



GARA D'APPALTO SERVIZI ASSICURATIVI
CAPITOLATO TECNICO LOTTO N° 3

**CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE DELLA
RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DEL PERSONALE
DIPENDENTE PER COLPA GRAVE**

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA G**

Via Tiburtina 22/A
00019 Tivoli
p.iva e cod. fisc . 04733471009

EFFETTO:	ore 24.00 del 31-12-2011
SCADENZA 1 ^a	ore 24.00 del 31-12-2012
RATA:	
RATEAZIONE	ANNUALE
SCADENZA:	ore 24.00 del 31-12-2014

INDICE

Art. 1	Dichiarazioni inesatte o reticenti	<i>pag. 03</i>
Art. 2	Pagamento del premio	<i>pag. 03</i>
Art. 3	Cessazione dell'assicurazione – esclusione tacita proroga	<i>pag. 03</i>
Art. 4	Variazione del rischio	<i>pag. 03</i>
Art. 5	Recesso in caso di sinistro	<i>pag. 03</i>
Art. 6	Coesistenza di altre assicurazioni	<i>pag. 03</i>
Art. 7	Oneri fiscali	<i>pag. 03</i>
Art. 8	Forma delle comunicazioni – variazioni del contratto	<i>pag. 04</i>
Art. 9	Norme di legge	<i>pag. 04</i>
Art. 10	Foro competente	<i>pag. 04</i>
Art. 11	Forma dell'assicurazione (claims made)	<i>pag. 04</i>
Art. 12	Massimali di garanzia	<i>pag. 04</i>
Art. 13	Oggetto dell'assicurazione	<i>pag. 04</i>
Art. 14	Gestione del danno	<i>pag. 05</i>
Art. 15	Novero dei terzi	<i>pag. 05</i>
Art. 16	Limiti territoriali	<i>pag. 05</i>
Art. 17	Rischi assicurati	<i>pag. 05</i>
Art. 18	Esclusioni	<i>pag. 05</i>
Art. 19	Responsabilità solidale	<i>pag. 06</i>
Art. 20	Ultrattività	<i>pag. 06</i>
Art. 21	Obblighi in caso di sinistro	<i>pag. 07</i>
Art. 22	Surrogazione	<i>pag. 07</i>
Art. 23	Clausola Broker	<i>pag. 07</i>
Art. 24	Premio	<i>pag. 08</i>
Art. 25	Modalità di adesione alla convenzione	<i>pag. 08</i>
Art. 26	Dichiarazioni dell'Assicurato	<i>pag. 09</i>

CAPITOLATO TECNICO PER L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA

Le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa che quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto salvo le eventuali schede riepilogative contenenti i riferimenti anagrafici dell'Assicurato/Contraente e della Società e del calcolo del premio.

DEFINIZIONI

Contraente Società Azienda Sanitaria	Ciascun singolo Assicurato aderente alla presente convenzione L'Impresa di Assicurazioni L' Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA G nonché ogni altra Azienda Sanitaria Pubblica presso la quale o per conto della quale l'Assicurato presta servizio
Assicurato	Ha facoltà di aderire alla presente Convenzione tutto il personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo operante o che abbia operato in passato presso o su incarico della AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA G
Polizza di assicurazione	Ciascun singolo certificato emesso dalla Società in applicazione della presente Convenzione
Danno	Il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a lesioni o morte di persone, ogni distruzione, deterioramento, alterazione, perdita danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale nonché i danni ad essi conseguenti
Perdite patrimoniali Massimale	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose La somma massima che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri che colpiscono la polizza, pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
Periodo di assicurazione	Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nella Scheda di copertura
Richiesta di risarcimento	Per richiesta di risarcimento si intende quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none">▪ la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria od la Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato o manifesta all'Assicurato di ritenerlo responsabile per danni o perdite cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso a titolo di colpa grave;▪ l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;▪ l'azione diretta del soggetto danneggiato
Convenzione	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione
Certificato e scheda di copertura	La condizione specifica della presente Convenzione che consente all'Assicurato, (fermo restando il possesso del requisito di cui alla definizione di Assicurato) di estendere l'Assicurazione, entro i limiti temporali di validità della stessa e suoi eventuali successivi rinnovi, sia alle attività pregresse, sia a quelle future, purché svolte presso e/o per conto di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

ART 1. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile) .

