

Azienda Ospedaliera “Pugliese Ciaccio”

Via Vinicio Cortese, 10

88100 Catanzaro (CZ)



Azienda Ospedaliera di Catanzaro
“Pugliese-Ciaccio”

**Capitolato di Polizza di Assicurazione
Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)
Responsabilità Civile verso Prestatori d’Opera (RCO)**

GBS SpA

General Broker Service

Direzione Generale

00153 Roma - Via Angelo Bargoni, n. 54

Tel +39 06 83090.3 pbx - Fax +39 06 58334546 pbx

E-mail: gbs@gbspa.it



DEFINIZIONI

Nel testo che segue s'intendono:

| | |
|-----------------------------------|---|
| per ASSICURAZIONE | il Contratto di Assicurazione; |
| per CONTRAENTE | la persona fisica e/o giuridica che stipula l'assicurazione; |
| per ASSICURATO | la Persona fisica o giuridica la cui responsabilità è coperta con il contratto; |
| per ASSICURATO AGGIUNTIVO | le persone fisiche e/o giuridiche diverse dal contraente alle quali è riconosciuta tale qualifica nel testo contrattuale, in quanto soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione; |
| per BROKER | la G.B.S. S.p.A. General Broker Service (in seguito detta General Broker più semplicemente Broker) |
| per SOCIETA' | l'Impresa Assicuratrice; |
| per POLIZZA | il documento che prova l'assicurazione; |
| per RISCHIO | la probabilità che si verifichi il sinistro; |
| per GARANZIE | le prestazioni della Società oggetto dell'Assicurazione; |
| per PREMIO | la somma dovuta alla Società; |
| per RETRIBUZIONE | tutto ciò che i prestatori di lavoro dipendenti inclusi i lavoratori parasubordinati e i lavoratori interinali ricevono a compenso dell'opera prestata (al lordo di ogni trattenuta) e/o gli importi pagati dall'Assicurato a soggetti terzi quale corrispettivo per l'utilizzo delle stesse persone, nonché l'ammontare dei compensi per gli amministratori denunciati ai fini della determinazione del premio INAIL e gli emolumenti percepiti dal personale che svolge attività intramoenia; |
| per SINISTRO | La richiesta di risarcimento fatta nei confronti dell'Assicurato la prima volta durante il periodo di durata dell'Assicurazione e regolarmente denunciata alla Società durante lo stesso periodo, in relazione alle responsabilità per le quali è presta l'Assicurazione; |
| per SINISTRO IN SERIE | s'intendono più richieste di risarcimento provenienti da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti riconducibili ad una medesima causa le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro; |
| per MASSIMALE PER SINISTRO | l'importo massimo dell'indennizzo per ogni sinistro, incluso il sinistro in serie, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o |



| | |
|---|--|
| | sofferto danni a cose di loro proprietà; |
| per MASSIMALE IN AGGREGATO ANNUO | la massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa; |
| per RISARCIMENTO | la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro; |
| per RICHIESTA DI RISARCIMENTO | qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile dei danni subiti, oppure fa all'Assicurato una formale richiesta che gli vengano risarciti i danni subiti; |
| per INDENNIZZO | la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro; |
| per COSE | sia gli oggetti materiali che gli animali; |
| per SCOPERTO | percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato; |
| per FRANCHIGIA | importo fisso del danno che rimane a carico dell'Assicurato; |
| per FRANCHIGIA AGGREGATA | l'ammontare fino a concorrenza del quale il Contraente assume a suo carico il pagamento di tutte le somme liquidate nei termini previsti dal presente contratto per il risarcimento dei danni relativi ai sinistri rientranti in ciascun periodo annuo escluse le spese legali, peritali ed altri consulenti sostenute per resistere all'azione giudiziaria; solo dopo che il totale dei risarcimenti pagati avrà esaurito la franchigia aggregata, la Società risponderà di tutte le ulteriori somme liquidate. |
| per DANNO CORPORALE | il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale; |
| per DANNI MATERIALI | ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa, nonché i danni ad essi conseguenti; |
| Per DANNI PATRIMONIALI | il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni materiali o corporali come sopra definiti; |
| per INTRAMOENIA | erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero, di day hospital e/o day surgery in regime di attività libero professionale debitamente autorizzata dall'Amministrazione; |
| per PRESTATORE DI LAVORO | tutte le persone fisiche, di cui, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, l'Assicurato si avvalga nell'esercizio dell'attività dichiarata in polizza; |
| per SUBAPPALTATORE | la persona fisica o giuridica cui il Contraente ha ceduto l'esecuzione di una parte dei lavori e la cui denominazione ha comunicato agli Istituti competenti |



| | |
|--------------------------------------|---|
| | per le assicurazioni obbligatorie di previdenza e di assistenza; |
| CONCILIAZIONE | La composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della mediazione (D.Lgs 04/03/2010 n° 28) |
| MEDIAZIONE | L'attività svolta da un terzo soggetto imparziale finalizzata ad assistere due o più soggetti, sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa (D.Lgs 04/03/2010 n° 28). |
| COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI | Organo preposto alla valutazione dell'indannizzabilità ed, eventualmente, della quantificazione del danno, tramite l'analisi e la più completa istruttoria interna del sinistro- con il coinvolgimento di tutte le parti interessate e deputate – al fine di fornire un parere collegiale sull'orientamento che l'assicuratore dovrebbe adottare per la migliore gestione e definizione del sinistro. |

Data / /

La Società

Il Contraente



DESCRIZIONE DEL RISCHIO ASSICURATO

La garanzia della presente polizza è operante per i rischi della responsabilità civile derivante al Contraente/Assicurato nello svolgimento delle attività istituzionali dell'Ente, comunque svolte e con ogni mezzo ritenuto utile o necessario.

La garanzia è inoltre operante per tutte le attività esercitate dal Contraente/Assicurato per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi, nonché per eventuali modificazioni e/o integrazioni presenti e future dei detti regolamenti, delibere e/o provvedimenti.

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



Art. 1 - Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1.1 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.

Se il Contraente non paga il premio per le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

I termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Art. 1.4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

Art. 1.5 - Diminuzione del rischio

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

Art. 1.6 - Buona fede

L'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede (quindi esclusi i casi di dolo o colpa grave), fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).



Art. 1.7 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni, inviato a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 1.8 – Recesso scadenza annuale

E' data facoltà agli Assicuratori di recedere il contratto, ad ogni scadenza annuale, con preavviso scritto di almeno 120 giorni inviato a mezzo raccomandata con avviso ricevimento.

Da parte sua il Contraente può recedere dal contratto alla scadenza di ciascun periodo assicurativo annuo mediante disdetta da inviare a mezzo lettera raccomandata con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 1.9 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha la durata indicata nell'Allegato (prospetto d'offerta); non è previsto il tacito rinnovo.

Art. 1.10 - Oneri fiscali

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

Art. 1.11 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente.

Art. 1.12 - Coassicurazione e delega

A deroga dell'art. 1911 Codice Civile, la Delegataria risponderà direttamente anche della parte di indennizzo a carico delle Coassicuratrici.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

Art. 1.13 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi.

