

**POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E
DIPENDENTI E RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE
PER AZIENDE E STRUTTURE OSPEDALIERE E SANITARIE
ACCREDITATE CON IL SSN (SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE)**

La presente polizza è stipulata tra

FONDAZIONE CNAO
Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica
Strada Campeggi 53 – 27100 PAVIA
P.IVA. 03491780965

E

Decorrenza ore 24.00 del 30.11.2019
Scadenza ore 24.00 del 30.11.2021
Scadenza annuale: 30.11

ASSICURAZIONE NELLA FORMA « CLAIMS MADE »

DEFINIZIONI

- 1 - POLIZZA :** il presente documento, sottoscritto dalle Parti contraenti quale prova del contratto di assicurazione.
- 2 - SCHEDA DI POLIZZA :** l'eventuale formulario che è annesso a questa polizza per farne parte integrante e che contiene gli estremi del contratto e le altre precisazioni richiamate nel testo.
- 3 - CONTRAENTE :** l'Azienda di diritto privato che contrae questa assicurazione per conto proprio e per conto delle altre persone assicurate.
- 4 - ASSICURATO :**
- (a) il Contraente stesso,
 - (b) i dirigenti e i dipendenti del Contraente;
 - (c) i medici e i sanitari convenzionati. E' considerato "convenzionato" il medico o il sanitario che, in base ad appositi accordi stipulati per iscritto col Contraente, presta la sua opera negli stabilimenti del Contraente oppure presso altri stabilimenti di Terzi ove il Contraente esercita le attività indicate in questa polizza, per conto del Contraente stesso.
 - (d) i medici in formazione specialistica, ai sensi dell'art. 41 comma 3 del D.lgs. 17 agosto n. 368 del 1999;
 - (e) tutti i collaboratori non dipendenti che partecipano a qualsiasi titolo alle attività svolte dalla Fondazione CNAO, inclusi tirocinanti, stagisti, visitatori, personale docente ("scuola in Ospedale"), volontari e medici in libera professione e qualunque componente della sua equipe.
- 5 - ASSICURATORI :** la Compagnia di assicurazione che assume il rischio.
- 6 - DANNO/DANNI :** il pregiudizio, di natura patrimoniale e non patrimoniale, sofferto dal terzo (articolo 5.2) a seguito di morte o lesioni alla persona, o di distruzione, danneggiamento o perdita di cose.
- 7 - COSE :** sia gli oggetti materiali sia gli animali.
- 8 - SINISTRO :** la richiesta di risarcimento (definizione 10) fatta nei confronti dell'Assicurato per la prima volta durante il periodo di durata dell'assicurazione (articoli 1 e 2) e regolarmente denunciata agli Assicuratori (articolo 11), in relazione alle responsabilità per le quali è prestata questa assicurazione.
- 8 bis - Sinistro da Responsabilità Civile Professionale Sanitaria** I sinistri relativi a lesioni personali o morte, riconducibili alla Responsabilità connessa all'esercizio della professione medico/sanitaria ed alle attività ad essa strettamente connesse.
- 9 - SERIE DI SINISTRI :** tutti i sinistri provenienti da più soggetti e riconducibili a uno stesso evento o a uno stesso atto illecito o errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni che abbiano una causa comune.
- 10 - RICHIESTA DI RISARCIMENTO:** ogni inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato; qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione 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.
- 11 - INDENNIZZO :** la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di uno o più sinistri rientranti in questa assicurazione.

12 - LIMITE

DI INDENNIZZO :

Il massimale stabilito in Polizza, che rappresenta il limite dell'obbligazione degli Assicuratori, per capitale, interessi e spese, e che è invalicabile in qualunque circostanza e a qualsiasi titolo, anche nel caso di corresponsabilità tra più persone assicurate con questo contratto.

Salva diversa precisazione nel testo, la Polizza prevede o può prevedere:

- un limite di indennizzo per ogni sinistro, che è il massimale a cui gli Assicuratori sono tenuti per ciascun sinistro che possa colpire questo contratto;
- un limite di indennizzo per ogni serie di sinistri, che è il massimale a cui gli Assicuratori sono tenuti per ogni serie di sinistri che possa colpire questo contratto, fermo il limite di indennizzo per ogni sinistro;
- un limite di indennizzo annuale, che è il massimale cumulativo per l'insieme di tutti i sinistri di pertinenza di un determinato periodo assicurativo annuale, qualunque sia il numero dei danneggiati e delle persone assicurate coinvolte, e senza riguardo al momento in cui i danni si sostanzino o ne venga effettuata la liquidazione;
- un sottolimito di indennizzo per talune singole voci di rischio; il sottolimito di indennizzo può essere per ogni sinistro oppure annuale, in analogia con le definizioni che precedono, oppure in altra forma risultante dal testo, e non è mai in aggiunta al limite di indennizzo, ma è una parte dello stesso.

13 - FRANCHIGIA PER OGNI SINISTRO :

L'importo che, per ogni sinistro, viene detratto dall'ammontare liquidabile a termini di polizza per il risarcimento di danni e che rimane a carico del Contraente. Gli Assicuratori rispondono di quella parte di tale importo, che supera la franchigia. Ove si tratti di una serie di sinistri quale sopra definita, la franchigia è applicabile una volta sola al totale dell'intera serie di sinistri.

14 - FRANCHIGIA AGGREGATA (non operante) :

L'ammontare fino a concorrenza del quale il Contraente assume a suo carico il pagamento di tutte le somme liquidate a termini di questo contratto per il risarcimento dei danni relativi ai sinistri rientranti in un determinato periodo assicurativo annuo. Soltanto dopo che il totale dei risarcimenti pagati avrà esaurito la franchigia aggregata, gli Assicuratori risponderanno delle ulteriori somme liquidate.

