



**COPERTURA ASSICURATIVA
RESPONSABILITA' CIVILE verso
TERZI
e verso i PRESTATORI D'OPERA
RCT/RCO**

Lotto Unico

Polizza RCT/O n°

Tra: _____

Partita I.V.A./C.F.: _____

con sede in : _____

e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: _____

si stipula la presente:

POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE Numero _____

Contraente :	ACO "SAN FILIPPO NERI" di Roma
Assicurato :	Come da condizioni di polizza
Sede Legale :	Piazza S. Maria della Pietà, 5 – 00135 Roma
Broker :	Willis Italia S.p.A.
Decorrenza della copertura :	Ore 24:00 del 31.12.2013
Scadenza della copertura :	Ore 24:00 del 31.12.2016
Scadenze annuali:	Ore 24:00 del 31.12 di ogni anno
Frazionamento:	semestrale
Tacito rinnovo (SI/NO - indicare):	NO

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Azienda Contraente:	Il soggetto persona fisica o giuridica che stipula la polizza.
Assicurato:	Il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dalla assicurazione.
Assicurazione.	Il contratto di assicurazione.
Attività dell'Assicurato:	L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture, e/o svolgendo attività anche a favore di utenti di strutture di terzi.
Contraente:	La Azienda Complesso Ospedaliero "San Filippo Neri" che stipula il contratto nell'interesse proprio e di altri, di seguito denominato <u>Amministrazione</u> .
Società:	la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti.
Broker:	Willis Italia S.p.A..
Polizza:	Il documento, emesso e sottoscritto tra le Parti, che prova e regola l'assicurazione.
Premio:	La somma dovuta alla Società.
Liquidazione del danno:	La determinazione / corresponsione della somma rimborsabile a titolo di risarcimento.
Risarcimento:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a proprio carico.
Scoperto:	La parte dell'ammontare del danno espressa in percentuale che in caso di sinistro rimane a carico dell'Assicurato; laddove previsto, l'importo che rimane a carico dell'Assicurato in base alla applicazione della percentuale di scoperto all'ammontare del danno non potrà essere, rispettivamente, inferiore o superiore agli importi a tale titolo indicati in polizza.

Massimale per sinistro:	L'importo massimo indennizzabile per ogni sinistro.
Massimale per anno:	La massima esposizione della Società a titolo di risarcimento per uno o più sinistri riferibili alla medesima annualità assicurativa.
Annualità assicurativa o Periodo assicurativo:	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione.
Danno:	Qualsiasi pregiudizio subito da terzi suscettibile di valutazione economica.
Danno corporale:	Il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a lesioni o morte di persone.
Danno materiale:	La distruzione, il deterioramento, l'alterazione, la perdita, il danneggiamento totale o parziale di cose, nonché i danni ad essi conseguenti.
Danno patrimoniale / Danno patrimoniale puro:	Il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni corporali o materiali.
Cose:	Sia gli oggetti materiali che gli animali.
Sinistro:	La richiesta di risarcimento rivolta all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di durata dell'assicurazione e regolarmente denunciata alla Società nei termini stabiliti in polizza, in relazione alle responsabilità per le quali è prestata l'assicurazione.
Sinistro in serie o Serie di sinistri:	Tutti i sinistri provenienti da più soggetti e riconducibili a uno stesso evento o a uno stesso atto illecito o errore o omissione, oppure a più atti, errori o omissioni, che abbiano una causa comune.
Richiesta / Richiesta scritta di risarcimento:	Ogni inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato, o qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta con la quale un terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile dei danni subiti, oppure rivolge all'Assicurato una formale richiesta scritta di risarcimento dei danni subiti, o la notifica di un atto con il quale, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito parte civile, o la domanda di mediazione.
Fatto noto / Circostanze pregresse:	Ogni richiesta scritta di risarcimento come sopra definita, di cui sia venuto formalmente a conoscenza l'Ufficio Affari Legali o l'Ufficio Assicurazioni dell'Azienda antecedentemente alla decorrenza della presente copertura assicurativa.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in caso di uno o più sinistri rientranti nella presente polizza.

Limite di indennizzo: I massimali stabiliti nella Scheda riepilogativa, che rappresentano il limite dell'obbligazione della Società per capitale, interesse e spese, e che è invalicabile in qualunque circostanza e a qualunque titolo, anche nel caso di corresponsabilità tra più persone assicurate con la presente polizza.