Art. 1.14 - Clausola broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;



- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- Che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.3 "Pagamento del premio";
 - che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti, con una provvigione del 2% sui premi imponibili assicurativi.
 La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione;
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.
- Si dà atto che nel caso in cui il Contraente, sia direttamente o per il tramite della Regione, dovesse assegnare il servizio di Brokeraggio ad un diverso Broker come da definizione di polizza, la presente clausola verrà automaticamente volturata dalla Società su richiesta dell'Ente, pertanto le provvigioni del premio alla firma saranno di esclusiva competenza del Broker uscente, mentre le provvigioni relative ai successivi premi saranno di esclusiva competenza del subentrante Broker.
- Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.

Art. 1.15 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

La Società su richiesta del Contraente o del Broker si impegna a fornire i dati afferenti l'andamento del rischio, entro il termine di trenta giorni dalla richiesta stessa.

In particolare la Società fornirà il rapporto sinistri/premi riferito all'anno in questione, sia in via aggregata che disaggregata e la statistica sinistri dovrà essere così suddivisa:

- a) **sinistri denunciati;**
- b) **sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);**
- c) **sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);**
- d) **sinistri respinti.**

Qualora la richiesta non dovesse essere presentata alla Società, resta comunque convenuto tra le parti che la stessa Società ad ogni scadenza annuale ed entro il termine di novanta giorni dalla scadenza dell'anno interessato, si impegna a fornire al Contraente i dati afferenti l'andamento del rischio nelle modalità sopra specificate.

Art. 1.16 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata e/o fax e/o telex e/o telegramma indirizzati alla Società o al Broker a cui è assegnata la polizza.



Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 1.17 - Elementi per il calcolo del premio

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri, espressamente indicati nell'Allegato; il calcolo del premio di regolazione verrà effettuato utilizzando il tasso indicato nell'Allegato.

Art. 1.18 - Regolazione e conguaglio del premio

Se il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nell'Allegato (Prospetto di offerta) alla presente polizza, lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 90 giorni dalla data di ricezione del relativo documento.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società fisserà un ulteriore termine di 60 giorni dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata. Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 1.19 – Efficacia temporale delle garanzie

La presente polizza vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta al Contraente durante il periodo di validità della polizza, a condizione che tali richieste siano conseguenti a fatti colposi posti in essere durante il periodo di validità delle garanzie.

Inoltre la presente assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta al Contraente durante il periodo di validità contrattuale, a condizione che tali richieste siano conseguenti a fatti colposi verificatisi in data non anteriore a **5 anni (PERIODO DI RETROATTIVITA')** dal giorno in cui è stata ricevuta la prima richiesta di risarcimento.

Art. 1.20 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.21 – Limiti di indennizzo cumulativo

Si conviene tra le parti che qualora un unico sinistro interessi contemporaneamente sia la garanzia RCT che quella RCO, la massima esposizione della Società non potrà comunque superare il massimale di Euro 10.000.000,00=.

Nel caso in cui la Società dovesse indicare nell'Offerta "Qualità" un massimale inferiore rispetto a quello riportato nell'Allegato "Prospetto di Offerta", il limite di indennizzo sarà pari al massimale per sinistro offerto per la garanzia RCT sommato a quello previsto per la garanzia RCO.



Art. 1.22 – Sinistro in serie

Le parti prendono atto di comune accordo che per più richieste di risarcimento originate da un sinistro in serie la Società risponderà fino all'esaurimento di un massimale pari al doppio di quello previsto per la garanzia RCT.

Art. 1.23 – Massimale in aggregato annuo

Si conviene tra le parti che la massima esposizione della Società per uno o più sinistri avvenuti durante la medesima annualità assicurativa non potrà essere superiore ad Euro 50.000.000,00=.

Art. 1.24 – Clausola di rintracciabilità dei flussi finanziari

Le parti:

- L'assicuratore ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia alla stazione appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. L'assicuratore si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

- Il broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla stazione appaltante ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.a. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni .

L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne da' immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante o l'amministrazione concedente.

Data / /

La Società

Il Contraente



Sezione I -Art. 2 - Norme che regolano l'assicurazione RCT/RCO

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

A) Assicurazione di Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)

La Società si obbliga a tenere indenne il Contraente di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge e dei regolamenti pubblici, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose, verificatisi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione. La garanzia è operante anche per fatti dolosi commessi da persone delle quali il Contraente debba rispondere ai sensi dell'art. 2049 Codice Civile.

La polizza inoltre è operante ai sensi tutti del D.Lgs n. 81/08 e successive modificazioni.

La garanzia vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 giugno 1984 n. 222.

B) Assicurazione di Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera soggetti all'assicurazione di Legge contro gli Infortuni - I.N.A.I.L. (RCO)

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

1) ai sensi degli artt. 10 e 11 D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, nonché ai sensi del D. Lgs. N. 38/2000, per gli infortuni, comprese le malattie professionali, sofferti dai propri prestatori di lavoro da lui dipendenti ed addetti all'attività per la quale è prestata l'assicurazione. La Società quindi si obbliga a rifondere al Contraente le somme richieste dall'I.N.A.I.L. a titolo di regresso nonché gli importi richiesti a titolo di maggior danno patrimoniale dall'infortunato e/o aventi diritto, per evento di morte o per capitalizzazione di postumi invalidanti;

2) ai sensi tutti del D. Lgs. n. 81/08 e successive modificazioni ed integrazioni;

3) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni (danno biologico e danno morale compresi) non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e del D. Lgs. n.38/2000 e successive modificazioni, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata una invalidità permanente, comprese le malattie professionali, calcolato sulla base delle tabelle di cui alle norme legislative che precedono.

La garanzia vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 giugno 1984 n. 222.

C –Responsabilità Civile Professionale

1) L'assicurazione di cui alla presente polizza è estesa anche alla responsabilità civile professionale di tutti i dipendenti e/o collaboratori anche convenzionati, a qualsiasi ruolo appartenenti, medici compresi, ivi inclusi i sanitari non alle dipendenze, di cui l'Azienda si avvale per l'esercizio della sua attività, nonché alla responsabilità personale di ogni operatore, frequentatore o volontario operante per conto dell'Azienda stessa.



2) E' inclusa la responsabilità civile, derivante al Contraente per danni commessi da medici occasionali, tirocinanti e degli allievi che frequentano i corsi presso le scuole non in rapporto di dipendenza con il Contraente, per l'attività prestata presso il medesimo.

Nel caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave, la Società manlevando in ogni caso il Contraente si riserva il diritto di rivalsa nei confronti dei soggetti di cui alle lettere 1) e 2) che precedono, fatta eccezione per quelle categorie di personale non dipendente per le quali sussista per legge l'obbligo di copertura con oneri a carico dell'Ente Assicurato. Limitatamente alle suddette categorie la garanzia viene prestata anche per la responsabilità personale ascrivibile a tali soggetti fino alla concorrenza dei massimali stabiliti dalla Legge con rinuncia all'azione di rivalsa nei loro confronti. Per tutte le altre categorie la Società, nel caso in cui il danno sia ascrivibile a colpa grave giudizialmente accertata, rinuncia alla rivalsa nel caso in cui i soggetti di cui alle lettere **1) e 2)** abbiano pagato la quota di premio relativa a tale garanzia prevista al punto 8 della scheda di offerta **“Premio estensione colpa grave – Sezione II”**.

E' inoltre inclusa la responsabilità personale dei portatori di handicap per danni da loro cagionati durante il tirocinio lavorativo presso aziende private.