15 – DANNO MATERIALE:

Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte, danneggiamenti di cose.

16 - PERDITE PATRIMONIALI:

Ogni danno immateriale, intendendosi per tale il pregiudizio che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamento a cose, ad eccezione, per quest'ultima, di smarrimento, distruzione, deterioramento di atti, documenti e/o titoli.

ATTIVITA' ESERCITATE DAL CONTRAENTE

L'assicurazione è riferita alle attività esercitate dal Contraente, qui di seguito indicate :
(Si vedano anche gli articoli 9.2 e 9.4)

Esercizio della Fondazione "CNAO" - Centro Nazionale Adroterapia Oncologica.

L'attività prevede tutti i servizi e le prestazioni che ai sensi di legge possono essere effettuati dall'Assicurato, negli stabilimenti propri o di terzi, nelle varie discipline mediche, sanitarie, tecnologiche e scientifiche con particolare riferimento alle attività di sperimentazione (utilizzo "linea sperimentale"), laboratorio, diagnostiche, terapeutiche e di ricerca; e l'attività di progettazione e realizzazione di nuovi impianti scientifici, medici e sanitari in Italia e all'Estero.

L'Assicurato può svolgere tutte le attività riconducibili ai servizi sopra elencati anche:

- a supporto e per conto di altre aziende, società, fondazioni o altri enti pubblici o privati;
- partecipando ad aziende, società, fondazioni o altri enti pubblici o privati;
- avvalendosi di terzi (persone fisiche e/o giuridiche).

L'attività della Fondazione non prevede interventi chirurgici o procedure invasive salvo quelle connesse all'esercizio dell'Adroterapia, anche in fase di sperimentazione, e/o ad attività diagnostiche e visite specialistiche.

MASSIMALI

Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)

€ 10.000.000,00 per ogni sinistro

Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO)

€ 7.500.000,00 per ogni sinistro

Massimale aggregato annuo : € 10.000.000,00

NORME RELATIVE ALLA DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Articolo 1 - DURATA DEL CONTRATTO - FACOLTA' DI RECESSO AD OGNI SCADENZA

Questa assicurazione ha inizio e termine alle date rispettivamente indicate sul frontespizio di Polizza. Non è prevista la tacita proroga di cui all'art. 1899 c.c.

Se la durata convenuta è di due o più periodi assicurativi, è facoltà di ognuna delle Parti recedere dal contratto alla scadenza di ciascun periodo assicurativo mediante disdetta da inviare con preavviso di almeno 120 giorni. Uno dei periodi assicurativi può anche essere inferiore all'anno intero, se così convenuto tra le Parti.

E' facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

Articolo 2 - VALIDITA' TERRITORIALE E TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITA' - (Si vedano le definizioni N° 6, 7, 8, 10)

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" e vale per i danni (definizione N° 6) che si manifestino in qualunque parte del mondo e per i sinistri (definizioni N° 8 e 10) che abbiano luogo per la prima volta nel corso della durata di questo contratto, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il periodo di validità dell'assicurazione o comunque non prima del 30.04.2007, e a condizione

che il Contraente ne dia regolare avviso agli Assicuratori, nei modi e nei termini stabiliti all'articolo 11, nel corso del periodo di durata di questo contratto e comunque non oltre il trentesimo giorno dalla data di cessazione di questo contratto. (Articolo 7.1)

Articolo 3 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - (Si vedano le definizioni N° 11 e 12)

Verso pagamento del premio convenuto nei modi e nei termini stabiliti all'articolo 17, e alle condizioni e norme di questa polizza e con le modalità in essa previste, ivi comprese le definizioni che precedono, l'assicurazione è prestata per :

- la RCT - Responsabilità civile verso terzi (articolo 5)
- la RCO - Responsabilità civile verso i dipendenti (articolo 6),

in relazione all'esercizio delle attività indicate in questa polizza.

Gli Assicuratori sono obbligati fino a concorrenza dei limiti e sottolimiti di indennizzo stabiliti e previa applicazione delle franchigie convenute (articolo 16).

Articolo 4 - FATTO DEI COLLABORATORI

L'assicurazione è valida anche per la responsabilità civile derivante all'Assicurato quando il danno sia causato da azione colposa o dolosa commessa, nell'ambito e nello svolgimento delle attività indicate in questa polizza, da persone del cui operato l'Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere, ivi compresi tutti i dipendenti e collaboratori del Contraente (articolo 6.2).

Restano fermi e invariati i diritti di rivalsa ai sensi dell'articolo 14.

Articolo 5 - R C T - RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

5.1 - Oggetto dell'assicurazione RCT (Si veda la definizione N°6)

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, nell'esercizio delle attività indicate in questa polizza. È fatto salvo quanto previsto dall'art. 4.

L'assicurazione RCT vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 giugno 1984, n. 222 e successive modificazioni ed integrazioni.

5.2 - Nozione di terzo/terzi

Ogni persona diversa dai dipendenti del Contraente (articolo 6.2) è considerata terzo ai fini dell'assicurazione RCT.

Anche il dipendente è considerato terzo qualora subisca il danno quando non è sul lavoro o in servizio oppure quando fruisca delle prestazioni e dei servizi erogati dal Contraente o quando subisca i danni contemplati all'articolo 9.4.13.b.

Articolo 6 - R C O - RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I DIPENDENTI

6.1 - Oggetto dell'assicurazione RCO

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale interessi e spese) quale civilmente responsabile ai sensi di legge per danni sofferti dai dipendenti del Contraente (articolo 6.2), a seguito di infortunio avvenuto in occasione di lavoro o di servizio.