Salvo quanto diversamente normato in polizza, la Scheda riepilogativa prevede, o può prevedere:

- un limite di indennizzo per ogni sinistro, che definisce il massimale al quale la Società è tenuta per ciascun sinistro;
- un limite di indennizzo per ogni serie di sinistri, che definisce il massimale al quale la Società è tenuta per ogni serie di sinistri;
- un sottolimito di indennizzo per talune tipologie / voci di rischio; il sottolimito di indennizzo può essere definito per sinistro e/o per periodo assicurativo (secondo le definizioni che precedono) o in altra forma se definita in polizza, e non deve intendersi in aggiunta al limite di indennizzo essendo esso una parte di quest'ultimo.

Dipendenti o Prestatori 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 della propria attività incluse quelle distaccate temporaneamente presso altre Aziende, anche qualora l'attività svolta sia diversa da quella descritta in polizza, nonché quelle per le quali l'obbligo di corrispondere il premio assicurativo all'INAIL ricada, ai sensi di legge, su soggetti diversi dall'Assicurato.

Fermo restando che sarà cura del Contraente stabilire nelle apposite convenzioni/contratti con i Terzi ove opereranno dette persone fisiche, se queste ultime saranno assicurate a carico del Contraente stesso o del terzo ove presteranno la loro attività.

Sono inoltre considerati "prestatori di lavoro": i medici a rapporto convenzionale, compreso il personale di strutture sanitarie convenzionate con l'Azienda, i medici della continuità assistenziale e i soggetti operanti presso altri enti/strutture sulla base di specifiche convenzioni, i soggetti che esercitano attività intramoenia, nonché gli specializzandi, i borsisti, i tirocinanti, gli allievi per il rilascio del diploma universitario, i contrattisti di ricerca ex art. 11 c. 2 D.Lgs. 288/2003, e ogni altro soggetto assimilabile, quando operano sotto la responsabilità o nell'interesse dell'Azienda.

Intra Moenia: L'erogazione di prestazioni di tipo ambulatoriale, di ricovero, di day hospital e/o day surgery in regime di attività libero professionale debitamente autorizzata dalla Azienda.

Retribuzioni.

Il cumulo delle voci che seguono, al lordo di ogni onere o contributo:

- a. l'ammontare degli stipendi e salari corrisposti a tutti i dipendenti di ogni ordine e grado, soggetti o non soggetti all'assicurazione INAIL;
- b. il totale dei compensi corrisposti ai lavoratori parasubordinati;
- c. il totale dei compensi relativi alla attività intra-moenia;
- d. il totale di quanto corrisposto alle ditte, regolarmente autorizzate, per lavoratori interinali o ai soggetti somministratori per la fornitura professionale di manodopera alla Azienda in qualità di utilizzatore.

PREMESSA

Questa premessa è destinata alla più ampia comprensione del presente contratto assicurativo, di cui ne forma parte integrante e vincolante.

Forma dell'assicurazione:

La presente è una polizza di responsabilità nella forma "claims made".

La polizza copre le richieste avanzate nei confronti dell'Assicurato e notificati alla Società per la prima volta durante il periodo temporale definito dal corrispondente Articolo delle condizioni contrattuali.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Durata, impostazione e revisione del contratto

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24,00 del 31/12/2013 fino alle ore 24,00 del 31/12/2016, e non è prorogabile automaticamente.

E' facoltà della Amministrazione notificare alla Società, entro i 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza del contratto di assicurazione, la prosecuzione dello stesso alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, a fronte di un importo di premio che verrà calcolato in pro-rata temporis e che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

E' altresì facoltà della Amministrazione richiedere alla Società il rinnovo del contratto, alla sua scadenza, laddove ritenuto opportuno e secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Resta inteso tra le parti che nel corso del periodo contrattuale possono intervenire revisioni delle condizioni normative e/o economiche, laddove emergano elementi tali da giustificare la loro variazione, secondo quanto previsto dall'art. 115 del D. Lgs. n. 163/2006.

In caso di attivazione da parte della Regione Lazio, di un programma assicurativo centralizzato, la Stazione Appaltante potrà recedere dal contratto oggetto della presente procedura in qualsiasi momento con preavviso di 90 giorni, e ciò senza alcuna pretesa, risarcimento e/o indennità di sorta da parte della/e Compagnia Assicuratrice aggiudicataria del presente appalto.

