. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

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

3.1 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI

Art. 1 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA

La polizza che verrà stipulata dall'Ente a seguito della presente procedura di gara ha una durata di **60 (sessanta)** mesi a partire dalle ore 24.00 del 31/12/2025, con scadenza anniversaria prevista ogni 12 (dodici) mesi. Alla data di scadenza della polizza quest'ultima si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È comunque nella facoltà delle parti di disdettare l'assicurazione alla scadenza anniversaria, mediante disdetta da inviare per iscritto a mezzo posta elettronica certificata (PEC) con firma digitale, spedita almeno **180 (centottanta)** giorni prima della scadenza anniversaria.

Alla scadenza della polizza, e/o cessazione per ogni causa, è facoltà del Contraente richiedere all'Assicuratore la proroga della presente assicurazione ai sensi dell'art. 120, comma 10, del D.Lgs. 36/2023 per un periodo massimo di **180 (centottanta)** giorni.

In casi eccezionali nei quali risultino oggettivi e insuperabili ritardi nella conclusione della procedura di affidamento del contratto, la polizza potrà essere prorogata alle medesime condizioni economiche e normative in corso per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo appaltatore qualora si verifichino le condizioni indicate all'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023.

In entrambi i casi l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 90 (novanta) giorni dall'inizio della proroga.

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

Art. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del primo rateo premio potrà essere effettuato dal Contraente entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del trimestre successivo, cd. *termine di mora*, calcolato a partire dall'ultimo giorno del mese in cui ha effetto la polizza (es. Effetto polizza: ore 24.00 del 31.12.2025 → Mora pagamento premio: ore 24.00 del 31.03.2026; Effetto polizza: ore 24.00 del 30.06.2026 → Mora pagamento premio: ore 24.00 del 30.09.2026).

Le **rate semestrali** di premio devono essere pagate rispettivamente:

- entro l'ultimo giorno del trimestre successivo calcolato a partire dall'ultimo giorno del mese in cui ha effetto il periodo assicurativo annuo della polizza (es. Effetto periodo assicurativo annuo della polizza: ore 24.00 del 31.12.2026 → Mora pagamento premio: ore 24.00 del 31.03.2026; Effetto periodo assicurativo annuo della polizza: ore 24.00 del 30.06.2026 → Mora pagamento premio: ore 24.00 del 30.09.2026;

- entro l'ultimo giorno del trimestre successivo calcolato a partire dall'ultimo giorno del mese in cui scade la rata della seconda semestralità della polizza (es. Scadenza rata della seconda semestralità della polizza: ore 24.00 del 30.06.2026 → Mora pagamento premio: ore 24.00 del 30.09.2026; Scadenza rata della seconda semestralità della polizza: ore 24.00 del 31.12.2026 → Mora pagamento premio: ore 24.00 del 31.03.2027).

Se il Contraente non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa, dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Nel caso in cui, tuttavia, il Contraente non effettui il pagamento nei suddetti termini a causa di un'inadempienza dell'Assicuratore che, in conformità con quanto disposto dall'art. 48/bis del DPR 602/73, abbia reso impossibile il regolare pagamento del premio, la garanzia assicurativa manterrà piena efficacia a condizione che il Contraente, nei termini previsti per il pagamento del premio, abbia formalmente reso nota tale circostanza. In tal caso sarà successivamente obbligato dell'Assicuratore trasmettere nulla osta al pagamento rilasciato dall'agente della riscossione o da altro soggetto avente titolo e il Contraente dovrà pagare la rata di premio entro i quindici giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza. Il Broker provvederà a segnalare alla Società tali situazioni.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice CRO (Codice di riferimento Operazione). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo posta elettronica certificata (PEC) con firma digitale entro il termine di mora sopra riportato.

Art. 3 – PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

Le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro **90 (novanta)** giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dall'Assicuratore.

Nel caso in cui, tuttavia, il Contraente non effettui il pagamento nei suddetti termini a causa di un'inadempienza dell'Assicuratore che, in conformità con quanto disposto dall'art. 48/bis del D.P.R. 602/1973, abbia reso impossibile il regolare pagamento del premio, la garanzia assicurativa manterrà piena efficacia a condizione che il Contraente, nei termini previsti per il pagamento del premio, abbia formalmente reso nota tale circostanza. In tal caso sarà successivamente obbligato dell'Assicuratore trasmettere nulla osta al pagamento rilasciato dall'agente della riscossione o da altro soggetto avente titolo e il Contraente dovrà pagare la rata di premio entro i quindici giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza. Il Broker provvederà a segnalare alla Società tali situazioni.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria

del Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice CRO (Codice di riferimento Operazione). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo posta elettronica certificata (PEC) con firma digitale entro il termine di mora sopra riportato.

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

Art. 4. – TRACCIABILITÀ DEI PAGAMENTI

L'Assicuratore è tenuto ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora l'Assicuratore non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'art. 3 comma 8 della L. 136/2010.

Art. 5 – GESTIONE DELLA POLIZZA

Premesso che il presente Capitolato Tecnico, dal quale deriva il contratto (polizza) dell'Ente, ha una durata di **60 (sessanta)** mesi dalla relativa data di decorrenza, si riportano alla **Tabella 1** le condizioni economiche del contratto di brokeraggio per l'Ente che, al momento dell'effetto della vigente polizza, saranno presumibilmente ancora in essere:

Tabella 1

Lotto	Denominazione Ente	Ragione sociale Broker	Scadenza contratto Broker	% su premio RCT/O
2	ASST Fatebenefratelli - Sacco	AON SPA	01/02/2028	4%

Il Concorrente aggiudicatario della polizza è tenuto ad accettare l'inserimento nella polizza della "Clausola Broker", che prevede la remunerazione del Broker di riferimento nella misura % sul premio imponibile sopra riportata.

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

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, l'Assicuratore dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o assicurato al Broker si intenderà come fatta all'Assicuratore stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker all'Assicuratore si intenderà come fatta dal Contraente e/o assicurato stesso.

Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno l'Assicuratore solo dopo il consenso scritto.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Assicuratore) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Assicuratore, prevarranno queste ultime.

In ragione delle delega all'incasso dei premi conferita dall'Assicuratore il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker e alle persone di cui deve rispondere si considera effettuato direttamente all'Assicuratore ai sensi dell'art. 118 comma 2 del D. Lgs. 209/2005.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt.120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS 40/2018. La remunerazione del Broker è a carico dell'Assicuratore e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

Art. 6 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 7 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO – BUONA FEDE –DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

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

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

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

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

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

Art. 8 – REVISIONE DEI PREZZI E DI CONDIZIONI CONTRATTUALI

Ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettera a), DL 27 gennaio 2022 n. 4, in caso di un aggravamento di rischio, in ossequio al sopra riportato articolo 7, qualora l'Assicuratore intenda chiedere la revisione del prezzo sulla base di dati oggettivi, la stessa potrà segnalare alla Contraente tale circostanza presentando la necessaria documentazione e richiedere motivatamente la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali, limitatamente a SIR/franchigie, scoperti, limiti e sottolimiti di risarcimento.

Ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali opera solo nel caso in cui tale variazione risulti superiore al 5% del premio annuo imponibile, e operano nella misura dell'80% del valore eccedente la variazione del 5 per cento applicata alle prestazioni da eseguire.

La Contraente, entro **30 (trenta)** giorni dalla ricezione della proposta di revisione, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, riscontra quanto sopra formulando, eventualmente, una propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvederà alla modifica del contratto a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva, in mancanza, l'Assicuratore può recedere dal contratto con le modalità previste all'art.1 che precede.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 180 giorni.

Il Contraente contestualmente provvede come previsto all'articolo 1 che precede.

Art. 9 – INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

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

Art. 10 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

A parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare all'Assicuratore l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, su richiesta dell'Assicuratore, il Contraente dovrà denunciare l'esistenza/stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, comunicando a ciascuno il nominativo degli altri.

Art. 11 – ONERI FISCALI

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

Art. 12 – FORO COMPETENTE

Il foro competente è, in via esclusiva, quello dove ha sede il Contraente.

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

L'Assicuratore può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art. 13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana; laddove in esso siano richiamate norme, disposizioni regolamentari e simili, sono altresì automaticamente richiamate eventuali e successive modifiche e integrazioni. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti, comprese successive modifiche e integrazioni.

La presente polizza è conforme ai principi normativi della Legge n. 24/2017 e successivo Regolamento 232/2023.

Art. 14 – TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della normativa vigente – Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e del D. Lgs. 196/2003 – le parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali, come meglio precisato al pertinente paragrafo del Disciplinare di gara.

Art. 15 – COASSICURAZIONE E DELEGA

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli Assicuratori indicati nel riparto allegato. In caso di sinistro, l'Assicuratore delegatario ne gestirà e definirà la liquidazione e gli Assicuratori coassicuratori, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dall'Assicuratore delegatario, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da essi assicurata. In ogni caso l'Assicuratore delegatario si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, i coassicuratori, danno mandato al delegatario a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dal delegatario rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per i coassicuratori

Art. 16 – CONTEGGIO DEL PREMIO

Il premio annuo lordo, imposte governative incluse, pari ad **€ 3.520.000,00² (tre milioni cinquecentoventimila/00)** che rimarrà fisso ed invariato per ogni annualità di durata della polizza e non sarà comunque soggetto ad alcuna regolazione del premio, è pari a un quinto del valore quinquennale al lordo delle imposte governative offerto dall'Assicuratore con cui verrà la stipulata la polizza.

Eventuali ratei di premio per periodi di assicurazione inferiori all'anno saranno calcolati sulla base di 1/360 per ciascun giorno di durata del rateo stesso. In caso di frazionamento del premio, non sono previsti oneri aggiuntivi.