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

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

6.2 - Nozione di Dipendenti del Contraente

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

6.3 - Malattie professionali

L'assicurazione RCO è estesa alle malattie professionali contratte per colpa dell'Assicurato, che si manifestino per la prima volta nel corso della durata di questo contratto, fermo il disposto dell'articolo 2. E' esclusa l'asbestosi e ogni malattia ad essa collegata.

6.4 - Efficacia dell'assicurazione RCO

L'assicurazione RCO è efficace alla condizione che l'Assicurato sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia conserva la propria validità se l'eventuale irregolarità è commessa in buona fede e deriva da errore, dimenticanza, omessa dichiarazione di attività svolte occasionalmente, oppure da inesatta o erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia.

Articolo 7 - ESCLUSIONI (Si vedano le definizioni N° 6, 8, 9 e 10)

- 7.1 -** Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nella presente polizza, sono esclusi i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori dopo 30 giorni dalla data di termine della durata di questo contratto (articolo 2), salvo il caso di una serie di sinistri il primo dei quali sia già stato regolarmente denunciato agli Assicuratori; fatta salvo il caso in cui sia stata inserita la garanzia postuma.
- 7.2 -** L'assicurazione non copre danni diversi da quelli definiti in questa polizza e non comprende le richieste di risarcimento (definizione N° 10):
- a) causate da furto, salvo quanto diversamente specificato all'articolo 9.4.05;
 - b) riconducibili ai rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi dell'art.122 del D.Lgs. 209/2005 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione;
 - c) derivanti dall'impiego di natanti a motore o di aeromobili;
 - d) cagionate da macchine, merci e prodotti fabbricati, lavorati, imballati, distribuiti o messi in vendita dall'Assicurato, dopo che siano stati consegnati a terzi, salvo quanto diversamente specificato agli articoli 9.2 e 9.4;
 - e) derivanti dall'incapacità, parziale o totale, dei computer e dei loro sistemi, programmi o applicazioni, di leggere correttamente le date di calendario;
 - f) 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);
 - g) relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages), le penali, le multe, le ammende o altre sanzioni comminate al Contraente o all'Assicurato;
 - h) conseguenti ad interventi di chirurgia puramente estetica, ossia effettuati a scopo diverso da quello ricostruttivo a seguito di infortunio o malattia o malformazione funzionale;
 - i) che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali negli stabilimenti del Contraente;
 - j) derivanti da omissione, errore o ritardo nella stipulazione, nell'aggiornamento o nel rinnovo di adeguate coperture assicurative, cauzioni, fidejussioni 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;
 - k) in relazione a eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data di retroattività stabilita dalla presente polizza.

Articolo 8 - RISCHI ATOMICI - INQUINAMENTO – ESPLOSIVI

L'assicurazione non comprende i danni:

- 8.1** verificatisi in connessione con fenomeni di radioattività, con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente, fatti salvi quelli derivanti dalla detenzione/uso di fonti radioattive e di sorgenti di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti necessarie all'attività dell'Assicurato e salvo quanto previsto agli articoli 9.2.06 e 9.4.03;
- 8.2** conseguenti ad inquinamento dell'aria dell'acqua o del suolo o interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione o impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, salvo quanto previsto all'articolo 9.3;
- 8.3** derivanti dalla detenzione o dall'impiego di esplosivi, salvo quando tale impiego sia richiesto per l'esecuzione di lavori di cui il Contraente sia committente.

Articolo 9 - PRECISAZIONI ED ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE

9.1 - Responsabilità civile gravante sui singoli soggetti

L'assicurazione delimitata in questa polizza è estesa come segue :

- A - Gli Assicuratori rispondono per i casi di responsabilità civile gravante personalmente su ognuno dei soggetti rientranti nella definizione di Assicurato (definizione N° 4) nello svolgimento dei rispettivi incarichi per conto del Contraente
- B - Gli Assicuratori rispondono anche per i casi di responsabilità civile gravante personalmente su ognuno degli altri dipendenti del Contraente (articolo 6.2), quando agiscono per conto del Contraente stesso nei suoi stabilimenti o in stabilimenti di Terzi;
- C - Quanto disposto ai punti A e B che precedono vale anche quando i soggetti rientranti nella definizione di Assicurato e gli altri dipendenti del Contraente svolgano attività presso altre strutture sanitarie in virtù di convenzioni dalle stesse stipulate con il Contraente, o quando rendano prestazioni presso soggetti pubblici o privati, in scuole, asili e domicilia di terzi, per conto del Contraente.
- D - Gli Assicuratori rispondono anche per i casi di responsabilità civile gravante personalmente:
 - 1) Sul Direttore Sanitario;
 - 2) sui soggetti preposti dal Contraente all'osservanza delle norme prescritte dal Decreto Legislativo 81/2008 relativo alla sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, negli stabilimenti del Contraente o in stabilimenti di Terzi;
 - 3) sull'Esperto Qualificato, nonché sulle figure del Medico competente, del Medico autorizzato e sull'esperto in Fisica Medica.
- E - La presente polizza copre la Responsabilità personale e professionale dei membri del Comitato Etico Unico Interaziendale istituito presso la Fondazione IRCCS "Policlinico San Matteo" per le funzioni previste dal Decreto legislativo n. 211 del 24/06/2003, dal Decreto Ministeriale 08/02/2013 e dal D.d.u.o del 25/06/2013 n. 5493 di Regione Lombardia, relativamente a sperimentazioni cliniche, studi e decisioni cliniche da effettuare/effettuate presso le strutture della Fondazione CNAO e/o di cui La Fondazione CNAO è promotrice.