Art. 2 - Pagamento del premio - Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, l'Amministrazione pagherà alla Società o all'ufficio all'uopo incaricato, per il tramite del broker:

- a. entro 90 giorni il premio di polizza per il suddetto periodo assicurativo, sempreché nel frattempo la Società abbia trasmesso, e siano stati ricevuti, i documenti contrattuali in originale; diversamente, il periodo di differimento viene esteso fino al 30' giorno successivo a quello del loro;
- b. entro 90 giorni dalla presentazione della corrispondente appendice:
 - o il premio di regolazione, secondo quanto disposto dall'art. 16 - "Costituzione del premio e regolazione annuale" che segue;

- o il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Art. 3 - Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del presente contratto assicurativo, è affidata all'attuale broker Willis Italia S.p.A. il cui mandato scadrà il 31/05/2014, salvo proroghe o rinnovi legati alla Gara Centralizzata regionale del servizio di brokeraggio assicurativo.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker è liberatorio per l'Amministrazione, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10° giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui il broker ha comunicato alla Società l'avvenuto incasso.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

Art. 4 - Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali - nell'ipotesi di contrasto interpretativo del contratto e/o di ogni singola clausola in esso contenuto, prevarrà l'interpretazione più favorevole all'Assicurato - varranno unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede l'Amministrazione.

La Società dichiara di rinunciare al diritto di surrogazione nei confronti dei Direttori, Dirigenti e Dipendenti dell'Azienda, salvo il caso di loro dolo o colpa grave.

Art. 5 - Facoltà di recesso per sinistro

Avvenuto un sinistro e sino al 30° giorno successivo alla sua definizione, ma non oltre il 90° giorno antecedente la scadenza dell'annualità assicurativa in corso, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra a mezzo lettera raccomandata A.R..

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 (centoventi) giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dall'Amministrazione).

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo, la Società rimborserà alla Amministrazione il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 6 - Destinatari dell'assicurazione

Assicurati sono:

- a) l'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri;
- b) i soggetti di cui all'art. 21 – "Responsabilità personale e professionale", per quanto in esso previsto.

Art. 7 - Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga, alle condizioni previste dal presente contratto e nei limiti dei massimali di seguito fissati, a tenere indenni gli Assicurati di quanto debbano pagare a terzi a titolo di risarcimento (capitali, interessi, rivalutazione e spese), per tutti i danni corporali e/o danni materiali, non espressamente esclusi, cagionati a terzi, o derivanti da fatto doloso o colposo delle persone di cui essi debbano rispondere, in dipendenza della responsabilità conseguente a richieste scritte riferite ad atti, fatti o omissioni posti in atto nel periodo di efficacia della garanzia come più avanti normato, connessa e/o derivante:

- a) dall'esercizio delle attività e competenze istituzionalmente previste o consentite o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e quindi a titolo esplicativo e non limitativo per effetto anche:
 - a1) della proprietà e/o conduzione a qualunque titolo di beni mobili, immobili e loro pertinenze, di strutture, di impianti e di quant'altro destinato allo svolgimento delle attività della Azienda o a ciò in qualsiasi modo riconducibile;
 - a2) della sottrazione, distruzione e deterioramento delle cose e valori di proprietà degli utenti dei servizi erogati dall'Azienda, ai sensi degli Artt. 1783, 1784 e 1785 bis del Codice Civile, e comprese le cose di proprietà o in uso ai dipendenti, direttori e dirigenti della Azienda di ogni livello e ai componenti (anche non dipendenti) dei suoi Organi e Organismi Istituzionali;
 - a3) per danni a cose di terzi in consegna e/o in custodia in generale;
 - a4) per danni a condutture e impianti sotterranei di terzi;
 - a5) dell'uso e/o detenzione di fonti radioattive per scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici;
 - a6) della proprietà, esercizio e/o fornitura di strumenti, apparecchiature e presidi medici e/o sanitari anche presso pazienti o strutture esterne alle sedi della Azienda;
 - a7) della esistenza di farmacie interne, compresi i danni dovuti a difetto del prodotto galenico somministrato o venduto;
 - a8) della distribuzione e/o utilizzo e/o manipolazione di sangue o suoi derivati e prodotti o organi di natura umana o loro derivati;
 - a9) ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile, per i danni, anche alle persone trasportate, provocati da veicoli, anche non a motore, utilizzati dai dipendenti o da altri soggetti autorizzati, durante lo svolgimento di missioni o incarichi, ad eccezione di quelli di proprietà o in uso alla Azienda e dopo esaurimento di ogni altra copertura assicurativa già in essere per i medesimi rischi;
 - a10) quale committente dei lavori ceduti in appalto e subappalto, nonché delle attività e