Come previsto dall'articolo DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PROROGA – DISDETTA, la scadenza contrattuale della presente polizza è quinquennale e alla data di scadenza naturale la stessa cesserà senza obbligo di preventiva disdetta e senza possibilità di nuova stipula o rinnovo.

Non è pertanto applicabile la variazione in aumento in diminuzione del premio di tariffa previsto dall'art. 3 comma 7 del D.M. 232/2023.

3.2 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 17 – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO – DENUNCIA DEL SINISTRO

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

Il Contraente e/o l'assicurato ha l'obbligo di avviso, entro il termine di cui sopra, sia per quanto riguarda la garanzia Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.) che la garanzia Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (R.C.O.).

² Conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Economica" presentata in sede di gara.

Resta inteso tra le parti che, limitatamente alla sola garanzia R.C.T., il termine di cui al primo capoverso assumerà valore per i sinistri che prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato in una misura pari o superiore alla SIR nonché per quei sinistri per i quali, in assenza di quantificazione economica del danno lamentato da parte terzo, il Contraente non sia in grado – entro il termine temporale di cui sopra – di quantificarne ragionevolmente la potenziale esposizione.

Fermo quanto sopra resta inteso tra le parti che per le richieste di risarcimento il cui importo sia inferiore alla SIR e/o non sia quantificato ma sia presumibilmente inferiore alla SIR – trattandosi di rischio di competenza del Contraente la mancata comunicazione non determina alcun pregiudizio in capo all'assicurato.

L'Assicuratore è tenuto a contestare al Contraente le eccezioni di inoperatività della garanzia tempestivamente entro un termine congruo dalla denuncia del sinistro per non pregiudicare i diritti del Contraente, salvo che non emergano successivamente a tale termine nuovi elementi probatori che rendano inoperante la garanzia prestata.

Relativamente ai sinistri che non prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato, ma ai quali nei termini sopra indicati il Contraente sia in grado di attribuire una prima ragionevole quantificazione in misura inferiore alla SIR e in ogni caso per i sinistri che prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato in una misura inferiore alla SIR sarà obbligo di quest'ultimo fornire almeno semestralmente all'Assicuratore un file in formato elettronico Microsoft Excel, o altro supporto informatico purché editabile, riassuntivo dei nuovi sinistri ricevuti con indicazione delle seguenti informazioni:

- a) nominativo (nome e cognome) del paziente e/o della controparte
- b) data della richiesta;
- c) data di accadimento del fatto che dà origine alla richiesta;
- d) Unità di Rischio in cui si verificato l'evento oggetto della richiesta di risarcimento;
- e) descrizione dell'accadimento
- f) prima stima economica e/o eventuale aggiornamento stima economica.

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

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

La procedura per la gestione dei sinistri sopra SIR e dei sinistri c.d. "border line" ai sensi dell'art. 15 del D.M. 232/2023 e per la gestione della mediazione è da intendersi integrato secondo quanto previsto nell'Allegato di polizza.³

Art. 18 – GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI E PERITALI

Premesso che l'Assicuratore non gestirà vertenze di danno in USA, Canada e Messico, l'Assicuratore stesso si impegna a gestire gli altri sinistri, con la necessaria diligenza e sempre di concerto con il Contraente nelle modalità stabilite in polizza (CVS), e assume a proprio carico, a nome dell'assicurato, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, designando, ove occorra, legali, tecnici e/o periti e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'assicurato stesso

³ Conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica" presentato in sede di gara

e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del/i danneggiato/i. Qualora la tacitazione del/i danneggiato/i intervenga durante l'istruttoria, l'assistenza legale in fase penale verrà ugualmente fornita qualora l'Autorità Giudiziaria abbia già, in quel momento, deciso e/o richiesto il rinvio a giudizio dell'Assicurato.

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

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

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

La nomina di una rosa di professionisti preventivamente condivisa tra Contraente e Società è stata oggetto di offerta migliorativa⁴.

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

Ai sensi dell'art. 1917 del Codice Civile comma 3 del Codice Civile, le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'assicurato, comprese le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione, sono a carico dell'Assicuratore, anche in eccesso al massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda, ma entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stesso. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi il massimale stabilito in polizza, dette spese vengono ripartite tra Assicuratore e assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

L'Assicuratore non risponde di multe o ammende.

Art. 19 – ACQUISIZIONE POLIZZE

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

Solo a questo stato di avanzamento della gestione del sinistro, ove tale attività sia affidata all'Assicuratore, quest'ultima avanzerà richiesta di acquisizione degli estremi degli eventuali altri contratti assicurativi esistenti (art. 1910 del Codice Civile) individuando essa stessa - quale personale potenzialmente interessato nel caso di specie - il nominativo dei soggetti a cui il Contraente debba formalmente richiedere riscontro in merito e la relativa motivazione.

⁴ Inserito conformemente all' allegato "Offerta tecnica" presentata in sede di gara.

Art. 20 - LEGITTIMAZIONE

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

Art. 21 – PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO

Resta inteso tra le parti che l'Assicuratore è tenuto ad acquisire il preventivo consenso del Contraente prima di provvedere alla definizione e successiva liquidazione di qualsiasi risarcimento del danno.

Qualora l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti interamente a carico del Contraente a titolo di SIR, l'Assicuratore trasmetterà al Contraente l'integrale documentazione attestante l'avvenuta definizione del sinistro, comunque preventivamente condivisa con la stessa, affinché il Contraente possa provvedere, entro i **90 (novanta)** giorni successivi alla ricezione della documentazione di cui sopra, al pagamento del risarcimento in favore dell'avente diritto.

Qualora, invece, l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti essere superiore, anche solo parzialmente, alla somma posta a carico del Contraente a titolo di SIR, l'Assicuratore corrisponde direttamente al terzo danneggiato il risarcimento dovuto dandone formale comunicazione al Contraente.

In tale ultimo caso l'Assicuratore presenterà la fotocopia dell'atto di quietanza, debitamente sottoscritto dal terzo danneggiato, l'integrale documentazione attestante l'accordo tra Assicuratore e Contraente circa la definizione del sinistro, nonché copia dell'assegno o mandato di bonifico con cui è stata effettuata la liquidazione; entro i **90 (novanta)** giorni successivi dal ricevimento della documentazione da parte dell'Assicuratore, il Contraente provvederà al reintegro degli importi corrisposti agli aventi diritto direttamente dall'Assicuratore ma rientranti nella SIR così come risultanti dalla documentazione probatoria citata.

Art. 22 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Ai sensi dell'art. 6 comma 1 del D.M. 232/2023, il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente assicurazione.

Art. 23 - DIRITTO DI RIVALSA

L'Assicuratore conserva il diritto di rivalsa previsto ai sensi della vigente normativa e il diritto di surrogazione spettante ai sensi dell'art. 1916 Codice Civile:

- a) per i soli casi di dolo e di colpa grave accertata con sentenza passata in giudicato dell'Autorità competente, nei confronti dei prestatori di lavoro, ivi compreso il personale a essi equiparato, per i quali esistano norme, disposizioni e/o regolamenti tali per cui il Contraente non possa garantire, con oneri a proprio carico, la copertura assicurativa di tali eventi;
- b) per i soli casi di dolo, a meno che tale diritto non venga esercitato dal Contraente, nei confronti di altro personale non a rapporto di dipendenza e diverso da quello di cui sopra, del quale il Contraente si avvale o che collabori con lo stesso per lo svolgimento della propria attività.
- c) per i soli casi di dolo, a meno che tale diritto non venga esercitato dal Contraente, nei confronti di associazioni, patronati ed enti in genere senza scopo di lucro, volontari (appartenenti o non ad associazioni di volontariato) che possano collaborare con l'assicurato per le sue attività;
- d) per i soli casi di dolo, a meno che tale diritto non venga esercitato dal Contraente, nei confronti di

- persone assistite, compresi i portatori di handicap nell'ambito dei programmi di recupero e/o di inserimento educativo, socializzante, riabilitativo terapeutico;
- minori in affidamento o comunque posti sotto la tutela o la sorveglianza dell'assicurato da parte della Magistratura competente.

Art. 24 – RENDICONTO

L'Assicuratore si obbliga a fornire al Contraente, alle scadenze del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre, di ogni anno, il dettaglio dei sinistri in formato elettronico Microsoft Excel, o altro supporto informatico purché editabile – quindi non in modalità di sola lettura - così impostato:

- elencazione dei sinistri denunciati
- numero del sinistro Assicuratore e Broker
- nome del paziente/controparte
- data dell'evento e di denuncia del sinistro
- descrizione dell'accadimento
- sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva
- sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e data di liquidazione del sinistro
- sinistri senza seguito con data di chiusura

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

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate. In tale caso l'Assicuratore si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 1 mese dalla ricezione della richiesta inviata dal Contraente e/o dal Broker.

4. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

L'Assicuratore si impegna a partecipare attivamente e con proprio personale dedicato ad almeno 8 (otto) sedute del CVS per ciascun periodo di assicurazione, al fine di collaborare alla gestione dei sinistri valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimendo parere sugli importi posti a riserva e convenendo, congiuntamente con il CVS, le strategie di gestione del sinistro.

Gli obiettivi principali del CVS consistono nel:

- vagliare tempestivamente le richieste di risarcimento danni, procedendo ad un'analisi puntuale del sinistro in termini causali, di identificazione delle responsabilità e di quantificazione del danno;
- migliorare la comunicazione con il soggetto danneggiato da parte di tutti gli attori coinvolti;
- favorire la sollecita definizione delle pratiche, anche con la definizione di protocolli di gestione dei sinistri;
- definire la strategia di gestione del sinistro in condivisione con l'Assicuratore 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 l'Assicuratore sullo stato del contenzioso rientrante nella SIR e gestito in autonomia dal Contraente stesso. Alle sopra citate riunioni, a semplice richiesta del Contraente, l'Assicuratore si impegna a garantire la presenza del proprio fiduciario medico legale.