9.2 - Altre attività incluse nell'assicurazione (a scopo indicativo e non limitativo)

L'assicurazione è delimitata dai disposti di questa polizza e non ha altre esclusioni che quelle contenute negli articoli 7 e 8 o introdotte mediante atto sottoscritto dal Contraente e dagli Assicuratori. L'assicurazione è riferita a tutte le attività esercitate dal Contraente e indicate in questa polizza, inclusi i servizi e le operazioni ad esse pertinenti. Tali attività, servizi e operazioni comprendono o possono comprendere anche ognuna delle voci che seguono, che vengono indicate a scopo esemplificativo e non limitativo. Restano fermi in tutti i casi i disposti dell'articolo 14.

- 9.2.01 Raccolta, distribuzione o utilizzazione del sangue o di suoi preparati o derivati di pronto impiego - anche se ne conseguano danni da HIV - a condizione che il Contraente e l'Assicurato ottemperino a tutti gli obblighi previsti, in merito al controllo preventivo del sangue, dalle leggi e circolari ministeriali specifiche sulla materia e in vigore al momento del fatto. E' inteso che l'assicurazione non si estende alla responsabilità civile gravante sui produttori e i fornitori di tali preparati e derivati.
Per questa voce di rischio si applica il limite di indennizzo per ogni serie di sinistri (definizione N° 9), stabilito in polizza.
- 9.2.02 Trasporto primario e secondario per il trasferimento del paziente tra sedi ospedaliere, oppure dal domicilio del paziente alle ubicazioni ove il Contraente esercita le attività indicate in questa polizza e viceversa.
- 9.2.03 Esercizio di corsi di istruzione professionale o di formazione.
- 9.2.04 Somministrazione, distribuzione, utilizzazione di prodotti medicinali farmaceutici, parafarmaceutici e protesi.
- 9.2.05 Esercizio di laboratori chimici e di analisi, compresa anche l'elaborazione di esiti e referti e la redazione, conservazione e consegna di atti o documenti inerenti alle attività indicate in questa polizza.
- 9.2.06 Uso di tutti gli apparecchi ad uso medicale ed elettromedicale, diagnostico, terapeutico, anche se di proprietà di terzi, compresi sincrotroni, ciclotroni, acceleratori di particelle, apparecchi a raggi X, radioisotopi, radionuclidi e altre apparecchiature consimili.
- 9.2.07 Servizi erogati agli assistiti presso il loro domicilio o comunque fuori sede, per conto del Contraente.
- 9.2.08 Terapie particolari, quali la "pet therapy" (terapia con impiego di animali), la "ippoterapia" (terapia con impiego di cavalli), la terapia riabilitativa in acqua.
- 9.2.09 Esercizio di mense e spacci all'interno dei propri stabilimenti, anche se affidato in gestione a terzi.
- 9.2.10 Somministrazione di prodotti alimentari, bevande e simili, anche tramite distributori automatici di proprietà di terzi o affidati in gestione a terzi.
- 9.2.11 Attività formative e ricreative per i dipendenti del Contraente e loro familiari, quali convegni, congressi, corsi di addestramento e di aggiornamento, concorsi, tavole rotonde, seminari; escursioni, gite aziendali, viaggi, spettacoli, feste, gare e manifestazioni sportive dilettantistiche, ecc., anche svolte tramite CRAL aventi autonomia giuridica.
- 9.2.12 Partecipazione a mercati, mostre e fiere ed esposizioni collettive e ad iniziative promozionali di ogni tipo, compreso l'allestimento e lo smantellamento dei propri stand e compresa la concessione di strutture a terzi ai fini dell'organizzazione di tali manifestazioni e iniziative.
- 9.2.13 Ogni altra attività sussidiaria, esercitata per uso esclusivo e necessario del Contraente, anche se affidata in gestione o in manutenzione a terzi, quali a titolo indicativo e non limitativo: officine meccaniche, falegnamerie, autorimesse, impianti di autolavaggio, centraline termiche, cabine elettriche e di trasformazione con relative condutture, centrali di compressione, serbatoi e colonnine di distribuzione di carburante, impianti di saldatura autogena e ossiacetilica e relativi depositi; servizio di sorveglianza con guardie che possono far uso di armi e anche con utilizzo di cani; servizio di squadra antincendio.

9.3 - Inquinamento accidentale

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

L'assicurazione di questo rischio è prestata fino a concorrenza di € 1.500.000,00 per ogni serie di sinistri (definizioni N° 9 e 12). Fino a un importo pari al 10% di tale sottolimito di indennizzo, gli Assicuratori rispondono anche delle spese sostenute, col loro previo accordo, per neutralizzare o limitare le conseguenze del fatto.

9.4 - Altre voci di rischio

Le voci di rischio che seguono, riferite ai danni quali definiti in questa polizza, sono menzionate allo scopo di precisarne la delimitazione e, ove il caso, il sottolimito di indennizzo applicabile e l'eventuale rispettiva franchigia. (Si vedano le definizioni N° 6, 12 e 13).

Restano fermi in tutti i casi i disposti dell'articolo 14.

9.5.01 Fabbricati e terreni - Danni derivanti dalla proprietà e conduzione - continuativa o temporanea - dei fabbricati, delle unità immobiliari, dei locali e dei terreni, che siano utilizzati dal Contraente per l'esercizio delle attività indicate in questa polizza, compresi tutti gli impianti fissi, ascensori, montacarichi, scale mobili, antenne radio o televisive, recinzioni, cancelli elettrici e simili e ogni altra pertinenza, e inclusi gli spazi destinati a cortile, giardino, parco (anche con alberi di alto fusto), posteggio di mezzi di trasporto stradale, piazzali destinati a carico e scarico o depositi all'aperto.