La garanzia di cui al presente articolo è prestata entro i limite della normativa e dei massimali convenuti per l'assicurazione di R.C.T. per danni a terzi e di R.C.O. per danni a prestatori di lavoro. In ogni caso i massimali per ogni sinistro della R.C.T. e della R.C.O., convenuti in polizza, restano il limite entro cui la Società può essere chiamata a rispondere anche in caso di corresponsabilità dei dipendenti del Contraente/Assicurato o fra loro.

Art. 2.2 Precisioni sulla qualifica di “Dipendente” e “Terzo”

Sono parificati a tutti gli effetti ai Dipendenti, a titolo esemplificativo e non limitativo, i volontari che svolgono attività presso il Contraente, i collaboratori (quali consulenti, professionisti, obiettori di coscienza, tirocinanti di qualsiasi tipo, personale inserito nei servizi socio-assistenziali), i terzi che partecipano, anche occasionalmente, alla attività svolta dal Contraente e qualunque altro soggetto che svolga comunque funzione di carattere continuativo, temporaneo o sporadico presso il Contraente.

Sono considerati Terzi anche:

- a) i Dipendenti del Contraente non soggetti all'obbligo di assicurazione ai sensi del D.P.R. 30 Giugno 1965 n.1124 e successive modificazioni;
- b) i Dipendenti, Amministratori ecc. di società partecipate o controllate dal Contraente;
- c) i Dirigenti ed i Funzionari.

Non sono considerati Terzi ai fini della garanzia RCT solamente:

- a. il Legale rappresentante, il coniuge, i genitori ed i figli dello stesso, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente; tali soggetti sono considerati tuttavia terzi relativamente ai danni subiti in qualità di utenti delle prestazioni sanitarie erogate dal Contraente/Assicurato;
- b. le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con il Contraente ed iscritte all'I.N.A.I.L., subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio, limitatamente ai danni alla persona e fatto salvo quanto disposto all'Art. 2.1 (Oggetto dell'assicurazione) lett. B.



Art. 2.3 - Rischi inclusi nell'assicurazione RCT

A titolo esemplificativo e non limitativo, si conferma l'operatività delle seguenti garanzie:

A) -Committenza

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante al Contraente ai sensi dell'art. 2049 Codice Civile per danni provocati da altri soggetti della cui opera il Contraente si avvalga pur non essendo in rapporto di dipendenza, siano essi appaltatori e/o subappaltatori di lavori pubblici e/o di forniture, professionisti, ecc.. Resta fermo il diritto di rivalsa della Società nei confronti dei medesimi, per le somme pagate a titolo di risarcimento del danno.

B) -Committenza auto ed altri veicoli

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante al Contraente ai sensi dell'art. 2049 Codice Civile per danni cagionati a terzi dai suoi dipendenti in relazione alla guida di veicoli purché i medesimi non di proprietà od in usufrutto del Contraente od allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati.

La garanzia vale anche:

- per i danni corporali cagionati alle persone trasportate;
- per i danni cagionati con l'uso di biciclette.

La Società rinuncia al diritto di rivalsa nei confronti del conducente e del proprietario.

C) -Danni a mezzi sotto carico e scarico

La garanzia comprende i danni a mezzi di trasporto sotto carico o scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni, ferma restando l'esclusione dei danni alle cose trasportate sui mezzi stessi. Il risarcimento del danno verrà effettuato previa detrazione di una franchigia assoluta di Euro 250,00= per ogni mezzo danneggiato.

D) -Veicoli dei dipendenti

La garanzia comprende i danni cagionati ai veicoli dei dipendenti trovantisi in sosta nelle aree adibite a parcheggio fuori o dentro stabilimenti, depositi, magazzini, sedi del Contraente ed altro.

E) -RC attività varie

L'assicurazione si intende altresì prestata per la Responsabilità Civile derivante al Contraente ai sensi di legge:

- da proprietà di mense aziendali, compresa committenza per servizi dati in appalto a terzi;
- dall'organizzazione di visite agli uffici ed agli impianti di proprietà od in uso dal Contraente e dalla presentazione e dimostrazione di impianti ed attrezzature dell'Assicurato stesso;
- dalla partecipazione, gestione, organizzazione ad esposizione, mostre e fiere;
- dalla esistenza di servizio di vigilanza (con guardie armate e non) e di servizi antincendio;
- dall'esistenza di attività sociali, assistenziali e ricreative direttamente gestite o gestite da terzi, fatto salvo;
- da proprietà di cani da guardia e non;
- dalla proprietà e manutenzione di insegne, ovunque installate nel territorio nazionale;
- l'assicurazione copre anche i rischi inerenti alla somministrazione di bevande e cibi, anche se distribuiti mediante macchine automatiche;
- dai servizi erogati presso il domicilio degli assistiti;
- dalla conduzione e proprietà di edifici, uffici ed immobili in generale;
- dalla somministrazione, distribuzione ed utilizzazione di prodotti tossici;



- dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici e nocivi: massimo risarcimento Euro 500.000 per sinistro/anno assicurativo;
- dall'esistenza e dall'esercizio di laboratori chimici e di analisi, compreso il rischio conseguente alla elaborazione di esiti e referti.

F) -Carrelli e macchine operatrici

La garanzia comprende i danni derivanti dalla proprietà e/o uso dei carrelli e/o macchine operatrici compresa la circolazione su aree non soggette alla disciplina della Legge n. 990 del 24.12.69 e successive modifiche.

G) -Installazione e/o manutenzione

La garanzia comprende i danni derivanti dall'esecuzione di lavori di installazione e/o manutenzione di impianti anche all'esterno.

H) -Infortuni subiti dagli appaltatori, subappaltatori e loro dipendenti

Sono considerati terzi, nel limite del massimale previsto per l'assicurazione RCO, anche per gli infortuni subiti in occasione di lavoro, gli appaltatori, i subappaltatori ed i loro dipendenti, sempre che dall'evento derivino la morte o lesioni personali gravi o gravissime, così come definite dall'art. 583 Codice Penale.

I) -Danni da interruzioni o sospensioni di attività

La garanzia comprende entro il massimo di Euro 1.500.000,00.= per anno assicurativo e per sinistro.

- derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza; in tal caso, il risarcimento del danno verrà effettuato previa detrazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 2.000,00.=.

J)- Danni da incendio

L'assicurazione vale per la Responsabilità Civile del Contraente per danni cagionati a cose da incendio. Il massimo risarcimento per ciascun periodo assicurativo annuo non potrà superare l'importo di Euro 1.500.000,00=; il risarcimento del danno verrà effettuato previa detrazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 2.500,00=.

K)- Danni da furto

L'assicurazione vale per la responsabilità civile dell'Assicurato per danni da furto cagionati a terzi da persone che si siano avvalse - per compiere l'azione delittuosa - di impalcature e ponteggi eretti dall'Assicurato. La garanzia è prestata con uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo assoluto di Euro 150,00.= per ogni danneggiato, nel limite del massimale per danni alle cose e comunque con il massimo di Euro 25.000,00.= per ciascun periodo assicurativo annuo.

L)- Danni alle cose di terzi

La garanzia comprende i danni alle cose di terzi trovantisi nell'ambito di esecuzione dei lavori. Questa estensione di garanzia è prestata con uno scoperto del 10% per ogni sinistro. Il massimo risarcimento per ciascun periodo assicurativo annuo non potrà comunque superare l'importo di Euro 50.000,00.=.