L'Assicuratore 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.

A semplice richiesta del Contraente, l'Assicuratore si impegna a tenere a proprio carico per ciascun anno di durata della presente polizza le spese legate ad attività volte ad agevolare l'attività del CVS – sopra e sotto SIR -, pari a:

- **€ 20.000,00 (ventimila/00) lordi, inclusi IVA e CPA ove applicabile;**

Fermo il limite massimo di spesa di cui sopra e maggior specificazione di quanto sopra, l'Assicuratore si rende inoltre disponibile a tenere a proprio carico diverse spese, quali ad esempio quelle relative a consulenze esterne di altri diversi professionisti (legali/peritali/specialisti) purché riferite alla attività in esame.

La modalità di corresponsione di tali importi avverrà tramite espressa richiesta da parte del Contraente oppure da parte del singolo professionista incaricato dalla stessa.

5. ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO

L'assicurazione è prestata in relazione ad attività e/o competenze istituzionali del Contraente e/o dell'assicurato (così come individuate dalla normativa nazionale / regionale pertinente in materia) comprese attività preliminari, accessorie, complementari, annesse, connesse, collegate e/o conseguenti, ivi comprese le attività del servizio di Emergenza Urgenza, comunque, da chiunque e ovunque svolte e/o gestite, anche indirettamente e/o in forma mista e/o tramite Associazioni e/o volontariato e/o Enti del terzo settore, sia a titolo oneroso che gratuito.

Sono comprese tutte le attività e i servizi che in futuro possano essere espletati a livello sanitario, anche quelli di carattere amministrativo, sociale, assistenziale anche indirettamente e/o in forma mista e/o tramite associazioni e/o volontariato e/o enti del terzo settore, sia a titolo oneroso che gratuito.

Come previsto dall'art. 3 del D.M. 232/2023 e come precisato agli articoli seguenti, l'Assicuratore, ai sensi dell'art. 7, commi 1, 2 e 3 della Legge 24/2017, si obbliga quindi a tenere indenne il Contraente e/o Assicurato dai rischi derivanti dalla sua attività per la copertura della responsabilità di quanto sia tenuta a pagare a titolo di risarcimento per danni patrimoniali e non patrimoniali (capitale, interessi e spese) cagionati a terzi e prestatori d'opera dal personale operante a qualunque titolo presso la stessa, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, sperimentazione e ricerca clinica, ed estesa alle prestazioni sanitarie svolte nell'ambito di attività di sperimentazione e ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

La copertura include altresì la responsabilità degli esercenti la professione sanitaria per prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria e anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti dell'Azienda, della cui opera la stessa si avvale per l'adempimento della propria obbligazione con il paziente.

6. MASSIMALI ASSICURATI⁵

L'Assicuratore non sarà tenuto a risarcire somma superiore ad **€ 60.00.000,00** per ogni periodo di assicurazione e ad **€ 20.000.000,00** per ogni singolo sinistro.

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

7. SELF INSURED RETENTION (SIR)

Resta convenuto tra le parti che la garanzia prestata dalla presente polizza opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui risarcimento sia pari o superiore all'importo della Self Insured Retention (SIR), pari a **€ 150.000,00⁶**, a esclusione dei sinistri relativi alla R.C.O. nonché ai sinistri di cui alla garanzia disciplinata dai successivi articoli "SPERIMENTAZIONE CLINICA" e "COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA".

I sinistri che non superino il sopra citato importo saranno direttamente gestiti dal Contraente che non avrà alcun obbligo di comunicazione nei confronti dell'Assicuratore; resta, tuttavia, convenuto tra le parti che, a semplice richiesta e con un preavviso di 10 (dieci) giorni lavorativi, è facoltà dell'Assicuratore effettuare un audit presso il Contraente, eventualmente in occasione di una riunione del CVS, al fine di analizzare le posizioni di sinistro non denunciate da quest'ultima in quanto ritenute potenzialmente contenute nell'importo della SIR.

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

Resta inteso tra le parti che ove un sinistro si riferisca al medesimo soggetto danneggiato – ancorché derivante da più atti, errori od omissioni tutti consequenziali e dunque riconducibili ad una medesima causa eziopatogenetica – ma interessi la garanzia assicurativa prestata da più polizze aggiudicate a seguito della procedura avente ad oggetto anche il presente contratto, nonché tutte le precedenti edizioni della presente iniziativa sarà applicata una sola SIR essendo il sinistro considerato come riconducibile ad un unico evento dannoso.

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

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

A maggior precisazione di quanto sopra si precisa che in nessun caso le Aziende / Ircs Fondazioni Contraenti coinvolte potranno essere chiamate a rispondere per un **livello di SIR** superiore a quello indicato; relativamente alla determinazione della misura della compartecipazione della SIR si rimanda alla ripartizione delle reciproche responsabilità.

⁵ Articolo modificato conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica"

⁶ Conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica" presentato in sede di gara

8. RIPARAMETRAZIONE IMPORTI AGGERAGTI

Ove alla data di scadenza la polizza continuasse a esplicare i propri effetti a seguito di proroga del servizio, la massima esposizione dell'Assicuratore relativamente a tutte le richieste di risarcimento conseguenti a fatti ricadenti nel periodo di retroattività sarà proporzionalmente riparametrata in funzione di ciascun giorno intercorrente tra la data di scadenza e la nuova scadenza della polizza.

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

Art. 1 – DISCIPLINA DELLA RESPONSABILITÀ

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

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

Art. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per i danni – così come definiti in polizza – cagionati a terzi, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta.

Sono comprese le attività realizzate in smart working e/o telelavoro.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità che possa derivare all'assicurato da fatto colposo e/o doloso di persone delle quali o con le quali l'assicurato debba rispondere che, anche ai sensi dell'art. 7 della Legge 24/2017, che a qualunque titolo si trovino a operare presso le strutture del Contraente e/o assicurato, purché tale attività sia svolta in nome e per conto del Contraente e/o assicurato.

L'assicurazione comprende altresì i danni cagionati a terzi, compresi dipendenti sia in servizio che fuori servizio, causati da pazienti assistiti.

Art. 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA (R.C.O.)

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

1. ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, del D.Lgs. 10 settembre 2003 n. 276 per gli infortuni sofferti da prestatori d'opera;
2. ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nei casi di cui al precedente punto 1), cagionati ai suindicati prestatori di lavoro da infortuni dai quali sia derivata morte o invalidità permanente.

Sono comprese le attività realizzate in smart working e/o telelavoro.

L'assicurazione R.C.O. è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge; l'assicurazione conserva tuttavia la propria validità anche se l'assicurato non è in regola con gli obblighi di cui sopra in quanto ciò derivi da inesatta o erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni I.N.A.I.L.

I dipendenti soggetti all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. inviati all'estero saranno considerati terzi qualora l'I.N.A.I.L. non riconosca la propria copertura assicurativa.

L'Assicuratore si impegna a operare al fine di tacitare la controparte indipendentemente dalla perseguibilità d'ufficio dell'assicurato o di persone delle quali questi debba rispondere ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile e indipendentemente dall'accertamento giudiziale. A questo riguardo si conviene che ogni decisione in merito sarà di volta in volta concordata tra il Contraente e l'Assicuratore, tenendo conto degli interessi del Contraente, dell'assicurato e delle persone delle quali il Contraente e l'assicurato debbano rispondere ai sensi del citato art. 2049 del Codice Civile.

Art. 4 - MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione comprende le malattie professionali, riconosciute dall'I.N.A.I.L. e/o contemplate ai sensi della vigente normativa e/o ritenute tali dalla Magistratura.

Il massimale per sinistro rappresenta comunque la massima esposizione dell'Assicuratore:

- per più danni, anche se manifestatisi in tempi diversi, durante il periodo di validità della garanzia, originati dal medesimo tipo di malattia professionale;
- per più danni verificatisi in uno stesso periodo di assicurazione

La garanzia relativa alle malattie professionali non è operante:

1. per i prestatori d'opera per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale precedentemente indennizzata o indennizzabile;
2. per le malattie professionali conseguenti:
 - alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte di amministratori o del legale rappresentante del Contraente (persona giuridica);
 - alla intenzionale mancata prevenzione del danno, da parte di amministratori o del legale rappresentante del Contraente, per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni.

La presente esclusione 2) cessa di avere effetto per i danni verificatisi successivamente al momento in cui, per porre rimedio alla carenza, vengano intrapresi accorgimenti atti a sanare la stessa;

3. alla lavorazione e/o esposizione all'amianto (asbestosi e silicosi) o di/a qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o natura l'amianto.

Art. 5 – RIVALSA I.N.P.S. – I.N.A.I.L.

Tanto l'assicurazione R.C.T. quanto l'assicurazione R.C.O. valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.A.I.L. e dall'I.N.P.S. - o analoghi enti assistenziali e previdenziali - ai sensi dell'art. 14 della Legge 222/1984 e simili istituti, ove esistenti, ai sensi della legge vigente.

Per i prestatori di lavoro soggetti alla legislazione di San Marino la garanzia vale anche per la rivalsa dell'I.S.S.

I Prestatori di Lavoro oggetti all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. inviati all'estero saranno considerati terzi qualora l'I.N.A.I.L. non riconosca la propria copertura assicurativa.