- servizi, riconducibili alle finalità istituzionali, effettuate da terzi;
- a11) dalla circolazione, anche su aree non soggette alla disciplina della normativa vigente in tema di veicoli e natanti (Codice delle Assicurazioni Private e s.m.i.), di veicoli e natanti di proprietà o in uso alla Azienda non soggetti a tale normativa;
 - a12) da incendio, esplosione o scoppio di cose di proprietà o comunque in possesso alla Azienda, ferma la preventiva operatività di altre coperture assicurative eventualmente operanti per il medesimo evento ed esclusa ogni sostituzione o compensazione di franchigie e/o scoperti presenti su tali altre polizze;
 - a13) dalla interruzione, sospensione o mancato avvio, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigiane, agricole o di servizi;
 - a14) da contaminazione o da inquinamento dell'acqua, dell'aria o del suolo provocato da sostanze di qualunque natura emesse o comunque fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di beni, impianti, serbatoi, condutture, o loro parti;
 - a15) della gestione, o quale committente in caso di gestione affidata a terzi, di servizi di ristoro, mense e distributori automatici compresi i casi di avvelenamento da cibi o bevande;
 - a16) della partecipazione e/o promozione e/o organizzazione di iniziative e manifestazioni sociali, ricreative, sportive, turistiche, culturali, espositive, congressuali, religiose e/o di aggregazione in genere, anche effettuate congiuntamente con altri Enti e/o strutture;
 - a17) degli obblighi che competono ai sensi del D. Lgs. 626/1994, del D.Lgs. 494/1996 nel testo ora vigente D.Lgs. 81/2008 e del D.Lgs. 195/2003 e loro successive modifiche e integrazioni, nei testi vigenti;
 - a18) dell'obbligo di risarcimento di danni sofferti da soggetti terzi, in conseguenza di reclami scritti riferiti ad atti, fatti o omissioni posti in atto da persone – anche nel corso dell'esercizio di attività di libera professione intramuraria – del cui comportamento la Azienda stessa sia tenuta a rispondere;
 - a19) del conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi;
 - a20) delle operazioni di smaltimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi svolte da Società terze, sempre che siano regolarmente autorizzate e abilitate ai sensi della normativa vigente in materia;
 - a21) per danni, compresi – a parziale deroga di quanto sopra normato - i danni patrimoniali puri, cagionati a terzi e/o a prestatori di lavoro e derivanti da una involontaria inosservanza o violazione del D. Lgs. 196/2003 in relazione al trattamento dei loro dati personali, comuni e/o sensibili.
Questa garanzia opera a condizione che il trattamento di tali dati personali sia strettamente strumentale allo svolgimento della attività istituzionale; non è invece operante per il trattamento di dati aventi finalità commerciali nonché per le multe o ammende inflitte direttamente alla Azienda o alle persone di cui essa debba rispondere.
 - a22) dell'attività svolta dall'Assicurato in qualità di esercente, autorizzato ai sensi di legge, a svolgere attività di sperimentazione clinica in ogni fase e grado con protocolli interni e/o sponsorizzati da terzi.

La copertura assicurativa opera per la diretta e esclusiva responsabilità della Azienda e del personale di cui ai sensi di legge debba rispondere, e non comprende la responsabilità che ricade sul produttore di farmaci e/o presidi sanitari oggetto della sperimentazione e sullo sponsor, ne' la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione ne' il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione.

Questa garanzia opera a condizione che sia stato correttamente rilasciato il consenso

informato da parte del soggetto sottoposto a trattamento; non sono compresi i danni imputabili a inidoneità o insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello sponsor.

La copertura assicurativa non è operante per le "Sperimentazioni cliniche finalizzate al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria e non a fini industriali" rientranti nella disciplina di cui al D.M. 14 luglio 2009 e s.m.i. – sperimentazioni non profit - e per le quali la Azienda provvede mediante altra copertura assicurativa.

Questa inoperatività non riguarda le analoghe sperimentazioni i cui pareri unici siano stati espressi entro la data del 13 marzo 2010, nonché le garanzie di cui al punto b) che segue.

- b) dell'obbligo di risarcimento, quale civilmente responsabile sia direttamente che ai sensi dell'Art. 2049 del codice civile, per infortuni sul lavoro accaduti durante il tempo dell'assicurazione nonché per le malattie professionali, sofferti dai propri dipendenti, direttori e dirigenti di ogni livello e dai componenti (anche non dipendenti) dei suoi Organi e/o Organismi Istituzionali, nonché da parasubordinati, soggetti impiegati in lavori socialmente utili, lavoratori temporanei, occasionali, accessori, o prestatori di lavoro in genere, e comunque da coloro per i quali la normativa vigente pone a carico della Azienda l'iscrizione all'INAIL o attribuisce ad essa un ruolo di soggetto responsabile (di seguito, genericamente: infortunati).