M)- Cose in consegna e custodia

La garanzia comprende i danni alle cose di terzi, consegnate o non consegnate, per le quali l'Assicurato è tenuto a rispondere ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 Codice Civile per sottrazione, distruzione o deterioramento. Questa garanzia è prestata nel limite del massimale per danni alle cose e comunque con il massimo di Euro 10.000,00= per ciascun sinistro, previa detrazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 150,00.=.

N) - Responsabilità Civile Personale dei Dirigenti, Quadri e Dipendenti

La garanzia vale, entro i massimali pattuiti per la RCT, anche per la responsabilità civile personale dei Dirigenti, Quadri e Dipendenti del Contraente, per danni involontariamente cagionati a terzi, escluso il Contraente stesso, nello svolgimento delle loro mansioni contrattuali.

Agli effetti di tale estensione di garanzia, sono considerati terzi anche i dipendenti del Contraente, limitatamente ai danni da essi subiti per morte o per lesioni gravi o gravissime, così come definite dall'art. 583 Codice Penale.

Il massimale resta unico anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati.

Nel caso in cui il danno sia dovuto a colpa grave delle predette persone, la Società, fermo quanto previsto alla sezione II del presente capitolato, si riserva il diritto di rivalsa nei loro confronti.

O)- Apparecchiature elettromedicali

La garanzia comprende i danni cagionati a terzi da apparecchiature elettromedicali, diagnostiche ed altre apparecchiature similari di proprietà del Contraente o da lui detenute.

P)- Distribuzione ed utilizzazione del sangue

L'assicurazione è prestata per le conseguenze della responsabilità civile derivante all'assicurato, ai sensi di legge, dalla sua qualità di esercente, in conformità alle leggi e regolamenti vigenti, centri di raccolta del sangue e trasfusionali, distribuzione ed utilizzo del sangue e emoderivati, espianti e trapianti di organi, la garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni cagionati a terzi in conseguenza della distribuzione o dell'utilizzazione del sangue o dei suoi derivati di pronto impiego, compresi i danni da HIV, la garanzia è operante a condizione che l'Assicurato abbia ottemperato a tutti gli obblighi previsti in merito al controllo preventivo del sangue da leggi e/o circolari ministeriali specifiche sulla materia e in vigore al momento del fatto.

Questa garanzia è prestata fino al massimale di polizza per sinistro, che deve intendersi anche quale massima esposizione della Società per anno assicurativo/sinistro in serie. Questo sottolimito è da intendersi operante sia con riferimento alla garanzia R.C.T. che a quella R.C.O. (comprese le malattie professionali) anche per i danni:

- da immunodeficienza acquisita e patologie correlate, da qualunque causa determinati;
- da manipolazione di prodotti od organi di origine umana e loro derivati quali – a titolo esemplificativo e non limitativo – plasma, plasmaproteine, immunoglobuline, cellule, tessuti.

Q)- RC somministrazione, distribuzione, utilizzazione di prodotti medicinali

L'assicurazione comprende la Responsabilità civile derivante dalla somministrazione, distribuzione, utilizzazione, di prodotti medicinali, farmaceutici, parafarmaceutici e protesi, anche in via di sperimentazione autorizzata dagli organi competenti e nel rispetto della normativa vigente direttamente o tramite enti o persone convenzionate.



R)- RC sostanze radioattive

A parziale deroga dell'Art 2.4 commi I) e X), l'assicurazione comprende i danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive, inclusa Risonanza Magnetica Nucleare, nonché da generazione di campi elettromagnetici o di radiazioni da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto utilizzato per svolgere la propria attività. L'assicurazione è efficace a condizione che l'attività del Contraente sia intrapresa con l'osservanza delle norme vigenti in materia nonché delle prescrizioni della competente autorità. Il Contraente si impegna altresì ad uniformarsi alle norme ed alle prescrizioni successivamente emanate, a valersi esclusivamente di personale tecnico specializzato ed idoneamente protetto e ad allontanare qualsiasi persona estranea all'impiego delle fonti dai locali di conservazione ed uso delle fonti stesse;

Il Contraente accorda alla Società la facoltà di ispezione del rischio, senza che tale facoltà diminuisca gli impegni e gli obblighi assunti in forza della presente condizione.

Il massimale per sinistro indicato in polizza rappresenta il limite di esposizione della Società per ciascun sinistro in serie e periodo assicurativo annuo.

S) - Inquinamento accidentale

L'assicurazione vale per la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni da inquinamento derivanti da guasti o rotture accidentali; ovvero i danni determinati in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria o del suolo congiuntamente o disgiuntamente provocati da sostanze di qualunque natura, emesse, scaricate e disperse, deposte o comunque fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di impianti e condutture di pertinenza dell'Ente assicurato.

L'assicurazione copre anche la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni conseguenti al conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi; inoltre per l'eventuale responsabilità per le operazioni di smaltimento di detti rifiuti (eseguite da terzi), che abbiano provocato a terzi lesioni personali o morte e/o un inquinamento di qualsiasi natura, a condizione che l'evento sia derivato da fatto accidentale ed il conferimento dei rifiuti sia stato effettuato da Aziende regolarmente autorizzate ai sensi delle disposizioni delle leggi vigenti.

La presente estensione di garanzia si intende prestata con l'applicazione di uno scoperto del 10% di ogni sinistro, con il minimo non indennizzabile di Euro 2.500,00.= ed il massimo di Euro 25.000,00.= e comunque fino a concorrenza di un massimo risarcimento di Euro 1.000.000.= per sinistro e per anno assicurativo.

T)- Malattie professionali (comprese le malattie extratabellari)

L'assicurazione della responsabilità civile verso tutti i dipendenti è estesa al rischio delle malattie professionali di cui al DPR 30.6.1965 n. 1124 come modificato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988, purchè venga riconosciuta la causa di lavoro da parte della magistratura.

L'estensione si intende operativa a condizione che la malattia si manifesti in data posteriore a quella della stipulazione della polizza e sia conseguenza di fatti colposi commessi e verificatisi durante il periodo di efficacia temporale della stessa.

La garanzia non vale:

1. per i prestatori di lavoro per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale precedentemente indennizzata o indennizzabile;
2. per le malattie conseguenti:
 - a. alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte dei rappresentanti legali dell'impresa;
 - b. alla intenzionale mancata prevenzione del danno, per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni, da parte dei rappresentanti legali dell'impresa.



La presente esclusione cessa di avere effetto per i danni verificatisi successivamente al momento in cui, per porre rimedio alla situazione, vengano intrapresi accorgimenti che possano ragionevolmente ritenersi idonei in rapporto alle circostanze.

3. per l'asbestosi e la silicosi;
4. per le malattie provocate da ritenuti soprusi o comportamenti vessatori in genere quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: discriminazioni, demansionamenti, molestie di varia natura posti in essere da colleghi e/o superiori al fine di emarginare e/o allontanare singole persone o gruppi di esse dall'ambito del lavoro (c.d. "mobbing", "bossing").

La presente garanzia opera con un sottolimito di € 1.500.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.