Art. 6 – EFFICACIA TEMPORALE DELLA GARANZIA – CLAIMS MADE – INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

Ai sensi dell'art. 5 del D.M 232/2023, la garanzia assicurativa è prestata nella forma claims made; pertanto, la garanzia assicurativa esplica la sua operatività per tutti i sinistri ricevuti dalla Contraente e/o dall'assicurato per la prima volta durante il periodo di efficacia della presente assicurazione in relazione a fatti e/o atti e/od omissioni posti in essere durante il periodo di validità della stessa nonché per fatti e/o atti e/od omissioni posti in essere in data non antecedente:

- a) **Retroattività illimitata⁷**: per tutte le strutture facenti capo alla Asst/IRCSS così come costituita fino al 31.12.2015 - data di effetto della Legge Regionale 23/2015 – a seguito della quale è stata costituita il Contraente della presente polizza. Resta altresì inteso tra le parti che, limitatamente ai fatti posti in essere in realtà/presidi che per effetto della citata Legge Regionale sono afferiti ad Aziende Socio Sanitarie Territoriali diverse dal Contraente, la garanzia esplica la sua operatività solo ed esclusivamente per i fatti posti in essere nel periodo intercorrente tra la data di retroattività sopra richiamata e il 31.12.2015;
- b) **alle ore 24:00 del 31.12.2015 per tutte le altre realtà/presidi afferite alla ASST / Irccs Contraente della presente polizza da altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale** per effetto della Legge Regionale 23/2015.

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

Art. 7 – SINISTRO IN SERIE

Ferma l'operatività della garanzia assicurativa prevista dall'articolo EFFICACIA TEMPORALE DELLA GARANZIA – CLAIMS MADE – INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA – la data e il periodo di assicurazione della prima richiesta di risarcimento sarà considerata come data e periodo di assicurazione di tutte le richieste successive anche se pervenute dopo la data di cessazione della presente polizza.

Per tali successive richieste di risarcimento la prescrizione ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile decorrerà dalla data di ricezione delle stesse.

Art. 8 – ESCLUSIONI

L'assicurazione **Responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera** non comprende i danni:

- a) conseguenti a detenzione e/o impiego di esplosivi conseguenti a detenzione e/o impiego di esplosivi a eccezione della responsabilità derivante all'assicurato in qualità di committente di lavori che richiedano l'impiego di tali materiali;
- b) conseguenti ad atti di terrorismo e sabotaggio, nonché per i danni verificatisi in occasione di atti di guerra e sabotaggio, atti vandalici, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare, invasione, colpi di Stato;
- c) In nessun caso l'Assicuratore sarà tenuto a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base della presente assicurazione, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre l'Assicuratore (o un suo dipendente o collaboratore) a divieti, sanzioni o restrizioni o possa comportare violazioni di divieti, sanzioni o restrizioni, secondo quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite

⁷ Conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica" presentato in sede di gara

in materia di embarghi o sanzioni economiche e commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America;

- d) conseguenti a detenzione e/o impiego o comunque connessi con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche provocata artificialmente, ad eccezione, però, dei danni derivanti dall'impiego di apparecchiature specifiche a scopo analitico, diagnostico, terapeutico e scientifico, che si intendono pertanto compresi;
- e) derivanti da campi elettromagnetici ad eccezione, però, dei danni derivanti dall'impiego di apparecchiature specifiche a scopo analitico, diagnostico e terapeutico, che si intendono pertanto compresi;
- f) derivanti direttamente o indirettamente, anche se parzialmente, da asbesto e qualsiasi sostanza contenente asbesto, nonché da amianto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto;
- g) derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati"; devono altresì ritenersi garantiti i danni derivanti dall'applicazione di Terapie Avanzate che prevedano l'utilizzo di organismi geneticamente modificati che abbiano ottenuto l'autorizzazione alla commercializzazione da parte dell'EMA e tali da poter essere utilizzate nell'ambito delle attività istituzionali della struttura sanitaria;
- h) conseguenti ad intenzionale violazione di legge, errori, omissioni o ritardi nel compimento di atti amministrativi, salvo che dagli stessi non derivino morte, lesioni personali e/o danni a cose;
- i) conseguenti a richieste di carattere penale quali multe, ammende o sanzioni di natura punitiva, incluso "punitive and exemplary damages";
- j) Sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti dalla violazione delle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy):
 - per i danni dovuti al trattamento dei dati personali con finalità commerciali;
 - per i danni derivanti da violazione dei sistemi informatici (cyber risk) fatto salvo che non provochino morte e/o lesioni e/o danni materiali ai pazienti e/o al personale e/o a terzi in genere.

L'assicurazione **R.C.T.** non comprende i danni:

- k) per i quali è obbligatoria l'assicurazione responsabilità Civile Autoveicoli ai sensi D.Lgs. 209/2005;
- l) derivanti dall'impiego di aeromobili, nonché di navigazione di natanti a motore;
- m) da impiego di veicoli a motore, macchinari o impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;
- n) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;
- o) alle persone e alle cose trasportate su mezzi di trasporto, soggetti agli obblighi del D.Lgs. 209/2005;
- p) derivanti da inquinamento dell'acqua, dell'aria, del suolo e dell'ambiente in genere che non siano diretta conseguenza di rottura accidentale di impianti e condutture di pertinenza dell'assicurato, causata da evento improvviso, repentino e accidentale;

q) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica. Devono invece ritenersi inclusi in garanzia:

- i danni di natura estetica determinati da errore tecnico nell'intervento, qualora non derivanti dalla mancata rispondenza dell'intervento con l'impegno di risultato assunto dall'Assicurato,
- i danni di natura estetica conseguenti ad interventi di chirurgia ricostruttiva, nonché quelli di chirurgia riparatrice di lesioni funzionali infortunistiche o restauratrice di cicatrici postoperatorie;

Art. 9 – NOVERO DI TERZI

Si conviene tra le parti che, ai fini dell'operatività della garanzia R.C.T. prestata con la presente polizza, sono considerati terzi tutti i soggetti, sia persone fisiche che giuridiche a esclusione dei prestatori d'opera e del personale in comando e/o distacco presso il Contraente, qualora subiscano il danno per causa di lavoro e/o servizio in quanto già operativa la copertura R.C.O..

Pertanto, i soggetti sopra definiti sono considerati terzi qualora subiscano il danno mentre non sono in servizio e/o qualora subiscano il danno per causa diversa da lavoro e/o servizio o in caso di danno a cose di loro proprietà o da loro detenute

A titolo di maggior precisazione, si conviene tra le parti che sono considerati terzi tutti coloro che non rientrano nel novero dei prestatori di lavoro (e pertanto sono terzi il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario), 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 o in qualità di cittadino e/o utente.

Art. 10 – RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E PERSONALE DEI DIPENDENTI E NON

La garanzia comprende la responsabilità civile professionale e personale gravante ai sensi della vigente normativa di tutti i soggetti di seguito indicati, esercenti la professione sanitaria e non anche qualora svolgano la propria attività presso altre strutture, in forza di accordi o convenzioni stipulati dall'assicurato, nonché attraverso la telemedicina:

- tutti prestatori d'opera e del personale a essi equiparato, ai sensi delle normative vigenti, del Contraente, anche qualora svolgano la propria attività professionale presso altre strutture, in forza di accordi o convenzioni stipulate dal Contraente stessa nonché attraverso la telemedicina;
- altro personale non a rapporto di dipendenza, esercenti la professione sanitaria e non qualora sussista per legge l'obbligo di copertura con oneri a carico del Contraente;
- personale dipendente e non che, in forza della vigente normativa, svolga l'attività libero professionale intra-moenia anche allargata;
- volontari, appartenenti o non, ad Associazioni di volontariato, e/o soggetti terzi appositamente incaricati dal Contraente;
- altro personale non a rapporto di dipendenza, esercenti la professione sanitaria e non che prestino a qualsiasi titolo la propria opera in nome e per conto del Contraente, quand'anche a titolo gratuito, tra cui a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, medici specialisti ambulatoriali, assegnatari di borse di studio, tirocinanti, specializzandi, etc. soggetti chiamati a compiti di assistenza, diagnosi e cura, obiettori, e simili. La presente garanzia non dovrà ritenersi tuttavia operante in funzione della applicabilità di norme di legge in vigore e/o in funzione di specifici accordi, ferma in ogni caso l'operatività della polizza per la responsabilità in capo al Contraente.

Resta comunque inteso che qualunque attività clinica e/o chirurgica svolta da esercenti la professione sanitaria o altro personale non a rapporto di dipendenza dovrà essere preventivamente autorizzata dal Contraente. Per l'individuazione degli assicurati e la loro entrata o cessazione dalla garanzia, che avverrà comunque senza necessità di preventiva comunicazione all'Assicuratore, si farà riferimento alla formale evidenza interna (atti, registrazioni e contratti) di cui il Contraente s'impegna

25

a fornire copia a semplice richiesta dell'Assicuratore. Si conviene inoltre tra le parti che la garanzia è operante ancorché, al momento in cui emerga il sinistro, gli assicurati di cui sopra non prestino più la propria attività in favore del Contraente.

La garanzia è operante anche per i danni cagionati a terzi dai pazienti incapaci di intendere e di volere, anche di fatto ed anche in forma temporanea, annoverando nella qualifica di terzi anche il personale che sia direttamente incaricato della loro sorveglianza.

La garanzia è operante anche per la responsabilità civile personale degli assistiti, compresi i portatori di handicap che, previa autorizzazione del Contraente, prestino tirocinio lavorativo presso terzi.