9.5.01 Manutenzione e pulizia - Appalti e gestioni - Danni derivanti da lavori di manutenzione ordinaria o straordinaria, ristrutturazione, riadattamento, ampliamento, demolizione, ricostruzione, pulizia dei beni menzionati all'articolo 9.4.01 che precede. Ove i lavori siano appaltati a terzi, l'assicurazione è riferita alla responsabilità civile derivante al Contraente dalla direzione dei lavori e dal rapporto di committenza (articolo 9.4.10).

Premesso che il Contraente può appaltare i lavori predetti, così come può affidare a imprese o singoli soggetti la gestione e la manutenzione di talune attività sussidiarie (articolo 9.2.13), resta inteso che :

- i. sono compresi nell'assicurazione i danni causati a terzi da dette imprese o singoli soggetti, sempre fermi i disposti dell'articolo 14;
- ii. il Contraente e i suoi dipendenti (articolo N° 6.2), tali imprese e soggetti e i loro rispettivi dipendenti, sono considerati terzi tra loro.

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

9.5.01 Fonti radioattive/Sorgenti di radiazioni - Danni derivanti dalla detenzione e dall'uso di fonti radioattive o magnetiche, nonché di sorgenti di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti in connessione con le attività indicate in questa polizza e nel rispetto delle norme vigenti in materia e delle prescrizioni dell'autorità competente.

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

Fermo il disposto dell'articolo 12.1, per questa voce di rischio si applica il sottolimito di indennizzo pari a € 1.500.000,00 per sinistro e per anno.

9.5.01 Cose depositate - Danni cagionati agli assistiti e agli ospiti derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, sparizione o deterioramento di cose consegnate o non consegnate, ai sensi degli articoli 1783-1786 c.c.

Per questa voce di rischio si applica il sottolimito di indennizzo pari a 500.000,00 Euro per sinistro e per anno.

9.5.01 Interruzione di attività di terzi - Danni derivanti da interruzione o sospensione parziale o totale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, di proprietà di terzi.

Per questa voce di rischio si applica il sottolimito di indennizzo di € 500.000,00 per sinistro e per anno.

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

9.5.01 Fatto degli assistiti e dei minori - Danni cagionati a terzi o ai propri operatori da fatto commesso da pazienti assistiti nei centri gestiti dal Contraente, o da minori, studenti e altri ospiti di tali centri, inclusi quelli di cui all'articolo 9.2.03; da fatto commesso da minori durante il periodo di dimora presso famiglie a fini della loro assistenza, adozione o affidamento, comprese le lesioni alla persona arrecate ai membri della famiglia affidataria.

9.5.01 Cartelli e insegne - Danni derivanti dalla proprietà, dall'installazione, dall'uso e dalla manutenzione di targhe, cartelli, insegne (anche luminose) e striscioni, ad uso di segnaletica stradale o viaria, di indicazione di direzione, o di carattere pubblicitario.

9.5.01 Committenza - Danni di cui il Contraente sia tenuto a rispondere nella qualità di committente quando abbia appaltato, commissionato o delegato lavori, servizi o prestazioni attinenti alle attività indicate in questa polizza o a beni di sua proprietà.

- 9.5.01 Committenza all'uso di veicoli - Danni, compresi i danni ai trasportati, di cui il Contraente sia tenuto a rispondere nella qualità di committente ai sensi dell'art. 2049 c. c., e che siano cagionati da taluno dei dipendenti o incaricati del Contraente quando si trovi alla guida di un veicolo stradale purché tale veicolo non sia di proprietà del Contraente o allo stesso locato o noleggiato.
- 9.5.01 Uso di mezzi di trasporto e macchinari - Danni derivanti :
- a. dall'uso di biciclette e ciclomotori;
 - b. dalla circolazione e dall'utilizzo, all'interno delle ubicazioni ove si svolgono le attività indicate in questa polizza, di veicoli in genere, anche a motore, di muletto, macchine semoventi, di macchinari e impianti, anche se azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore.
- 9.5.01 Mezzi di trasporto di terzi - Danni, escluso il furto o tentato furto, causati :
- a) a mezzi di trasporto di terzi e alle cose su di essi caricate, che si trovino nell'ambito delle ubicazioni ove si svolgono le attività indicate in questa polizza allo scopo di compiere operazioni di carico o scarico;
 - b) ai veicoli di terzi, di dipendenti o collaboratori del Contraente, mentre si trovano in sosta nell'ambito delle ubicazioni ove si svolgono le attività indicate in questa polizza, esclusi i danneggiamenti subiti dalle cose giacenti nei o sui veicoli.

9.5 - RISERVATEZZA E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

9.5.01 Danni derivanti da violazioni in materia di Legge sulla Privacy

Le Parti, in qualità di autonomi titolari del trattamento, si danno reciprocamente atto che, nel corso dell'esecuzione delle attività inerenti l'Accordo, tutti i rispettivi dati personali forniti direttamente dalle Parti e, comunque, connessi con il presente Accordo saranno oggetto di trattamento, automatizzato e non, esclusivamente per finalità inerenti l'adempimento di obblighi contrattuali e legislativi, nel pieno rispetto della disciplina, tempo per tempo, applicabile al trattamento dei dati personali, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo il Regolamento UE n. 679 del 27 aprile 2016 ("GDPR").

Si precisa, pertanto, che l'Assicurazione è operante per la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per perdite patrimoniali cagionate a terzi, utenti delle strutture o altri dipendenti, in conseguenza di una non intenzionale violazione degli obblighi di legge in relazione al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, degli stessi, nonché la responsabilità civile derivante da fatti connessi alle attività ai sensi di quanto previsto dal GDPR Regolamento UE 2016/679.