U)- Attività di sperimentazione

A parziale deroga dell'art. 2.4 sub W) l'Assicurazione è prestata per le conseguenze della responsabilità civile derivante all'Assicurato, ai sensi di legge, dalla sua qualità di esercente, autorizzato ai sensi di legge, a svolgere attività di sperimentazione clinica di ogni fase e grado con protocolli interni e/o sponsorizzati da terzi. L'assicurazione opera per la diretta ed esclusiva responsabilità del Contraente/Assicurato e del proprio personale medico e paramedico e non comprende la responsabilità che ricade sul produttore dei farmaci e/o presidi sanitari oggetto della sperimentazione e sullo sponsor, né la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione, né il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione. La garanzia opera a condizione che sia stato correttamente rilasciato il consenso informato da parte del soggetto sottoposto a trattamento; l'assicurazione non comprende i danni imputabili ad inidoneità o insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello sponsor.

V)- Norme per la sicurezza sul lavoro

L'assicurazione della responsabilità civile del personale del Contraente cui siano stati attribuiti gli incarichi e le mansioni di cui al D. Lgs. n. 81/08, con espressa rinuncia alla rivalsa da parte della Società.

Z)- Comitato Etico

La società, si obbliga a tenere indenne i membri dei Comitati Etici (indicare descrizione identificativa dei CE), di quanto questi siano tenuti a pagare quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati nell'ambito delle proprie competenze ai soggetti sottoposti alla sperimentazione per morte e per lesioni personali.

Questa estensione di garanzia inoltre non comprende:

1. i danni che siano imputabili alla responsabilità degli sperimentatori e degli sponsors delle sperimentazioni;
2. i danni imputabili a vizio di consenso, qualora il consenso informato sia considerato non "validamente prestato" ai sensi di legge;
3. i danni imputabili ad inidoneità od insufficienza di coperture assicurative;
4. i danni che derivino da sperimentazioni svolte al di fuori del territorio italiano.

Questa garanzia è prestata nell'ambito dei massimali di polizza con un sottolimito di € 3.000.000,00 per sinistro/anno assicurativo/sinistro in serie

Art. 2.4 - Delimitazione dell'assicurazione – Esclusioni

L'assicurazione RCT non comprende i danni:



- a. da furto, fatto salvo quanto previsto dall'art. 2.3 (Rischi inclusi nell'assicurazione) sub K).
- b. alle persone trasportate su veicoli e natanti a motore di proprietà del Contraente o da lui detenuti;
- c. da circolazione su strada di uso pubblico, su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- d. da impiego di macchinari od impianti che siano condotti ed azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- e. alle cose e/o opere di terzi sulle quali si eseguono i lavori ed a cose rimorchiate, trasportate, movimentate, sollevate, caricate o scaricate;
- f. a fabbricati ed a cose in genere dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazioni del terreno, da qualsiasi causa determinati;
- g. conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazioni di sorgenti o corsi d'acqua, alterazione od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanti trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento. Tale esclusione è valida a tutti gli effetti salvo quanto previsto dall'art. 2.3 (Rischi inclusi nell'assicurazione) sub S).

L'assicurazione RCT/RCO non comprende i danni:

- h. da detenzione o impiego di esplosivo;
- i. derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i danni che in relazione ai rischi assicurati si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, fatto salvo quanto previsto dall'art. 2.3 (Rischi inclusi nell'assicurazione) sub R);
- j. che fossero già noti al Contraente prima della data di effetto di questa assicurazione, anche se mai denunciati a precedenti assicuratori;
- k. derivanti da violazione della privacy;
- l. derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);
- m. relativi ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages), le penalità, le multe, le ammende o altre sanzioni comminate al Contraente o all'Assicurato;
- n. conseguenti ad interventi di chirurgia puramente estetica, ossia effettuati a scopo diverso da quello ricostruttivo a seguito di infortunio o malattia o malformazione funzionale;
- o. che abbiano origine o siano connessi con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali negli stabilimenti del Contraente;
- p. derivanti da omissione, errore o ritardo nella stipulazione, nell'aggiornamento o nel rinnovo di adeguate coperture assicurative, cauzioni, fideiussioni o altre garanzie finanziarie, o nel pagamento dei relativi premi o altri corrispettivi o derivanti dalla erronea, tardiva o impropria esecuzione o utilizzazione di tali contratti e strumenti;
- q. in relazione a eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data di retroattività stabilita all'art. 1.19;
- r. conseguenti ad atti di terrorismo, atti di sabotaggio ed atti di guerra in genere;
- s. responsabilità assunte volontariamente dall'Assicurato al di fuori dei compiti di ufficio o di servizio e non derivantegli dalla legge, da statuto, regolamenti o disposizioni dell'ente, salvo quanto previsto all'art. 2.1 paragrafo C).



- t. da implantologia di prodotti/impianti che prevedono l'utilizzo di silicone in forma liquida/gelatinosa;
- u. da amianto;
- v. da sostanze ed organismi in genere modificati e derivanti o frutto di ingegneria genetica o bio-genetica;
- w. da attività di sperimentazione ("Clinical Trials") e controllo sulla stessa da parte di Comitati Etici, salvo quanto previsto all'art. 2.3 (rischi inclusi nell'assicurazione sub) U e Z);
- x. da generazioni di campi elettromagnetici o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto;

Art. 2.5 - Limiti territoriali

La presente assicurazione vale per il modo intero.

Data / /

La Società

Il Contraente



Art. 3 - Norme che regolano la gestione sinistri

Ferme restando tutte le condizioni contrattuali cui si rimanda integralmente e che si intendono assunte a premessa, principale finalità della presente procedura è quella di giungere nel più breve tempo possibile alla corretta liquidazione del danno, attraverso forme di reciproca collaborazione e cogestione con la Società assicuratrice, anche, per il tramite di ausiliari collegati o indipendenti.

Art. 3.1 - Obbligo del Contraente in caso di sinistro

A parziale deroga dell'art. 1913 Codice Civile, in caso di sinistro, il Contraente o più nel dettaglio l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri nell'Azienda, in caso di ricevimento del sinistro (così come definito in polizza), trasmette regolare denuncia al Broker incaricato, entro il termine previsto dal contratto, ovvero entro 30 giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza; il Broker, a sua volta, ne invia copia al Centro Liquidazione Danni o ispettorato sinistri (Ufficio Sinistri) della Società Assicuratrice.

Il Contraente è tenuto a denunciare alla Società eventuali sinistri rientranti nella garanzia "Responsabilità civile verso prestatori di lavoro" di cui all'art. 2.1 (Oggetto dell'assicurazione) lett. B) solo ed esclusivamente:

- a) in caso di infortunio per il quale ha luogo inchiesta giudiziaria a norma di legge;
- b) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INAIL in caso di surroga ai sensi del D.P.R. 30/06/1965 n.1124 e successive modificazioni.

Tutte le comunicazioni tra le parti contraenti devono essere effettuate, per essere valide, per iscritto con lettera raccomandata a/r, PEC, fax, e-mail oppure altro mezzo ritenuto idoneo, tramite il Broker, così come disciplinato dalla clausola Broker art. 1.14.

Art. 3.2 - Adempimenti della Società Assicuratrice

All'apertura del sinistro la Società provvederà, entro 10 giorni, a comunicare tramite il Broker, la presa in carica dello stesso, il numero della pratica e la documentazione necessaria per l'istruzione del sinistro.

Le comunicazioni dell'assicuratore all'Azienda verranno effettuate tramite il Broker.

la Società si impegna, altresì, a partecipare attivamente al comitato di valutazione dei sinistri di cui la contraente si avvale al fine di collaborare per la gestione e liquidazione dei sinistri.