Art. 11 – RESPONSABILITÀ SOLIDALE

Ai sensi dell'art. 3 comma 3 del D.M. 232/2023, in caso di responsabilità solidale dell'assicurato con altri soggetti terzi (compresi strutture e professionisti esercenti la professione sanitaria, fornitori, subappaltatori e clienti) l'Assicuratore risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Art. 12 – RESPONSABILITÀ COME DA D.LGS. N. 81/2008

Si precisa che l'assicurazione comprende le responsabilità anche personali derivanti all'assicurato ai sensi del D.Lgs. 81/2008 comprese le attività di medico competente.

Art. 13 – DETENZIONE ED USO DI FONTI RADIOATTIVE

L'assicurazione comprende le responsabilità derivanti dalla detenzione e dall'uso di fonti radioattive relativamente all'attività descritta in polizza.

La garanzia comprende altresì le responsabilità derivanti dal trasporto del di materiale radioattivo, prelevato e trasportato esclusivamente con mezzi speciali previsti dalla legge, ferma restando l'esclusione dei danni ricollegabili ai rischi di responsabilità civile per i quali, in conformità alle norme del D.Lgs. 209/2005 è obbligatoria l'assicurazione.

Art. 14 – COMMITTENZA GENERICA INCLUSA GUIDA DEI VEICOLI

L'assicurazione comprende le responsabilità che a qualunque titolo ricadano sull'assicurato ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile per danni cagionati a Terzi dalle ditte appaltatrici, dai dipendenti delle stesse o comunque da tutti coloro che, non in rapporto di dipendenza, partecipano in modo continuativo o saltuario allo svolgimento dell'attività dell'assicurato.

L'assicurazione è prestata inoltre per danni cagionati a terzi, in relazione alla guida di veicoli a motore e non, purché i medesimi, a eccezione dei veicoli non a motore, non siano di proprietà o in usufrutto dell'assicurato od allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati.

La garanzia vale anche per danni cagionati alle persone trasportate.

Art. 15 – DISTRIBUZIONE E UTILIZZO DEL SANGUE E DEI SUOI PREPARATI O DERIVATI

In relazione al disposto di cui all'art. 22 del D.P.R. 1256/1971 nonché per quanto previsto dalla Legge 210/1992, l'assicurazione comprende le responsabilità, in conseguenza della raccolta, conservazione, trattamento, distribuzione o dell'utilizzo:

- di sangue, sue componenti, suoi preparati o derivati
- di sostanze di origine umana (tessuti, cellule, organi e simili)
- di ogni prodotto biosintetico
- di ogni prodotto derivato da tali materiali o sostanze, anche attraverso crioconservazione.

Resta comunque esclusa ogni responsabilità derivante dal D.P.R. 224/1988.

Si intendono altresì compresi ai sensi della normativa vigente i danni che possono essere arrecati ai donatori volontari – periodici e occasionali – e ai donatori professionali

L'Assicuratore risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 5.000.000,00 (cinquemilioni/00)** per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art. 16 – DANNI DA INCENDIO

L'assicurazione comprende le responsabilità derivanti all'assicurato per i danni a cose di terzi conseguenti a incendio di cose dell'assicurato o da questi detenute a qualsiasi titolo.

Tale garanzia è prestata in secondo rischio a eventuale analoga garanzia prestata da polizza rischio incendio, purché valida ed operante.

L'assicuratore indennizzerà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 5.000.000,00 (cinquemilioni/00)** per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art. 17 – DANNI DA INTERRUZIONE DI ATTIVITÀ

L'assicurazione comprende i danni derivanti da interruzione o sospensione, parziale o totale, di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

L'Assicuratore risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 3.000.000,00 (tremilioni/00)** per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art. 18 – INQUINAMENTO ACCIDENTALE

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

Per "danni da inquinamento" si intendono quei danni che si determinino in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, da parte di sostanze, di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite dal complesso delle strutture di pertinenza dell'assicurato

Sono esclusi i danni di cui l'assicurato sia responsabile a titolo di danno ambientale ai sensi della normativa vigente.

L'Assicuratore risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 3.000.000,00 (tremilioni/00)** per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art. 19 – PROPRIETÀ, CONDUZIONE, LOCAZIONE, DETENZIONE

L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'assicurato nella sua qualità di proprietario, conduttore o detentore qualsiasi titolo di terreni, fabbricati o loro porzioni e dei relativi impianti, strutture, infrastrutture, macchinari, attrezzature quali a titolo esemplificativo e non limitativo: ascensori, montacarichi, centrali termiche, autoclavi, cancelli anche elettrici, recinzioni, parchi e giardini, strade a uso interno, locale adibito ad Aula Magna, eliporto, nulla escluso né eccettuato.

La garanzia comprende i lavori di ordinaria e straordinaria manutenzione.

Art. 20 – APPALTO – SUBAPPALTO – RC INCROCIATA

Premesso che l'assicurato può appaltare e sub-appaltare ad altre imprese o persone i lavori di manutenzione dei locali, lavori e/o prestazioni in genere e/o lavori e/o prestazioni attinenti l'attività svolta dall'assicurato, si conviene che:

- sono compresi i danni causati a terzi da dette imprese e/o persone;
- il Contraente e i propri prestatori di lavoro, dette imprese e loro dipendenti e/o persone sono considerati terzi tra di loro;
- l'Assicuratore eserciterà il diritto di rivalsa nei confronti dell'appaltatore, solo se autorizzata dal Contraente.

Art. 21 – PROPRIETÀ ED USO MACCHINARI

L'assicurazione comprende le responsabilità derivanti dalla proprietà e dall'uso di macchinari e/o mezzi di trasporto e/o sollevamento ancorché semoventi, impiegati per operazioni connesse con l'attività svolta dall'assicurato, esclusi comunque i rischi inerenti alla circolazione degli stessi e come tali soggetti all'obbligo dell'assicurazione di cui al D.Lgs. 209/2005.

Art. 22 – COSE IN AMBITO LAVORI

L'assicurazione comprende i danni alle cose, inclusi i locali, trovantisi nell'ambito di esecuzione dei lavori.

L'Assicuratore risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 3.000.000,00 (tremilioni/00)** per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art. 23 – DANNI A MEZZI SOTTO CARICO E SCARICO

L'assicurazione comprende le responsabilità civili per danni arrecati ai mezzi di trasporto sotto carico e scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione di dette operazioni.

Art. 24 – LEGGE SULLA PRIVACY

A integrazione di quanto previsto all'articolo OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (RCTO) e all'articolo OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (RCO) l'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, anche per perdite patrimoniali (intese, queste ultime, come il pregiudizio economico che non sia conseguenza di danni corporali o danni materiali) cagionate a terzi in conseguenza di violazione e/o o inosservanza degli obblighi di legge in relazione al trattamento dei dati personali – comuni e/o sensibili – anche se tale danno risulti causato dalla figura del DPO\RSP

Si precisa che rientrano nel novero degli assicurati tutti i soggetti che per convenzione o delega dell'assicurato assumono per lo stesso il ruolo di medico competente, o di responsabile e/o titolare del trattamento dati.

La garanzia è operativa a condizione che il trattamento di tali dati sia strettamente strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali del Contraente.

La presente estensione non vale:

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

Contraente, dipendenti, limitatamente alle violazioni della legge relative al rapporto di lavoro intercorrente tra le parti, non sono terzi fra di loro.

L'Assicuratore risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 4.000.000,00 (quattromilioni/00)**⁸ per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art. 25 – SPERIMENTAZIONE CLINICA

L'assicurazione comprende le responsabilità derivanti all'assicurato nella sua qualità di soggetto autorizzato, a norma di legge, a promuovere e/o svolgere attività di sperimentazione clinica di ogni fase e grado, 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"), protocolli nei quali vi sia una terapia compassionevole per uso terapeutico.

Si intendono altresì incluse le sperimentazioni cliniche farmacologiche a basso livello di intervento ai sensi del Regolamento UE n. 536/2014 in vigore dal 31.01.2022.

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

La garanzia opera per la diretta ed esclusiva responsabilità dell'assicurato e non comprende:

- la responsabilità che ricade sul produttore di farmaci e/o presidi e dispositivi sanitari oggetto della sperimentazione e sullo sponsor (salvo il caso del promotore e/o sponsor senza finalità commerciali che si intende assicurato in conformità alle disposizioni ministeriali e regionali) e per i danni riconducibili alla RC Prodotti, ascrivibili alle ditte produttrici dei farmaci somministrati nell'ambito della sperimentazione;
- la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione e il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione.

La garanzia opera a condizione che sia stato espresso parere favorevole alla sperimentazione da parte del Comitato Etico.

L'Assicuratore risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 5.000.000,00 (cinquemilioni/00)** per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Tale limite non opera per gli studi relativi al miglioramento della pratica clinica, per gli studi osservazionali e per i protocolli nei quali vi sia una terapia compassionevole per uso terapeutico, che pertanto sono garantiti con il limite per sinistro previsto dalla presente polizza.

L'assicurato può inoltre, mediante apposite convenzioni, avvalersi delle prestazioni di terzi (persone fisiche e giuridiche) di altre strutture sanitarie, di cliniche universitarie e 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 D.M 14/07/2009 (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.

⁸ Conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica" presentato in sede di gara

Art. 26 – COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA

La copertura assicurativa è estesa alla responsabilità personale dei soggetti componenti i Comitati Etici Territoriali / Comitato Etico Indipendente e l'organo di amministrazione che li costituisce, la Segreteria Tecnico Scientifica e la Commissione Tecnico Scientifica per danni cagionati ai soggetti sottoposti a sperimentazione, terapia di medicina complementare, studi osservazionali, studi per il miglioramento della pratica, protocolli nei quali vi sia una terapia compassionevole per uso terapeutico.