ART. 2 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il periodo di assicurazione ha inizio dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato della Scheda di copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, entro i 60 giorni successivi altrimenti ha inizio dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo periodo di assicurazione, fermo restando che ciò non comporta novazione contrattuale.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termine di mora) e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Il Certificato di assicurazione ha durata annuale dalla data di perfezionamento senza tacito rinnovo. E' facoltà della parti riaccendere il contratto successivamente alla scadenza naturale con le medesime modalità previste dalla polizza Convenzione sottoscrivendo il modulo di adesione all'uopo predisposto.

ART. 3 CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE – ESCLUSIONE TACITA PROROGA

Il Certificato Scheda di copertura cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

ART. 4 VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del periodo di assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto alla Società.

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente Assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'Assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.

ART. 5 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che la Società possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni. Nel caso di recesso da parte della Società, questa, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

La Società rinuncia ad intimare il recesso per sinistro nei confronti del personale in quiescenza nonché del personale a tale data ancora attivo presso l' Azienda Unità Sanitaria Locale.

ART. 6 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'art. 1910 C.C. l'obbligo di comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

In caso di esistenza di altra assicurazione, contratta dall'Assicurato per lo stesso rischio, la presente garanzia si intende prestata “ a secondo rischio” e cioè in eccedenza ai massimali da detta altra polizza garantiti e fino alla concorrenza delle somme assicurate con la presente assicurazione.

Resta comunque inteso che nel caso di non operatività dell'altra assicurazione, la presente copertura si intenderà prestata “a primo rischio”.

ART. 7 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

ART. 8 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dalla Società.

ART. 9 NORME DI LEGGE

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

Art. 10 FORO COMPETENTE - MEDIAZIONE

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono ricorrere all'Organismo di Mediazione nei termini e nel rispetto del regolamento di Conciliazione previsto dal D.lgs. 28/2010, avente sede nella medesima provincia ove risiedono gli stessi. Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la Parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede la Contraente cioè l'Azienda oppure, in alternativa, l'Assicurato.

ART. 11 FORMA DELL'ASSICURAZIONE (CLAIMS MADE)

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del periodo di assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione ed anche antecedentemente senza limitazione di tempo (retroattività illimitata).

ART. 12 MASSIMALI DI GARANZIA

Per ciascuna adesione il massimale è di Euro 6.000.000 per sinistro e per anno .

ART. 13 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa polizza, la Società, presta l'assicurazione fino a concorrenza del massimale quale definito all'articolo 12 e stabilito nel Certificato e nella Scheda di copertura, nella forma "claims made" enunciata all'articolo 11 e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- azione di surrogazione esperita dalla Società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL ;
- azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria in conseguenza di danni erariali nei casi previsti dalla legge ;
- ulteriori danni, inclusi nella rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di legge, a condizione che siano conseguenza diretta di un danno indennizzabile ai sensi della presente assicurazione ed entro un limite del 10% del danno indennizzato;
- azione diretta del soggetto danneggiato.

Tutto quanto sopra riportato a condizione che per tali danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste di risarcimento.

L'assicurazione si intende estesa alla responsabilità civile dell'Assicurato per danni cagionati a terzi in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di Euro **1.000.000,00** .

Resta escluso dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente e che non si riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico dell'Azienda Sanitaria ad esclusione di quanto previsto al precedente capoverso di cui sopra.

ART. 14 GESTIONE DEL DANNO

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

Qualora la tacitazione del/i danneggiato/i intervenga durante l'istruttoria, l'assistenza legale verrà ugualmente fornita qualora il Pubblico Ministero abbia già, in quel momento, deciso e/o richiesto il rinvio a giudizio dell'Assicurato. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

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

ART. 15 NOVERO DEI TERZI

Ai fini della presente polizza si intende considerata terza ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti, gli amministratori, i dipendenti, i collaboratori, i consulenti e i professionisti dell'Azienda Sanitaria.

Sono esclusi:

- il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- i prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro quando non fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

ART. 16 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'Azienda Sanitaria, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano. La Società pertanto non è obbligata per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

ART. 17 RISCHI ASSICURATI

L'assicurazione, è prestata per le attività dichiarate dall'Assicurato nel modulo di proposta ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso Aziende Sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, specializzando, consulente o collaboratore esclusivamente di strutture pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici).