La Società è tenuta a contestare al contraente, per il tramite del Broker, le eccezioni sull'operatività della garanzia, tempestivamente, al fine di non pregiudicare i diritti di difesa e/o di manleva della contraente.

Art. 3.3 - Documentazione - Modalità di trasmissione dei carteggi documentali per l'istruttoria della pratica

L'Azienda potrà trasmettere al Broker la relazione riassuntiva con tutta la documentazione raccolta per l'istruttoria, oltre alla eventuale relazione redatta dal Dipartimento di medicina legale, se coinvolto.

La suddetta documentazione sarà conseguentemente trasmessa all'Assicuratore.

Art. 3.4 - Richiesta di documentazione dell'Assicuratore (e/o del Loss Adjuster) al danneggiato

L'Assicuratore, previa acquisizione dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali, inoltra una richiesta di documentazione anche al danneggiato (tramite l'Avvocato qualora il danneggiato abbia conferito mandato ad un legale per la richiesta di risarcimento), inviandone copia per conoscenza anche al Broker.



Art. 3.5 - Gestione delle vertenze di danno - Spese legali

La Società assume fino alla loro conclusione la gestione delle vertenze del danno tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile sia penale, ivi compresi i procedimenti di conciliazione, così come previsto dal D.Lgs. 4/03/2010 numero 28, in nome del Contraente/Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici, condivisi con l'Assicurato, ed avvalendosi di tutti i diritti o azioni spettanti al Contraente/Assicurato stesso.

Al ricevimento di una eventuale domanda di mediazione la Contraente è tenuta ad informare tempestivamente la Società ed 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 la opportunità o meno di aderire alla domanda del terzo.

Le Parti saranno tenute, per quanto di loro pertinenza, ad 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.

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 prestato dal presente contratto per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Società ed il Contraente/Assicurato nella misura del rispettivo interesse.

Si conviene che la contraente e la Società individueranno preliminarmente e di comune accordo, un elenco di legali per procedimenti penali e civili, con esperienza nel settore sanitario, fra i quali l'assicurato potrà scegliere il legale di fiducia da designare.

La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende.

Art. 3.6 – Clausola franchigia aggregata annua

All'inizio di ogni periodo assicurativo annuo il Contraente istituisce un apposito fondo in bilancio per un ammontare pari alla franchigia aggregata. Il fondo è destinato esclusivamente al pagamento dei risarcimenti pertinenti al rispettivo periodo assicurativo annuo, fino al suo esaurimento.

La franchigia aggregata annua di Euro 750.000,00 deve intendersi quale importo massimo a carico del Contraente per la totalità dei sinistri risarcibili ai sensi della presente polizza, in ciascuna annualità assicurativa.

Pertanto gli Assicuratori indennizzeranno soltanto le somme eccedenti tale ammontare, fermo restando il massimale aggregato annuo di Euro 50.000.000,00, mentre il Contraente provvederà direttamente al pagamento dei sinistri fino alla concorrenza della somma di Euro 750.000,00.

La gestione dei sinistri sarà a carico degli Assicuratori dal primo centesimo.

Poiché la presente assicurazione prevede l'applicazione di una franchigia aggregata, successivamente trascritta in polizza, resta inteso tra le Parti che la Società è tenuta ad acquisire il preventivo consenso della Contraente prima di provvedere alla definizione di qualsiasi danno, fermo restando la trattazione e definizione di ogni sinistro, che sarà condotta dalla Società con la cooperazione degli Uffici competenti del Contraente (Comitato Valutazione Sinistri).

Gli Assicuratori si impegnano altresì a trasmettere alla Contraente, a supporto di quanto sopra, estratto della



relazione medico legale del proprio fiduciario e parere in merito all'opportunità della transazione.

Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, la Contraente dovrà inviare entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della proposta transattiva da parte degli Assicuratori, proprie considerazioni di merito, in assenza delle quali la Società dovrà ritenersi delegata alla transazione nei termini prospettati.

Qualora la Contraente comunichi la volontà di non definire il sinistro entro i termini prospettati dagli Assicuratori, gli eventuali maggiori costi derivanti dalla mancata definizione, rimarranno a carico della Contenente e non andranno a ridurre il fondo della franchigia aggregata.

Acquisito il benessere da parte della Contraente gli Assicuratori provvederanno alla definizione del sinistro e comunicheranno l'importo del pagamento da effettuare. Il Contraente si impegna al pagamento dell'indennizzo entro 60 gg. dalla comunicazione degli Assicuratori, che trasmetteranno l'integrale documentazione attestante l'avvenuta definizione del danno affinché la Contraente possa provvedere al pagamento del risarcimento in favore dell'avente diritto.

Poiché ogni pagamento va a ridurre il fondo della franchigia aggregata, gli eventuali maggiori costi, dovuti a mancato pagamento oppure a pagamento tardivo o parziale oppure a risarcimenti e/o spese non previamente approvati dagli Assicuratori, restano a totale carico del Contraente e non vengono conteggiati ai fini della riduzione del fondo della franchigia aggregata.

Al superamento dell'importo previsto a titolo di franchigia aggregata per periodo di assicurazione la Società provvede alla liquidazione integrale del risarcimento in favore del Terzo, e ogni 90 (novanta) giorni presenterà l'elenco dei sinistri liquidati nel periodo precedente, corredato dalla fotocopia dell'atto di quietanza, debitamente sottoscritto dal terzo danneggiato, nonché da copia dell'assegno o mandato di bonifico con cui è stata effettuata la transazione.

Resta altresì convenuto tra le Parti che le procedure dettagliate per la gestione dei sinistri potranno essere ridefinite in apposito protocollo.

Per la gestione dei danni il contraente, sarà dotato di una piattaforma elettronica compatibile con quella della Società al fine di favorire la velocità della liquidazione dei danni attraverso flussi di comunicazione in tempo reale.

Tale franchigia non opera per i danni previsti dalla Sezione II "Estensione alla colpa grave" della presente polizza: tale deroga opererà nel solo caso in cui sia stata pagata la quota di premio individuale prevista al punto 8 della scheda di offerta garanzia "Colpa Grave" – Sezione II.

Art. 3.7 – Liquidazione, Pagamento e rimborso

Qualora si pervenga ad una proposta di transazione definitiva condivisa dall'Azienda, l'assicuratore prima di procedere alla formale proposta di definizione richiederà all'Azienda, tramite il broker, formale consenso alla liquidazione del danno nella misura definita.

Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, l'Azienda, in sede di comitato di valutazione dei sinistri, dovrà esprimere le proprie valutazioni in merito.

Acquisito il benessere da parte della contraente, l'assicuratore procederà alla liquidazione del danno acquisendo l'atto di quietanza sottoscritto dalla controparte.

Resta inteso che, allorquando, l'Azienda esprima parere sfavorevole alla definizione transattiva prospettata dall'assicuratore corredata dalla volontà della controparte alla accettazione della stessa, l'assicuratore resterà impegnato esclusivamente per quell'importo e null'altro potrà essergli eccetto.



Trimestralmente e fino alla definitiva chiusura di tutti i sinistri denunciati dalla presente polizza, la Società invierà alla contraente il riepilogo dei sinistri liquidati nel periodo di riferimento allegando gli atti di quietanza debitamente sottoscritti, l'importo liquidato e l'importo che la contraente dovrà rifondere alla Società per il rimborso delle eventuali franchigie operanti sulle garanzie colpite.