La garanzia non comprende i danni imputabili alla responsabilità degli sperimentatori e dei promotori delle sperimentazioni e i danni imputabili a vizio del consenso, esclusivamente qualora il consenso informato sia considerato non "validamente prestato" ai sensi della vigente normativa.

A integrazione dell'articolo *Diritto di rivalsa*, l'Assicuratore rinuncia, salvo il caso di dolo, al diritto di rivalsa nei confronti degli assicurati.

L'Assicuratore risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con un limite di indennizzo pari a € **5.000.000,00 (cinquemilioni/00)** per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art. 27 - RITARDATO E/O OMESSO SOCCORSO

L'assicurazione comprende le responsabilità derivanti da ritardato e/o omesso soccorso.

Art. 28 - VALIDITÀ TERRITORIALE

La presente assicurazione R.C.T. vale per il Mondo intero con esclusione di USA, Canada e Messico e/o delle controversie portate avanti le autorità giudiziarie di USA, Canada, Messico.

L'assicurazione R.C.O. è operante per i danni che avvengano nel Mondo intero.

Art. 29 - ECCEZIONI OPPONIBILI

Ai sensi dell'art. 12 comma 1 della Legge 24/2017 e dell'art. 8 del D.M. 232/2023 sono opponibili al terzo le seguenti eccezioni:

- a) i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
- b) fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dal precedente articolo EFFICACIA TEMPORALE DELLA GARANZIA – CLAIMS MADE – INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA -;
- c) franchigie e/o SIR previste dalla presente polizza ove previste;
- d) il mancato pagamento del premio.

10. LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO⁹

I limiti di risarcimento di seguito indicati devono intendersi quale massima esposizione dell'Assicuratore, operando dunque in eccesso agli eventuali livelli di compartecipazione / autoritenzione in capo al Contraente:

⁹ Articolo modificato conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica"

RCT/O	Limiti indennizzo
Massimale per sinistro	€ 20.000.000,00
Massimale aggregato	€ 60.000.000,00
Distribuzione e utilizzo del sangue e dei suoi preparati o derivati	€ 5.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Danni da incendio	€ 5.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Danni da interruzione di attività	€ 3.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Danni da inquinamento accidentale	€ 3.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Cose in ambito lavori	€ 3.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Legge sulla privacy	€ 4.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Sperimentazione clinica	€ 5.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Comitato Etico	€ 5.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione

ACCETTAZIONE CLAUSOLE CONTRATTUALI AI SENSI DELL'ARTICOLO 1341 DEL CODICE CIVILE

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le seguenti clausole:

- articolo 9 - ECCEZIONI OPPONIBILI

Il Contraente dichiara di prendere atto e di accettare le condizioni contenute nella presente polizza.

Data: Milano, 31/12/2025

LA COMPAGNIA

IL CONTRAENTE

PROCEDURA MIGLIORATIVA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI SOPRA SIR O DEI SINISTRI “BORDERLINE” AI SENSI DELL’ARTICOLO 15 DEL D.M. 232/2023¹⁰

Art. 1 OGGETTO E SCOPO

Oggetto del presente documento è la definizione di una procedura per la Gestione dei Sinistri, in coerenza con le strategie aziendali adottate in ordine alla gestione ed al trasferimento del rischio nonché con gli indirizzi individuati in materia da Regione Lombardia, unitamente alla identificazione delle professionalità coinvolte e degli strumenti operativi a disposizione.

Art. 2 DEFINIZIONE E GESTIONE DEI FLUSSI INTERNI

Posto che il testo normativo recepisce le indicazioni regionali fornite dalla DG Welfare, si evidenzia che per “Sinistro” deve intendersi il ricevimento da parte della Contraente o dell’Assicurato di una “Richiesta di risarcimento”, intendendosi con tale termine:

- qualsiasi comunicazione scritta inviata all’assicurato (o all’Assicuratore in caso di azione diretta) che attribuisce allo stesso la responsabilità per un danno;
- qualsiasi comunicazione scritta di richiesta danni inviata all’assicurato (o all’Assicuratore in caso di azione diretta) anche tramite un organismo di mediazione ex D. Lgs. 4 marzo 2010 n° 28 o tramite l’invito a stipulare la convenzione di negoziazione assistita (D.L. 132/2014 convertito dalla Legge 162/2014), in relazione a danni per i quali è prestata l’Assicurazione;
- qualsiasi citazione in giudizio, compresi i provvedimenti di accertamento tecnico preventivo non ripetibile ex art. 360 del C.P.P., e/o accertamento tecnico preventivo ex artt. 696 e 696 bis C.P.P.

È parificata alla richiesta di risarcimento la formale notifica dell’avvio di indagine da parte delle Autorità competenti, anche nei confronti di ignoti, in relazione a danni per i quali è prestata l’assicurazione nel momento in cui l’Assicurato ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta e/o qualsiasi atto introduttivo in un procedimento giudiziario.

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

SINISTRO RCT:

- la formale richiesta di risarcimento (vds. definizione sopra riportata) da chiunque avanzata, nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente;

SINISTRO RCO:

- la formale notifica al Contraente e/o ad un assicurato dell’apertura di un’inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale;
- la formale notifica al Contraente e/o a un assicurato dell’apertura di un procedimento penale; la ricezione di una richiesta di risarcimento da parte di Enti di Previdenza/Assistenza quali l’INAIL e/o l’INPS;

¹⁰ Procedura inserita conformemente a quanto riportato nell’Allegato “Scheda di offerta Tecnica” presentato in sede di gara

- la ricezione da parte del Contraente e/o di un assicurato di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto.

La garanzia assicurativa esplica la sua operatività per tutte le richieste di risarcimento presentate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di efficacia della presente assicurazione in relazione a fatti colposi posti in essere durante il periodo di validità della stessa nonché per fatti colposi posti in essere illimitatamente nel tempo.

Posto che la garanzia prestata della vigente polizza opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui risarcimento superi l'importo della Self Insured Retention (SIR) di € 150.000,00¹¹ (ad esclusione dei sinistri R.C.O. "SPERIMENTAZIONE CLINICA" e "COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA"), i sinistri che non superino tale importo saranno direttamente gestiti a proprie spese dalla Azienda che, fatto salvo quanto più avanti riportato nella presente procedura, avrà il solo obbligo di comunicazione nei confronti della Società disciplinato all'Articolo "Obblighi della Contraente e/o dell'assicurato – Denuncia del Sinistro" che precede.

Art. 3 SOGGETTI INTERESSATI (DI SEGUITO PARTI)

ASST Sacco Fatebenefratelli costituita dalle strutture facenti capo alla stessa.

AON Spa, il Broker al quale, per incarico conferito dall'Azienda, è affidata la gestione dell'assicurazione.

La Compagnia Relyens Mutual Insurance alla quale è stata aggiudicata la polizza, di seguito Società.

Art. 4 FASE DI APERTURA DEL SINISTRO¹²

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

- Al ricevimento della richiesta di risarcimento, così come individuata nella sezione "DEFINIZIONI" della presente polizza, l'Azienda ne valuta il contenuto e provvede, nel più breve tempo possibile e comunque entro 30 (trenta) giorni da quando l'Ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza (fatti salvi i termini di prescrizione), a trasmetterne copia al Broker, che la inoltra alla Società, oltre a tutti i sinistri inerenti alle garanzia "SPERIMENTAZIONE CLINICA" e "COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA", solo nel caso in cui (fatta salva diversa pattuizione tra le Parti) la richiesta di risarcimento non riguardi:
- danni materiali del valore inferiore o uguale ad € 150.000,00;
- lesioni personali espressamente quantificate da controparte in un importo inferiore o uguale ad € 150.000,00 (o diverso inferiore importo convenuto tra le Parti).

¹¹ Conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica" presentato in sede di gara

¹² Articolo modificato conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica"

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

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

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

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

Relativamente ai sinistri e ai contenziosi la cui richiesta risarcitoria sia relativa a:

- danni materiali / lesioni personali espressamente quantificate da controparte in un importo superiore ad € 150.000,00 (SIR);
- nonché i sinistri e i contenziosi ove non è prevista espressamente una quantificazione economica del danno lamentato, ma ai quali nei termini sopra indicati il Contraente sia invece in grado di attribuire una prima ragionevole quantificazione in misura superiore alla Self Insured Retention (SIR), la Contraente provvede, nel più breve tempo possibile e comunque entro 30 (trenta) giorni da quando l'Ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza (fatti salvi i termini di prescrizione), a trasmetterne copia al Broker, che la inoltra alla Società. In tal caso troverà applicazione quanto previsto alla lettera B nel seguito esplicitata.

Allo stesso modo in caso di Sinistri "borderline" intesi come i sinistri il cui valore si attesta entro i limiti (in eccesso o in difetto) al valore della Sir, 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 S.I.R. e in tal caso troverà applicazione quanto previsto alla **lettera B** nel seguito esplicitata.