La presente estensione non vale:

– per il trattamento di dati aventi finalità commerciali;

– per la volontaria diffusione e il trasferimento dei dati personali ad altri soggetti in violazione alle disposizioni di legge;

– per le multe e le ammende inflitte direttamente alla Contraente od alle persone del cui operato la stessa debba rispondere.

La Contraente ed i Dipendenti, limitatamente alle violazioni della legge relative al rapporto di lavoro intercorrente tra le Parti, non sono Terzi fra di loro.

La garanzia è valida a condizione che il trattamento dei dati personali predetti sia strettamente strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali oggetto dell'Assicurazione.

A parziale deroga delle esclusioni elencate all' 7.2 della presente, si chiarisce che la RC derivante all'Assicurato da furto o smarrimento di documentazione soggetta alla Legge in esame è compresa tra le coperture previste dall'Assicurazione.

9.6 - Esercizio Laboratori

La Garanzia è estesa anche al rischio della R.C. per i danni derivanti dall'esistenza e dall'esercizio di laboratori chimici e di analisi, dall'attività di ricerca in vitro e in vivo e su materiali inerti mediante utilizzo della "linea sperimentale", compreso il rischio conseguente alla elaborazione di esiti e referti e comunque la RC per danni conseguenti ad errori durante la redazione, consegna, smarrimento, conservazione degli atti e/o documenti inerenti l'attività.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Articolo 10 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO (Si vedano le definizioni N° 8 e 11 e gli articoli 7.1, 7.2.a, 11.2 e 22)

Il Contraente deve dare avviso scritto di ogni sinistro agli Assicuratori al più presto possibile, e comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza.

Il Contraente deve fornire in tempo utile all'Ufficio Gestione Sinistri incaricato dagli Assicuratori i documenti e le prove che possano venirgli richieste.

Ai fini dell'assicurazione RCO (articolo 6), il Contraente è tenuto inoltre a denunciare gli eventi mortali e quelli per i quali ha luogo l'inchiesta giudiziaria a norma della legge degli infortuni sul lavoro; in quest'ultimo caso il termine di 30 giorni decorre dal giorno in cui il Contraente ha ricevuto l'avviso per l'inchiesta. Deve poi dare notizia all'Ufficio Gestione Sinistri di ogni domanda o azione proposta dall'infortunato o chi per lui nonché dall'Istituto assicurativo interessato, trasmettendo tempestivamente tutto quanto riguarda la vertenza.

Al termine di ogni periodo assicurativo gli Assicuratori, tramite l'Ufficio Gestione Sinistri, devono relazionare il Contraente sulla situazione aggiornata della sinistrosità.

Articolo 11 - COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

11.1 - Assicurazioni stipulate dall'Assicurato

Se un sinistro è coperto anche da altra assicurazione stipulata, con contratto individuale o collettivo, dal singolo medico o sanitario o da altro soggetto assicurato con questa polizza, si applicheranno i criteri dell'art. 1910 c.c. e questa assicurazione contribuirà al risarcimento nella dovuta proporzione, fermi in ogni caso i limiti e i sottolimiti di indennizzo stabiliti in questa polizza e applicabili al caso e ferme le franchigie convenute (Articolo 16). Il disposto di questo articolo vale anche qualora l'assicurazione stipulata dal singolo Assicurato sia prestata a secondo rischio, essendo inteso che in nessun caso il presente contratto varrà a coprire il primo rischio con rinuncia ai criteri dell'art. 1910 c.c.

11.2 - Obbligo di avviso del sinistro a tutti gli assicuratori

L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altra assicurazione sussiste soltanto in caso di sinistro. In entrambi i casi sopra previsti (articoli 12.1, 12.2), il Contraente o l'Assicurato sono tenuti a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 c. c., terzo comma..

Articolo 12 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

Gli Assicuratori assumono la gestione delle vertenze, tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato sono a carico degli Assicuratori, fino a concorrenza di un importo pari al quarto del limite o sottolimito di indennizzo stabilito in polizza per il danno a cui si riferisce la richiesta di risarcimento. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto limite o sottolimito, le spese vengono ripartite fra gli Assicuratori e l'Assicurato in proporzione al rispettivo interesse (art. 1917 c. c., terzo comma). Qualora l'interesse degli Assicuratori alla gestione della lite cessi durante lo svolgimento del processo, le anzidette spese rimangono a carico degli stessi fino all'esaurimento del giudizio nel grado in cui esso si trova.

Il Contraente e la Società concorderanno un pool di almeno quattro legali, con esperienza nel settore sanitario ed operanti presso il Foro di Pavia o Milano fra i quali l'Assicurato potrà scegliere il legale di fiducia da designare.

Faranno parte del pool anche due medici legali individuati di comune accordo tra le parti.

Gli Assicuratori non riconoscono spese sostenute dal Contraente o dall'Assicurato per legali e tecnici che non siano designati dagli Assicuratori stessi. Tuttavia le altre obbligazioni degli Assicuratori permangono quando l'Assicurato si faccia assistere, a proprie spese, anche da legali di sua fiducia.

Articolo 13 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

Gli Assicuratori si impegnano a partecipare attivamente al Comitato Valutazione Sinistri (CVS) istituito ai sensi della Circolare 46/San del 2004 della Regione Lombardia.

Tale comitato collaborerà alla gestione dei sinistri valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimendo parere sugli importi posti a riserva e convenendo, congiuntamente con gli Assicuratori, le eventuali tesi difensive.

Gli Assicuratori si impegnano altresì a garantire la propria presenza a periodiche riunioni del CVS anche successivamente alla data di scadenza del presente Contratto, al fine di garantire una continuità al lavoro effettuato nel Comitato anche per i sinistri che, alla data di cessazione del Contratto, non abbiano ancora 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 gli Assicuratori.