Art. 3.8 – Comitato valutazione dei sinistri

L'Azienda, di comune accordo con la Società Assicuratrice, si avvale del Comitato di Valutazione dei sinistri per la specifica tematica del monitoraggio e della gestione dei sinistri. E', quindi, interessato a valutare la fondatezza delle richieste di risarcimento, esprime parere sugli importi posti a riserva ed a rappresentare le eventuali tesi difensive. I componenti del Comitato sono rappresentativi delle seguenti aree interne ed esterne all'Azienda:

- ✓ **Ufficio interno preposto alla gestione dei Sinistri**
- ✓ **Direzione Sanitaria**
- ✓ **Medicina Legale**
- ✓ **Ufficio Legale**
- ✓ **Società di Assicurazione**
- ✓ **Broker**
- ✓ **Legali incaricati nelle procedure giudiziali convenuti di volta in volta in virtù dei sinistri in esame**

I nominativi dei componenti sono deliberati dall'Azienda e, se ritenuto necessario, potrà essere prevista un'integrazione con altre professionalità per affrontare i casi specifici.

Il Comitato di Valutazione con cadenza periodica, fissata di volta in volta, salvi i casi di particolare necessità, valuta congiuntamente:

- ❖ **l'ammontare del preventivo tecnico di liquidazione dei sinistri, previa definizione congiunta dei criteri di quantificazione;**
- ❖ **l'istruzione e lo stato delle pratiche aperte;**
- ❖ **l'aggiornamento degli importi riservati;**
- ❖ **l'aggiornamento degli importi riservati, conseguentemente all'istruzione e alla trattazione del sinistro;**
- ❖ **le proposte di gestione della vertenza, sia in sede giudiziale che stragiudiziale, indicando anche il massimo ammontare dell'offerta formulabile;**
- ❖ **le proposte di offerta transattiva alla controparte;**
- ❖ **le eventuali problematiche emerse nelle procedure, al fine di individuare le possibili soluzioni.**

Il Comitato potrà avvalersi della collaborazione di altre strutture aziendali in base alle necessità/argomenti trattati.

Il coordinamento del Comitato Valutazione Sinistri sarà in capo al Responsabile indicato dalla Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio che avrà, comunque, cura e responsabilità di implementare il monitoraggio sull'andamento dei sinistri, congiuntamente tra l'Assicuratore, l'Azienda ed il Broker stesso.

A tal fine, la Società si impegna a creare e mantenere, apportando i necessari aggiornamenti, una banca dati sinistri relativa a tutte le posizioni di sinistro denunciate e ciò sino alla definizione dell'ultimo sinistro ancora pendente, anche dopo la cessazione dell'assicurazione stessa.



La Società si impegna, altresì, a garantire la propria presenza a periodiche riunioni del Comitato anche successivamente alla data di scadenza del contratto di riferimento, al fine di dare continuità al lavoro per quei sinistri che alla scadenza non abbiano trovato una compiuta definizione.

Tale partecipazione avrà luogo fino a quando non verranno definiti tutti i sinistri per i quali l'Assicurato riterrà necessario il confronto congiunto con la Società.

Resta fermo che la Società Assicuratrice non potrà impegnare la Contraente ad alcun pagamento senza il consenso di quest'ultima od a pagamenti per somme eccedenti quelle approvate dalla Contraente stessa.

Data / /

La Società

Il Contraente



SEZIONE II – Estensione della garanzia alla Colpa Grave

GARANZIA FACOLTATIVA –

L'eventuale quotazione non influisce ai fini dell'aggiudicazione

Sezione II Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione

La Compagnia si obbliga a tenere indenne gli assicurati di quanto gli stessi siano civilmente responsabili ai sensi di legge in conseguenza esclusivamente di eventi addebitabili a loro per colpa grave (giudizialmente accertata con provvedimento definitivo od esecutivo dall'Autorità Giudiziaria competente) che abbiano causato sinistri risarcibili ai sensi della sezione I della presente polizza sia durante l'orario di lavoro che nel corso di svolgimento di attività libero professionale intramoenia, esplicita nei modi e nei termini stabiliti dai vigenti Accordi Nazionali ed Aziendali, in conseguenza di:

- ✓ azione di rivalsa esperita dalla Compagnia ai sensi della Sezione I della presente polizza;
- ✓ azione di rivalsa esperita direttamente dal Contraente o dalla Corte dei Conti;
- ✓ azione diretta da parte del terzo danneggiato;

Per la presente garanzia non si applica alcuna franchigia in caso di sinistro.

Sezione II Art. 2 – Modalità di adesione e decorrenza della copertura

L'adesione alla presente garanzia viene perfezionata su base volontaria e la relativa notifica avviene utilizzando un modulo di richiesta di adesione, che l'Assicurato dovrà trasmettere al Broker, a mezzo fax, debitamente compilato, datato e sottoscritto, entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese corrispondente a quello di sottoscrizione.

La copertura decorre, per i primi 30 giorni di polizza, con effetto le ore 24.00 del giorno di decorrenza della polizza base; le coperture che perverranno dopo tale termine avranno una decorrenza, per ciascun assicurato, dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese corrispondente a quello di sottoscrizione e trasmissione del Modulo di richiesta di adesione.

Sezione II Art. 3 – Validità temporale della garanzia

Ai fini della presente estensione, la copertura si intende operante per i comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di validità della garanzia od in epoca antecedente, ma non oltre:

- a. il periodo di retroattività della polizza (art. 1.19) per gli Assicurati che aderiscono alla presente estensione entro sessanta (60gg) dalla data di decorrenza della polizza;
- b. i dodici mesi precedenti la data di attivazione per gli Assicurati che aderiscono alla presente estensione di garanzia oltre il termine di cui al punto a), purché siano stati assicurati con altra polizza RC Professionale cessata da non più di due mesi e ne dichiarino gli estremi;
- c. le ore 24.00 della data di attivazione per gli assicurati che aderiscono alla presente estensione di garanzia oltre sessanta (60gg) dalla data di decorrenza della polizza ed in assenza di polizza RC Professionale prevista al precedente punto b)

Sezione II Art. 4 – Determinazione e pagamento del premio

Il premio annuo lordo per ciascun assicurato è quello indicato nell'Allegato (Prospetto di Offerta) al punto 8. Per gli Assicurati che aderiscono nel corso dell'annualità assicurativa di polizza, il premio dovuto è determinato in dodicesimi in relazione all'effettivo periodo di copertura.



Il premio dovuto da ciascun Assicurato, come previsto dall'art. 21 del CCNL ed applicato per analogia dello stesso per gli altri assicurati, verrà frazionato in rate mensili.

Il Broker mensilmente trasmetterà alla Società dopo 10 giorni dal termine di ciascun mese le copie dei moduli di richiesta di adesione pervenuti come sopra indicato.

La Società emetterà appendice mensile contenente l'elenco degli assicurati ed il relativo pagamento dovrà essere corrisposto entro 60 giorni dalla data di emissione dell'appendice.

La copertura si rinnova tacitamente per ciascun assicurato, fatto salvo:

- disdetta inviata dall'Assicurato con preavviso di 60 giorni dalla scadenza annuale;
- nel caso in cui l'Assicurato non sia più dipendente della Contraente, per qualsiasi motivo (trasferimento, quiescenza, ecc...);

Si conviene inoltre che i massimali assicurati previsti per ciascun aderente devono intendersi distinti e separati rispetto a quelli previsti dalla polizza di base; ogni singola adesione si intende distinta e separata rispetto le altre, motivo per cui ogni assicurato sarà ritenuto in garanzia purché l'Azienda abbia regolarmente corrisposto la trattenuta applicata sulla busta paga dell'assicurato nel rispetto di quanto previsto al precedente art. 4.