La Società provvederà a tenere costantemente informato il Contraente dello stato della pratica.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, sono definiti "borderline" i sinistri ricadenti in una o più delle seguenti tipologie:

- sinistri la cui richiesta di risarcimento sia inferiore di € 50.000,00 rispetto al valore della SIR (es. richiesta quantificata in € 20.000 con sir € 150.000);
- tutti i sinistri per cui nel corso dell'istruttoria si ravvisi una esposizione superiore al limite;
- sinistri mortali

Indipendentemente dall'esito che potrà avere la valutazione espletata dalla Società ai sensi di quanto prevista dalla successiva **lettera B**, l'Azienda provvede - nel più breve tempo possibile dal ricevimento della richiesta di risarcimento - all'acquisizione

della documentazione che in funzione della specifica tipologia di sinistro risulta necessaria per la compiuta istruzione della pratica:

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

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

- comunicazione interlocutoria con cui si rende noto che la richiesta di risarcimento è stata ricevuta e che la stessa verrà gestita dalla Compagnia;
- modulo che la controparte dovrà rendere firmato per l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili (d.lgs. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679), che contempra tra i soggetti autorizzati anche il Broker, la Società nonché tutti i professionisti che, per la compiuta gestione del sinistro, abbiano necessità di trattare la documentazione contenente tali dati;
- qualora la richiesta di controparte risulti essere assolutamente generica, comunicazione interlocutoria con cui si evidenzia che non sarà possibile dar seguito alla gestione della pratica stessa se non venga circostanziato dal richiedente l'evento dedotto nella richiesta attorea.

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

- A)** qualora il potenziale risarcimento del danno risulti verosimilmente inferiore alla soglia della SIR (o diverso inferiore importo convenuto tra le Parti), l'Azienda procederà con la gestione diretta del sinistro (sostenendone integralmente i costi necessari/connessi) ed informerà la Società, per il tramite del Broker, degli esiti conclusivi. Resta fermo quanto previsto in polizza in ordine alla facoltà della Società di effettuare audit presso la Contraente al fine di analizzare lo stato delle relative posizioni così come impegno della Azienda di aggiornare periodicamente quest'ultima anche in occasione degli incontri del Comitato Valutazione Sinistri (CVS). Resta inteso tra le Parti che, ove nel corso della gestione del sinistro, dovesse emergere che la potenziale esposizione del risarcimento possa superare nel suo complesso l'importo della SIR, sarà obbligo dell'Azienda darne immediata comunicazione alla Società la quale – fermi i limiti e le condizioni previste in polizza - non potrà opporre alcuna eccezione in ordine alla strategia di gestione adottata ed ai tempi di denuncia del sinistro (**ivi compresa l'eccezione di intervenuta prescrizione ai sensi dell'art. 2952 C.C. secondo comma**). Per il successivo prosieguo nella gestione, si procederà nei termini previsti dalla successiva **lettera B** e dalle disposizioni di polizza. Le spese fino a quel momento sostenute dall'Azienda, ove riconducibili a quelle previste in polizza nell'Articolo "Gestione delle Vertenze di Danno – Spese Legali e Peritali" e purché debitamente documentate, saranno rimborsate dalla Società entro i 90 giorni successivi al ricevimento da parte di quest'ultima della relativa documentazione.
- B)** qualora il potenziale risarcimento del danno sia superiore alla SIR, la Società procede all'apertura del sinistro inviando alla controparte o al legale di quest'ultima - ed al Broker in copia conoscenza - lettera di presa in carico con indicazione del numero di sinistro, del soggetto incaricato della gestione del sinistro e dei relativi recapiti. Nei termini contrattualmente

previsti il sinistro sarà dunque gestito dalla Società che manterrà a proprio carico tutti i relativi costi - fermi i limiti disciplinati in polizza - anche nel caso in cui a conclusione dello stesso il sinistro dovesse risultare pari o inferiore all'importo della SIR. Resta comunque inteso tra le Parti che, ove a seguito delle valutazioni esperite dalla Società a seguito del ricevimento della denuncia di sinistro, quest'ultima ritenesse che la valorizzazione del potenziale danno risulti inferiore all'importo della SIR, sarà impegno della stessa fornire alla Contraente la propria diversa valutazione integrando la propria tesi per iscritto con adeguata documentazione di supporto. La riclassificazione o meno del sinistro, pertanto la conferma della gestione in capo alla Società o il passaggio alla Contraente al di sotto della SIR, verrà concordato in occasione del primo CVS utile. Le successive spese seguiranno la gestione del sinistro.

Art. 5 COMUNICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 13 L. 8 MARZO 2017, N. 24¹³

Alla ricezione della notifica dell'atto introduttivo del giudizio o all'avvio di trattative stragiudiziali, la Contraente /o la Società procederanno ai sensi dell'art. 13 Legge n. 24/2017. Nello specifico, le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, Legge n. 24/2017 e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, Legge n. 24/2017, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro quarantacinque giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro quarantacinque giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte.

Eliminazione dell'articolo sulla fase di acquisizione delle polizze personali (la disposizione, infatti, ha destato diversi dubbi interpretativi in relazione al momento di trasmissione dei nominativi e alla tipologia di polizza richiesta, anche alla luce del richiamo all'art. 1910 c.c.).

Art. 6 GESTIONE DELLA MEDIAZIONE¹⁴

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

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

- danni materiali del valore inferiore o uguale ad € 150.000,00;
- lesioni personali espressamente quantificate da controparte in un importo inferiore o uguale ad € 150.000,00;

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

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

¹³ Articolo modificato conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica".

¹⁴ Articolo modificato conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica".

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

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

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

La Società riscontra in modo esplicito e per iscritto le istanze introduttive della procedura di mediazione che le vengono proposte entro i termini previsti dalla procedura e fornisce comunque una propria motivata decisione con un preavviso tale da consentire al Contraente il rispetto di ogni termine previsto dalla procedura di mediazione e dalla legge garantendo in ogni caso la refusione delle spese sostenute dalla Contraente ove quest'ultima ritenga - indipendentemente dalla adesione della Società - di aderire all'invito ricevuto dal Terzo danneggiato e/o dal suo legale. La Società si impegna altresì - nell'esclusivo caso in cui la stessa non ritenesse opportuna la propria partecipazione alla procedura di mediazione - a fornire alla Contraente l'autonomia di definizione del sinistro - ove ne sussistano i presupposti - anche per importi eccedenti la SIR che, ferme le condizioni ed i limiti previsti dalla presente polizza, resteranno a carico della Società. Quest'ultima garantirà altresì l'applicazione di quanto disposto dal successivo Articolo "Istruzione del Sinistro e Definizione Strategie di Gestione" compresa l'indicazione del *range* entro il quale ipotizzare l'importo della eventuale trattativa ed allegando la documentazione necessaria a supportare l'attività della Contraente nella fase della procedura di conciliazione.

Resta inteso che, nel caso entrambe le Parti (Società e Contraente) ritengano di non partecipare alla mediazione, le stesse predisporranno di comune accordo una comunicazione da inviare all'organismo di mediazione corredata dei ravvisabili "giustificati motivi".

Art. 7 FASE DI GESTIONE DELL'EVENTUALE CONTENZIOSO GIUDIZIARIO

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

Relativamente all'attività eventualmente prestata dai dipendenti della Contraente, i compensi professionali verranno corrisposti previa emissione di apposita notula parametrata al D.M. 55/2014, previa ovviamente sottoscrizione di apposito preventivo.

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

Resta inteso che in sede penale ove vi sia la necessità della nomina urgente di un legale, sarà facoltà della Contraente attingere dalla rosa dei legali prevista in polizza dandone tempestiva comunicazione alla Società tramite il Broker.

Ai sensi dell'art. 1917 del Codice Civile 3° comma le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, comprese le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione, di CTU e/o tassa di registro della sentenza, sono a carico della Società, anche in eccesso al massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda, ma entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stesso.

La rosa dei legali dovrà essere ratificata entro massimo 60 gg. dalla stipula del contratto, fatta salva diversa pattuizione tra le parti, termine oltre il quale il nominativo si intende automaticamente ratificato.

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

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

Art. 8 COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI – CVS

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

Gli obiettivi principali del CVS consistono nel:

- vagliare tempestivamente le richieste di risarcimento danni, procedendo ad un'analisi puntuale del sinistro in termini causali, di identificazione delle responsabilità e di quantificazione del danno;
- migliorare la comunicazione con il soggetto danneggiato da parte di tutti gli attori coinvolti;
- favorire la sollecita definizione delle pratiche, anche con la definizione di protocolli di gestione dei sinistri;
- definire la strategia di gestione del sinistro in condivisione con la Società e favorire, se del caso, percorsi di mediazione con i danneggiati e/o rappresentanti legali per la composizione stragiudiziale della vertenza;
- definire azioni di miglioramento su specifiche aree e funzioni, in collaborazione e ad integrazione del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio;
- migliorare il rapporto tra rischi reali e premi assicurativi, fungendo da "riferimento tecnico" di
- ausilio per la definizione o ridefinizione delle politiche di copertura assicurativa aziendale".

Ai fini della buona e proficua conduzione degli incontri di CVS, la Società si impegna a trasmettere, in tempo utile e comunque entro 10 giorni dalla data prevista per il CVS, l'elenco dei sinistri da iscrivere all'ordine del giorno, la documentazione riferita all'istruttoria di ciascun sinistro, (riteniamo necessario prevedere un limite temporale entro il quale la Compagnia sia tenuta a trasmettere la predetta documentazione) ivi incluse le relazioni medico legali disposte dai fiduciari della Società e qualsiasi ulteriore documentazione utile a consentire alla Contraente di effettuare le più opportune valutazioni sui sinistri in discussione. La società si impegna inoltre ad inviare alla Contraente, per il tramite del Broker un report riepilogativo per ogni singolo sinistro all'ordine del giorno del giorno, contenente:

- le motivazioni di opportunità alla base del diniego o dell'ipotesi transattiva;
- eventuali precedenti giurisprudenziali di rilievo ed attinenti con il caso oggetto dell'analisi;

- quantificazione del sinistro con valorizzazione percentuale delle diverse soluzioni costituenti il “*best scenario*” ed il “*worst scenario*”.

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

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

La Contraente potrà richiedere alla Società di estendere l’invito al CVS ad un proprio fiduciario medico legale per la discussione di determinati casi che per valore o complessità richiedono un particolare confronto /approfondimento.