Disponibilità della compagnia a rimborsare spese per consulenti esterni (legali, medici legali, fiduciari) scelti dal contraente chiamati a partecipare a ciascuna riunione con un importo massimo lordo per singola riunione pari ad euro 2.000,00 con il limite annuo lordo di euro 10.000,00.

Articolo 14 - RIVALSA E SURROGAZIONE

14.1. - Diritto di surrogazione degli Assicuratori

Ai sensi dell'art. 1916 c. c., gli Assicuratori sono surrogati, fino a concorrenza dell'indennizzo pagato o da pagare e delle spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di rivalsa spettanti al Contraente o all'Assicurato (definizioni 3 e 4).

Nei confronti dei dipendenti e collaboratori del Contraente (articolo 6.2), tali diritti di rivalsa saranno fatti valere soltanto se essi hanno agito con dolo.

14.2 - Rinuncia alla surrogazione

Salvo il caso di dolo e sempreché il Contraente stesso non eserciti la rivalsa, gli Assicuratori rinunciano al predetto diritto di surrogazione, nei confronti dei soggetti di seguito elencati:

- associazioni, patronati ed enti in genere senza scopi di lucro, che possano collaborare con l'Assicurato per le attività indicate in questa polizza;
- eventuali altre categorie di personale non dipendente del Contraente, nei confronti delle quali sussista per legge l'obbligo della copertura assicurativa con oneri a carico del Contraente;
- soggetti disabili o handicappati, inseriti temporaneamente nella struttura per finalità di recupero;
- persone assistite nell'ambito dei programmi di inserimento educativo, socializzante, riabilitativo, terapeutico;
- minori in affidamento o comunque posti dalla Magistratura competente sotto la tutela o la sorveglianza dell'Assicurato.

Articolo 15 - FACOLTA' DI RECESSO PER SINISTRO (opzione base)

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al sessantesimo giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, gli Assicuratori possono recedere dal contratto con preavviso di almeno 90 giorni. In tal caso gli Assicuratori mettono a disposizione del Contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi soltanto gli oneri fiscali (articolo 19).

Qualunque atto degli Assicuratori, compresa la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro, non potrà essere interpretato come loro rinuncia a valersi della facoltà di recesso.

Articolo 16 - FRANCHIGIE

16.1 - Franchigia per ogni sinistro conseguente a "Responsabilità Civile Professionale Sanitaria"

L'assicurazione è prestata nell'intesa che, per ogni sinistro da Responsabilità Civile Professionale Sanitaria (definizione N° 8bis) anche se in serie (definizione N° 9), l'ammontare della franchigia di € 1.000 resti a carico dell'assicurato (articolo 9.1.A) che sia coinvolto per propria colpa e/o per fatto commesso da persone del cui operato sia legalmente tenuto a rispondere.

La trattazione e definizione di ogni sinistro, anche se rientrante in tutto o in parte nella franchigia, è condotta dagli Assicuratori a proprie spese tramite l'Ufficio Gestione Sinistri, con il concorso degli Uffici competenti del Contraente ove sia il caso. Si applicano i disposti degli articoli 11, 12, 13 e 14 che precedono.

Modalità di rimborso delle franchigie

Entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità, gli Assicuratori dovrà inviare all'Assicurato la documentazione comprovante l'avvenuta liquidazione di sinistri. L'Assicurato entro 60 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione provvederà ad effettuare il rimborso dovuto. E' sottinteso che i sinistri posti a riserva non verranno considerati ai fini del calcolo del rimborso della franchigia.

16.2 - Franchigia aggregata e gestione della stessa (Si vedano le definizioni N°13 e 14) - (Inoperante)

L'assicurazione è prestata nell'intesa che una parte del rischio viene sostenuta dal Contraente stesso a titolo di franchigia aggregata annua quale definita in questa polizza e quale quantificata nella Scheda di Polizza, al netto della franchigia per ogni singolo medico e per ogni sinistro (articolo 16.1).

Nel comune interesse, le Parti convengono di adottare le seguenti modalità per una gestione appropriata della franchigia aggregata, da svolgersi in reciproca collaborazione tra gli Uffici competenti del Contraente e l'Ufficio Gestione Sinistri nominato nella Scheda di Polizza :

1. All'inizio di ogni periodo assicurativo annuale il Contraente istituisce un apposito fondo per un ammontare pari alla franchigia aggregata. Il fondo è destinato esclusivamente al pagamento dei risarcimenti pertinenti al rispettivo periodo assicurativo ed è gestito dal Contraente stesso, con il concorso dell'Ufficio Gestione Sinistri, attraverso scritture contabili idonee a identificare in qualunque momento l'ammontare aggiornato dello stanziamento.
2. La trattazione e definizione di ogni sinistro, debitamente denunciato agli Assicuratori, è condotta dagli Assicuratori tramite l'Ufficio Gestione Sinistri, con il concorso degli Uffici competenti del Contraente. Si applicano i disposti degli articoli 11, 12, 13 e 14 che precedono.
3. L'Ufficio Gestione Sinistri comunica di volta in volta al Contraente l'ammontare dei singoli pagamenti da effettuare ai danneggiati a titolo di risarcimento e di rimborso delle spese dagli stessi sostenute, tenendo conto di eventuali altre assicurazioni che possano concorrere al risarcimento dei danni e della franchigia di cui all'articolo 16.1.