Sezione II Art. 5 – Solidarietà

L'assicurazione vale esclusivamente per la personale e diretta responsabilità dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale di un Assicurato con altri soggetti (assicurati o non assicurati), la Compagnia risponderà soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Sezione II Art. 6 – Massimale assicurato per sinistro e per anno assicurativo

Il massimale assicurato per sinistro ed anno assicurativo riconosciuto a ciascun soggetto assicurato/aderente, fermo ed invariato il massimale annuo di polizza, sarà pari a quello indicato nell'offerta "Qualità" presentata dalla Società e non potrà essere inferiore ad Euro 1.000.000,00



Disposizione finale

Il presente capitolato, già sottoscritto in ogni sua pagina dalla Società aggiudicatrice, dopo la delibera di aggiudicazione del Contraente e la successiva sottoscrizione da parte del Legale Rappresentante assume a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa.

Ad aggiudicazione avvenuta, il Contraente dà notizia immediata alla Società che ha vinto la gara, inoltrandole copia in estratto della delibera con allegato il capitolato-contratto.

La Società aggiudicataria inserirà l'eventuale riparto delle Coassicuratrici che sarà allegato al Capitolato all'atto della firma del Legale Rappresentante del Contraente.

In assenza di tale documento la garanzia assicurativa si intenderà assunta al 100% da parte della delegataria.

Data / /

La Società

Il Contraente



Dichiarazione

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Art. 1.7 – Recesso in caso di sinistro;

Art. 1.9 - Durata del contratto;

Art. 1.11 - Foro competente;

Art. 1.13 - Assicurazione presso diversi assicuratori;

Art. 1.14 - Clausola Broker;

Art. 1.19 – Efficacia temporale della garanzia.

Data / /

La Società

Il Contraente



ALLEGATO (PROSPETTO DI OFFERTA)
 Costituente parte integrante della presente polizza di assicurazione
(da compilarsi esclusivamente in sede di Offerta Economica)

La sottoscritta Società propone la seguente offerta economica in base ai dati riepilogati di seguito:

1 CONTRAENTE

Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio"
Via Vinicio Cortese, 10
88100 Catanzaro (CZ)
P.IVA 01991520790

2 DURATA CONTRATTUALE:

Anni 3 mesi 0 giorni 0 dalla data di aggiudicazione

Frazionamento

Annuale

(La rata di polizza annuale potrà essere frazionata alla prima scadenza utile in semestrale, senza che l'Impresa possa in alcun modo applicare una maggiorazione per interessi di frazionamento o per qualsiasi altra causa)

3 RISCHIO ASSICURATO:

3.1 Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)

3.2 Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (RCO)

4 MASSIMALI ASSICURATI

| | | |
|---|-----|---|
| 4.1 | RCT | Euro 7.500.000,00=per sinistro |
| | | Euro 7.500.000,00=per persona |
| | | Euro 7.500.000,00= per danni a cose e/o animali |
| 4.2 | RCO | Euro 2.500.000,00=per sinistro |
| | | Euro 2.500.000,00=per persona |
| MASSIMALE AGGREGATO ANNUO PER TUTTE LE SEZIONI | | |
| Euro 50.000.000,00 | | |

5 RETRIBUZIONI LORDE PREVENTIVE

Euro 65.000.000,00

6 FRANCHIGIA AGGREGATA ANNUA – GARANZIA RCT

Euro 750.000,00



OFFERTA ECONOMICA - BASE PER L'AGGIUDICAZIONE**7 RCT/RCO – SEZIONE I**

| | |
|--|---|
| | ‰ (da applicare sulle retribuzioni lorde preventivate) |
| Premio annuo lordo complessivo BASE PER L'AGGIUDICAZIONE (IN CIFRE) | Euro |
| Premio annuo lordo complessivo BASE PER L'AGGIUDICAZIONE (IN LETTERE) | Euro |
| Premio semestrale lordo (IN CIFRE) | Euro |
| Premio semestrale lordo (IN LETTERE) | Euro |

* in caso di incongruenza tra il tasso applicato alle retribuzioni e quanto indicato nel riquadro sottostante “base per l’aggiudicazione” verrà ritenuta valida, ai fini dell’aggiudicazione del servizio assicurativo, l’offerta economica più bassa.

**8 OFFERTA ECONOMICA ESTENSIONE COLPA GRAVE*
GARANZIA FACOLTATIVA –**

**L'eventuale quotazione non influisce ai fini dell'aggiudicazione del servizio assicurativo.
La mancata quotazione non pregiudica l'aggiudicazione del servizio assicurativo.**

**IL MASSIMALE ASSICURATO PER LA PRESENTE ESTENSIONE FACOLTATIVA DEVE
ESSERE INDICATO NELLA OFFERTA “QUALITA” E QUANTIFICATO IN UNA MISURA
NON INFERIORE AD EURO 1.000.000,00=**

| Categorie assicurate | Costo annuo pro-capite per Assicurato |
|---|--|
| 1) Prestatori di lavoro inquadrati come dirigenti, nonché personale laureato (medici, medici convenzionati, veterinari, biologi, psicologi, odontotecnici, sociologi etc.) a rapporto libero professionale o che presta collaborazione coordinata continuativa o legati all'Assicurato da un “contratto di lavoro a progetto”. | Euro |
| 2) Prestatori di lavoro non dirigenti inquadrati nelle Categorie D e Ds del comparto (ad esempio, Infermieri professionali, Capo sala, ecc.,) nonché personale non laureato (assistenti sociali, infermieri, assistenti odontotecnici, etc.) a rapporto libero professionale o che presta collaborazione coordinata continuativa o legati all'Assicurato da un “contratto di lavoro a progetto”. | Euro |

(*) Per la categoria **1)** il costo annuo pro-capite per ogni Assicurato dovrà essere compreso tra un minimo di Euro 312,00= ed un massimo di Euro 600,00=; per tale estensione l'AZIENDA OSPEDALIERA provvederà a trattenere sulla busta paga di ciascun aderente un importo mensile che potrà variare da Euro 26,00= a Euro 50,00=



(*) Per la categoria **2**) il costo annuo pro-capite per ogni Assicurato dovrà essere compreso tra un minimo di Euro 200,00= ed un massimo di Euro 250,00=; per tale estensione l'AZIENDA OSPEDALIERA provvederà a trattenere sulla busta paga di ciascun aderente un importo mensile che potrà variare da Euro 16,00= a Euro 21,00

9 ACCETTAZIONE

La Società, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP o D.M. n. del pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (o suo supplemento n.) n. del, dichiara di aver esaminato in ogni sua parte la lettera di invito ed il presente capitolato e quant'altro ad esso allegato e di conseguenza di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità e le prescrizioni in essi contenute.

10 AUTORIZZAZIONE

L'Appaltatore autorizza l'Ente Appaltante - irrevocabilmente e per tutta la durata della presente assicurazione - ad effettuare i pagamenti delle somme dovute all'Appaltatore medesimo a favore della General Broker Service S.p.A., in forma liberatoria per l'Appaltante.

11 CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, autorizza al trattamento dei dati personali, disgiuntamente, la Società ed il Broker.

La Società

Il Contraente