La Società si impegna altresì a garantire la funzionalità del Comitato, con le medesime modalità di cui sopra, anche dopo le scadenze del contratto per l’analisi dei sinistri aperti sulla presente polizza; tale impegno sarà relativo ad un numero di riunioni che avranno luogo, a semplice richiesta della Contraente, fino alla data in cui tutti i sinistri che abbiano interessato la garanzia di cui alla presente polizza abbiano trovato compiuta definizione.

Art. 9 ISTRUZIONE DEL SINISTRO E DEFINIZIONE STRATEGIE DI GESTIONE

Poiché la garanzia assicurativa prestata dalla presente polizza prevede l’applicazione di Self Insured Retention -SIR-, resta inteso tra le Parti che la Società è tenuta ad acquisire, ove la gestione del sinistro e/o del contenzioso sia alla stessa demandata, il preventivo esplicito consenso della Contraente prima di provvedere al tentativo di definizione e successiva liquidazione di qualsiasi risarcimento e, comunque, prima di comunicare alla controparte un’offerta o i motivi per i quali si ritiene di non poterla formulare.

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

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

Nel caso in cui la Contraente non ritenesse necessari gli ulteriori approfondimenti di cui ai paragrafi che seguono, entro i 30 (trenta) giorni successivi al ricevimento della documentazione di cui sopra da parte della Società, la Contraente stessa dovrà

formulare propria adesione o diniego all'ipotesi proposta dalla Società, solo a seguito della realizzazione degli adempimenti ex articolo 13 della L. 24/2017.

Resta tuttavia inteso tra le Parti che, ove nei 30 (trenta) giorni successivi al ricevimento di quanto sopra, la Contraente dovesse inviare formale comunicazione con cui ritiene necessario integrare/supportare la documentazione di cui sopra con la valutazione di uno o più specialisti, sarà onere della Società procedere a tale integrazione tramite invio di tutta la documentazione disponibile al/i fiduciario/i nominativamente indicato/i dalla Contraente nella comunicazione di cui sopra, disponendone l'incarico e sostenendone direttamente i relativi oneri fino ad un importo massimo di € 500,00 complessivamente quantificato ed onnicomprensivo per ciascun sinistro.

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

d) da parte della Contraente copia integrale:

- della documentazione sanitaria acquisita nella fase di istruzione del sinistro;

e) da parte della Società copia integrale della documentazione eventualmente acquisita dalla controparte e relativa a prestazioni erogate da realtà/professionisti diversi dalla Contraente/Assicurato e della relazione medico-legale acquisita dalla Società nella fase di proposta più sopra illustrata;

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

Al ricevimento della nuova relazione da parte della Società, il sinistro verrà riesaminato per una valutazione collegiale nel primo CVS utile, in ogni caso entro il termine utile a non vanificare la trattativa, al fine di stabilire la migliore strategia da intraprendere. La Contraente dovrà formulare propria adesione o diniego all'ipotesi proposta dalla Società; nell'anzidetto caso saranno indicate le motivazioni di opportunità alla base del diniego all'ipotesi transattiva.

In caso di mancato accordo si farà riferimento al successivo articolo "mancato accordo transazione art 11".

Art. 10 GESTIONE DELLA TRANSAZIONE E PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO

Nel caso in cui la Contraente abbia aderito alla proposta di transazione ricevuta dalla Società nei termini di cui sopra, quest'ultima avvierà i contatti con il Terzo danneggiato e/o il legale/fiduciario dallo stesso incaricato, **previo invio da parte della contraente delle comunicazioni ex art. 13 L. 24/2017 e salvo verifica del buon fine delle stesse** ed aggiornerà costantemente la Contraente circa gli sviluppi della trattativa.

Considerato altresì il livello di compartecipazione della Contraente al pagamento del risarcimento, resta inteso tra le Parti che, per tutti i casi in cui l'importo più alto del *range* entro il quale è stato ipotizzato di impostare la trattativa risulti a carico della Contraente per un importo pari o superiore al 50%, sarà facoltà di quest'ultima chiedere che la trattativa sia gestita di concerto e nelle modalità che saranno appositamente definite tra le Parti.

Per i casi in cui la trattativa sia gestita dalla sola Società, sarà onere di quest'ultima acquisire dalla controparte la documentazione originale a comprova delle spese sostenute ed oggetto di risarcimento nonché le dichiarazioni, rese ai sensi del DPR 445/2000, circa l'inesistenza di altri soggetti tenuti alla compartecipazione al pagamento delle spese e/o del risarcimento corrisposto con la transazione effettuata dalle Parti ed alla contestuale garanzia di manleva, da parte della

40

controparte stessa, nel caso di future azioni di rivalsa esperite nei confronti della Società e/o della Contraente da soggetti che, a qualsiasi titolo, abbiano sostenuto spese correlate al danno oggetto della transazione.

Qualora l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti interamente a carico del Contraente a titolo di Self Insured Retention (SIR) eventualmente offerta in sede di offerta economica, stabiliti a termini della presente polizza, la Società trasmetterà al Contraente la integrale documentazione attestante l'avvenuta definizione del sinistro, comunque preventivamente condivisa con la stessa, affinché il Contraente possa provvedere, entro i 90 giorni successivi alla ricezione della documentazione di cui sopra, al pagamento del risarcimento in favore dell'avente diritto, **previo espletamento delle dovute verifiche ex art. 48-bis DPR 602/1973, se dovute.**

Qualora, invece, l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti essere superiore, anche solo parzialmente, alla somma posta a carico del Contraente quale Self Insured Retention (SIR) eventualmente stabilita nella polizza la Società corrisponde direttamente al Terzo danneggiato il risarcimento dovuto dandone formale comunicazione alla Contraente **previo espletamento delle dovute verifiche ex art. 48-bis DPR 602/1973, se dovute.** In tale ultimo caso la Società presenterà la fotocopia dell'atto di quietanza, debitamente sottoscritto dal Terzo danneggiato, nonché copia dell'assegno o mandato di bonifico con cui è stata effettuata la liquidazione ed entro i 90 giorni successivi dal ricevimento della documentazione da parte del Contraente, lo stesso provvederà al reintegro degli importi corrisposti agli aventi diritto direttamente dalla Società ma rientranti nella Self Insured Retention (SIR) così come risultanti dalla documentazione probatoria citata.

Gli eventuali maggiori costi dovuti a mancato, tardivo o parziale pagamento, oppure a risarcimenti e/o spese non preventivamente approvati dalla Società, restano a totale carico della Contraente o della Società. Posto quanto disciplinato dagli articoli che precedono in tema di transazione, nel caso in cui non si raggiunga un'intesa tra le Parti (Società e Contraente) e permanga quindi fra le stesse disaccordo in ordine alla definizione del sinistro, la Società provvederà ad erogare direttamente alla Contraente, nel caso in cui la Società pervenga ad una ipotesi di accordo transattivo con il danneggiato, un importo pari alla differenza tra l'ipotesi transattiva raggiunta e il limite della SIR, affidando la gestione del sinistro alla Contraente come se esso ricadesse nei limiti della SIR. Le spese di gestione maturate fino a tale data resteranno ad esclusivo carico della Società mentre le spese successive resteranno ad esclusivo carico della Contraente. La Contraente rilascerà formale quietanza liberatoria nei confronti della Società in ordine all'esposizione connessa al sinistro in esame, così come la Società rilascerà formale rinuncia alla ripetizione dell'importo versato alla Contraente qualora quest'ultima dovesse definire il sinistro per un importo inferiore a quello inizialmente ipotizzato dalla Società. Resta comunque fermo quanto previsto all'Articolo "Inizio e Termine della Garanzia" in ordine ad eventuali richieste di risarcimento successive – da parte di aventi diritto diversi da quelli previsti nella transazione di cui sopra - per le quali il sinistro sarà riaperto e permarrà nuovo impegno della Società.

Art. 11 MANCATO ACCORDO ALLA TRANSAZIONE TRA LE PARTI¹⁵

Gli eventuali maggiori costi dovuti a mancato, tardivo o parziale pagamento, oppure a risarcimenti e/o spese non preventivamente approvati dalla Società, restano a totale carico della Contraente o della Società. Posto quanto disciplinato dagli articoli che precedono in tema di transazione, nel caso in cui non si raggiunga un'intesa tra le Parti (Società e Contraente) e permanga quindi fra le stesse disaccordo in ordine alla definizione del sinistro, la Società provvederà ad erogare direttamente alla Contraente, nel caso in cui la Società pervenga ad una ipotesi di accordo transattivo con il danneggiato, un importo pari alla differenza tra l'ipotesi transattiva raggiunta e il limite della SIR, affidando la gestione del sinistro alla Contraente come se esso ricadesse nei limiti della SIR. Le spese di gestione maturate fino a tale data resteranno ad esclusivo carico della Società mentre le spese successive resteranno ad esclusivo carico della Contraente. La Contraente rilascerà formale quietanza

¹⁵ Articolo modificato conformemente a quanto riportato nell'Allegato "Scheda di offerta Tecnica".

liberatoria nei confronti della Società in ordine all'esposizione connessa al sinistro in esame, così come la Società rilascerà formale rinuncia alla ripetizione dell'importo versato alla Contraente qualora quest'ultima dovesse definire il sinistro per un importo inferiore a quello inizialmente ipotizzato dalla Società. Resta comunque fermo quanto previsto all'Articolo "Inizio e Termine della Garanzia" in ordine ad eventuali richieste di risarcimento successive – da parte di aventi diritto diversi da quelli previsti nella transazione di cui sopra - per le quali il sinistro sarà riaperto e permarrà nuovo impegno della Società.