4. Ogni pagamento è effettuato quanto prima possibile e comunque non oltre i 30 (trenta) giorni lavorativi successivi alla presentazione di quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente.
5. 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 dall'Ufficio Gestione Sinistri, restano a totale carico del Contraente e non vengono conteggiati ai fini della riduzione del fondo della franchigia aggregata.
6. Il fondo della franchigia aggregata relativa a ciascun periodo assicurativo dovrà essere mantenuto fino a quando il Contraente e l'Ufficio Gestione Sinistri avranno verificato che tutti i sinistri di quel periodo assicurativo sono definiti e pagati. Fatta questa verifica, se il fondo non è esaurito, il saldo rimanente viene incamerato dal Contraente.
7. Quando invece i pagamenti eseguiti esauriscano la franchigia aggregata, si estingue la parte di rischio sostenuta dal Contraente e tutti gli ulteriori risarcimenti per sinistri pertinenti al periodo assicurativo considerato saranno pagati per intero dagli Assicuratori fino a concorrenza dei limiti e sottolimiti di indennizzo convenuti e previa applicazione delle franchigie e degli scoperti previsti per le singole voci di rischio.
8. Qualora la franchigia aggregata annua non sia esaurita ma il saldo rimanente non sia sufficiente a pagare un determinato risarcimento, il Contraente provvederà a pagare a chi di diritto l'importo residuo del fondo e contestualmente gli Assicuratori pagheranno la differenza a loro carico.
9. A scelta del Contraente, il fondo della franchigia aggregata può essere affidato direttamente all'Ufficio Gestione Sinistri che lo gestisce a mezzo di un conto bancario fiduciario, separato e identificato, nel quale il Contraente, all'inizio di ogni periodo assicurativo, deve versare l'ammontare della franchigia aggregata. Le modalità utili ed opportune per la tenuta del conto sono concordate direttamente tra il Contraente e l'Ufficio Gestione Sinistri.
10. Il costo del servizio dell'Ufficio Gestione Sinistri è a totale carico degli Assicuratori in ogni caso.

Se il periodo assicurativo considerato è inferiore all'anno intero (articolo 1, ultimo comma), l'importo della franchigia aggregata è calcolato in proporzione alla durata del periodo. Parimenti, in caso di proroga temporanea della durata di questo contratto per un periodo inferiore all'anno intero, l'importo della franchigia aggregata sarà calcolato in proporzione alla durata della proroga, con applicazione delle modalità che precedono.

La facoltà di recesso disciplinata dall'articolo 15 è valevole anche in caso di sinistro che interessi la franchigia.

16.3 - Obblighi della Società di fornire le statistiche sinistri

La Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 30/11 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

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

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

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

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

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

ALTRE NORME CONTRATTUALI

Articolo 17 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurato è tenuto a pagare, alla Società per il tramite del Broker al quale è assegnata la polizza, alle rispettive scadenze il premio stabilito nella polizza medesima.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

A parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1901 c.c. le garanzie saranno valide anche se il premio anticipato relativo sia stato corrisposto entro 90 giorni successivi alla data di decorrenza della suddetta polizza.

Se il Contraente non paga il premio entro il termine di 90 giorni dalla rispettiva data di scadenza, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno in cui è pervenuta la comunicazione scritta da parte della Società e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 17 Bis - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n. 136/2010

- a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.
- c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.
La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.
- d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Articolo 18 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

La presente polizza non è soggetta a regolazione del premio.

A titolo meramente informativo e non limitativo si comunica che il numero preventivato di pazienti da trattare nell'anno 2019 è pari a circa 610, tale elemento non costituisce alcun limite all'attività assicurata che si estende a tutte le funzioni istituzionali della Fondazione CNAO, anche quelle che non riguardano direttamente i pazienti trattati.

Articolo 19 - ONERI FISCALI

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

Articolo 20 - VARIAZIONI DEL CONTRATTO

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

Articolo 21 - 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 articoli 1892, 1893, 1894 c.c.

Articolo 22 - CLAUSOLA BROKER - FORMA DELLE COMUNICAZIONI AGLI ASSICURATORI

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio assicurativo Ati Marsh S.p.A., Morganti Insurance Brokers srl in qualità di broker ai sensi dell'art. 109 del D.Lgs. 209/2005.

La Società riconosce, pertanto, che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà con lettera raccomandata e-mail o telefax per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Assicurato dalla suddetta ATI.

Articolo 23 - FORO COMPETENTE

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

Articolo 24 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per l'interpretazione di questo contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni, disposizioni e definizioni contenute in questa polizza o alla stessa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino o della Stato Città del Vaticano.

Articolo 25- INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e favorevole al Contraente /Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Articolo 26 - VALIDITA' ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente, sui moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

IL CONTRAENTE

GLI ASSICURATORI

Disposizioni da approvare specificatamente

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

- (a) di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma “CLAIMS MADE”, a coprire i sinistri (definizioni N° 8, 9 e 10) che**
 - (I) si verifichino per la prima volta**
 - (II) e siano debitamente notificati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso della durata di questo contratto;**

- (b) di aver preso conoscenza e di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli di questa polizza :**

Art. 1 - Durata del contratto – Facoltà di recesso ad ogni scadenza

Art. 2 - Validità territoriale e temporale dell'assicurazione – Retroattività – (Assicurazione nella forma “CLAIMS MADE”)

Art. 7 - Esclusioni (comprese quelle dell'assicurazione claims made : 7.1, 7.2.a, 7.2.m)

Art. 12 - Coesistenza di altre assicurazioni

Art. 15 - Facoltà di recesso per sinistro

Art. 16 - Franchigia aggregata e gestione della stessa

Art. 17 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

Art. 22 - Clausola Broker – Forma delle comunicazioni agli Assicuratori.

IL CONTRAENTE

GLI ASSICURATORI