E' compresa altresì l'attività professionale *intramoenia* esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

ART. 18 ESCLUSIONI

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "*claims made*", quale temporalmente delimitata nella presenta polizza, sono esclusi:

- a) la richiesta di risarcimento come precedentemente definita, che pervenga in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione;
- b) le richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio dell'Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti Assicuratori, che si siano concretizzate con una richiesta di risarcimento già pervenuta all'Assicurato e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti;
- c) le richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di copertura (condizione applicabile se è apposta variante alla retroattività illimitata).

Sono parimenti esclusi:

- d) i danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- e) i danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;

- f) le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- g) fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 16;
- h) i danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici, diagnostici o di sperimentazione di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- i) i danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- j) i danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
- k) i danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- l) le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- m) i danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- n) perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- o) i danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- p) le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale;
- q) i danni che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche, terapeutiche e di sperimentazione;
- r) i danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- s) i danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali privati diversi da quello ordinario esistente tra operatore sanitario, medico e paziente;
- t) le perdite patrimoniali che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte.

ART. 19 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Società risponde, ferma restando l'esperibilità dell'azione di regresso, fino ad un massimo del doppio della quota di pertinenza dell'Assicurato stesso ed entro il limite del massimale e non in eccedenza allo stesso.

ART. 20 ULTRATTIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia opera per tutte e richieste ai risarcimento presentate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo dell'assicurazione.

La garanzia è inoltre estesa alle richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro **un anno** dalla scadenza della polizza purché conseguenti a fatti verificatisi durante il periodo di efficacia della presente assicurazione incluso il periodo di retroattività della polizza. Tale estensione decade nel caso in cui l'Assicurato stipuli analoga copertura assicurativa per le medesime garanzie con altro Assicuratore.

Inoltre, se prima o durante il periodo di assicurazione l'attività professionale dell'Assicurato è venuta a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione (come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa connessa all'espletamento delle sue attività professionali), l'attività già svolta dall'Assicurato, entro i termini di retroattività convenuti, continua ad essere coperta fino al termine dell'annualità in corso e per i suoi successivi rinnovi se i premi sono stati pagati alle rispettive scadenze.

Al termine dell'assicurazione, nel caso di cessazione dell'attività senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili, con le medesime modalità di adesione alla polizza Convenzione e previo il pagamento di un premio aggiuntivo secondo quanto indicato dalla tariffa in vigore a tale momento corrispondente all'ultima mansione, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare un'ulteriore copertura assicurativa per la durata di 5 anni a copertura delle richieste di risarcimento portate per iscritto a conoscenza dell'Assicurato durante tale periodo purché conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il tempo dell'Assicurazione, ivi incluso anche il periodo di retroattività previsto in polizza.

Valgono le modalità previste dall'art. 11 Forma dell'Assicurazione (claims made).

ART. 21 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Fermo restando le definizioni di polizza "richiesta di risarcimento" e "sinistri", l'Assicurato è tenuto a denunciare, anche per il tramite del Broker, entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i sinistri per cui abbia ricevuto in forma certa:

- a. richiesta di risarcimento in via di rivalsa da parte dell'Azienda Sanitaria con addebito di colpa grave;
- b. richiesta di risarcimento in via di surrogazione da parte della Società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria con addebito di colpa grave;
- c. invito a dedurre o citazione in giudizio da parte della Corte dei Conti;
- d. richiesta di risarcimento mediante azione diretta del soggetto danneggiato.

La sola segnalazione inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine a sinistri rientranti nella copertura assicurativa di polizza non determina l'obbligo di denuncia di sinistro; parimenti l'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa assicurazione non determina l'obbligo di denuncia di sinistro.

La denuncia di sinistro deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nominativo dei pazienti danneggiati, e ogni altra notizia utile per la Società.

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

Si richiama il secondo comma dell'articolo 6, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

ART. 22 SURROGAZIONE

La Società è surrogata, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

ART. 23 GESTIONE DELLA POLIZZA

L'Assicurato/Contraente, con la sottoscrizione della presente polizza, conferisce mandato alla società di brokeraggio, come indicato all'atto della sottoscrizione del contratto, di rappresentarlo ai fini della presente polizza, ai sensi del D.Lgs n. 209/05 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e che tale atto è liberatorio per l'Assicurato/Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico e dichiara che tale compenso mai costituirà pertanto un aumento dei premi per l'Ente/Contraente. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 15 (dodici per cento) sul premio imponibile.

ART. 24 PREMIO

Il premio annuo procapite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica come qui di seguito indicato:

PERSONALE CON RUOLO AMMINISTRATIVO	PREMIO LORDO ANNUO
• Direttore Generale	
• Direttore Amministrativo	
• Dirigenti Amministrativi, Professionali e Tecnici	
• Quadri	
• Personale Amministrativo non Dirigente	
• Personale Tecnico non Dirigente (veri tecnici)	
• Personale Tecnico (categoria OTA OSS)	

PERSONALE CON RUOLO SANITARIO	PREMIO LORDO ANNUO
• Direttore Sanitario e Sociale	
• Dirigente Medico, Medico Veterinario e Medico Universitario	
• Dirigente Sanitario non Medico	
• Quadri (categoria D e DS)	
• Altro personale sanitario (infermieri di base etc.)	
• Componenti del Comitato Etico	
• Personale sanitario convenzionato	
• Medici Specialisti in formazione	

Essendo facoltà degli Assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno mantenendo ferma la scadenza del 31/12 di ogni anno, si conviene di calcolare il premio in ragione di un rateo giornaliero in trecentosessantacinquesimi.

ART. 25 MODALITÀ DI ADESIONE ALLA CONVENZIONE

Per l'adesione alla presente Convenzione la Società si obbliga a rendere disponibile un programma accessibile agli Assicurati tramite web o in alternativa può avvalersi di apposito programma messo a disposizione dal Broker. L'accesso a tale programma l'inserimento dei dati necessari all'individuazione degli Assicurati, all'emissione delle polizze ed il pagamento del premio dovranno essere interamente supportati dal programma informatico senza necessità di intervento da parte del personale delle Aziende Sanitarie.

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo di decorrenza dell'assicurazione indicato nel Certificato ed anche successivamente alla cessazione del rapporto di servizio alla sola condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio, nei termini dovuti.

Ciascun Assicurato dovrà altresì compilare e sottoscrivere il Modulo d'Adesione e corrispondere l'importo dovuto.

In tale caso l'assicurazione decorrerà:

- dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza, come registrato nell'apposito sito internet per la gestione delle adesioni, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 30 giorni dalla data di registrazione;
- per i successivi rinnovi con applicazione di una mora di 30 giorni.

Limitatamente alla prima adesione contestualmente alla decorrenza della Convenzione i termini di cui sopra si intendono così prorogati: per la registrazione dell'adesione nell'apposito sito internet è concessa una mora di 60 giorni dalla decorrenza della Convenzione fermo restando il termine per il pagamento del premio entro 30 giorni dalla data di registrazione.

Si precisa inoltre che in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel periodo di polizza l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente alla Società senza dover corrispondere il maggior premio. Una volta effettuata la comunicazione il rischio si intende automaticamente in garanzia.

In occasione dell'eventuale rinnovo l'Assicurato dovrà dichiarare il nuovo status e pagare il relativo premio.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Aziende Sanitarie diverse, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione tutte le mansioni svolte e pagare il relativo premio.

Il premio dovuto sarà pari al 75% della somma dei premi relativi alle diverse adesioni/mansioni ricoperte.

ART. 26 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma del Certificato Scheda di copertura l'Assicurato dichiara :

- a) di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione ed iscrizione agli albi e registri ove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario Nazionale; tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel modulo di proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate ed in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;
- b) che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la struttura sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave;
- c) di avere preso atto che la presente assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria di appartenenza con la stipula di polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali.

LA SOCIETA'

**IL
CONTRAENTE**

Data

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il Contraente sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti:

- Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 3 Durata dell'assicurazione – proroga – disdetta
- Art. 5 Recesso in caso di sinistro
- Art. 9 Rinvio alle norme di legge
- Art. 11 Forma dell'Assicurazione (claims made)
- Art. 21 Obblighi in caso di sinistro

L'Assicurato dichiara inoltre di aver preso visione e sottoscritto la nota informativa ai sensi dell'art. 123 del D.lgs. 17/03/1995 nr. 175 e l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30/06/2003 nr. 196.

Il Sottoscritto dichiara espressamente di avere preso atto, di ricevere e di avere sottoscritto contestualmente al presente contratto anche tutto quanto previsto dagli artt. 49, 50, 51, 52, 53, 55 del Regolamento ISVAP n° 5/2006.

**IL
CONTRAENTE**