La Azienda rimarrà pertanto indenne:

- b1) da eventuali azioni di regresso esperite dall'INAIL ai sensi dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e DLgs 23 febbraio 2000 n. 38 e/o dall'INPS ai sensi della Legge 12 giugno 1984 n. 222 e s.m.i. e/o da altri Enti aventi diritto ad esperire tali azioni di regresso;
- b2) dalla erogazione di somme che sia condannata a pagare in sede di giudizio all'infortunato non tutelato dall'assicurazione di legge o agli aventi diritto, ovvero dalla erogazione di somme che la Azienda sia condannata a pagare in sede di giudizio a titolo di risarcimento di danni eccedenti o non rientranti nella disciplina dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e DLgs 23 febbraio 2000 n. 38 e s.m.i. e/o della Legge 12 giugno 1984 n. 222 e s.m.i.,

fermo che per quanto riguarda le malattie professionali:

- b3) il massimale di garanzia rappresenta la massima esposizione della Società per più danni originati dal medesimo tipo di malattia professionale anche se manifestatisi in tempi diversi durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- b4) la garanzia non è operante per le ricadute di malattie professionali precedentemente indennizzate o indennizzabili ai sensi di polizza, e non è altresì operante per le malattie professionali che si manifestino dopo 24 mesi dalla data di cessazione della copertura assicurativa o del rapporto di lavoro, salvo che la Azienda non ne fosse ancora a conoscenza.

Fermo quanto normato ai punti a) e b) che precedono, sono considerati terzi i Direttori, dirigenti, dipendenti e ausiliari della Azienda di ogni livello e i componenti (anche non dipendenti) dei suoi Organi e Organismi Istituzionali e, più in generale ogni prestatore di lavoro, anche se iscritti all'INAIL, qualora subiscano danno per causa diversa da lavoro e/o servizio o in caso di danno a cose di loro proprietà o a loro in uso; è considerato terzo anche il rappresentante legale della Azienda quando è utente dei servizi della Azienda stessa.

Resta altresì convenuto che tutti i soggetti che partecipano a qualsiasi titolo alle attività garantite in polizza devono intendersi terzi tra loro.

Sono parificati ai danni da lesione o morte i danni cagionati alla persona che non abbiano determinato lesioni fisiche constatabili.

La garanzia assicurativa opera senza limiti territoriali.

Art. 8 - Validità temporale dell'assicurazione (claims made) – Retroattività

La garanzia assicurativa è efficace per le richieste scritte relative ad atti, fatti e/o omissioni accaduti nel periodo corrente dal giorno 30/04/2005 compreso fino alla data di scadenza del presente contratto, pervenute alla Amministrazione e/o agli altri assicurati per la prima volta durante il periodo di durata del presente contratto, anche se denunciati entro i 60 giorni successivi alla scadenza dello stesso.

Qualora vi siano contratti assicurativi stipulati precedentemente che prevedano l'efficacia delle coperture oltre la loro durata, purché riferite a sinistri conseguenti a fatti accaduti nel periodo di durata dei contratti stessi e che siano venuti a conoscenza dell'Azienda e da questa denunciati dopo le suddette scadenze, si conviene che in caso di sinistro e qualora vi sia operatività delle garanzie prestate da tali polizze, ma insufficienza del massimale convenuto, il presente contratto ha funzione integrativa della suddetta insufficienza, fino a concorrenza dei massimali previsti dal presente contratto, restando in ogni caso esclusa ogni obbligazione solidale della Società aggiudicataria con i precedenti assicuratori.

Art. 9 - Massimali assicurati

La copertura assicurativa è prestata per il valore massimale di euro 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per sinistro, senza sottolimiti ad eccezione di quanto normato nella Tabella "Limiti di indennizzo" che segue.

La Società non sarà tenuta a risarcire un importo superiore a euro 30.000.000,00 (trentamilioni/00) per ciascun periodo assicurativo.

Art. 10 - Franchigia fissa per sinistro (opzionale) (valida ove prevista l'ipotesi 2 del disciplinare di gara)

Le garanzie di cui alla presente polizza sono prestate con una franchigia per evento (franchigia fissa per ogni sinistro) pari ad euro che rimarrà a carico del Contraente/Assicurato.

Nel comune interesse, le Parti convengono di adottare le seguenti modalità per una gestione appropriata della franchigia, da svolgersi in reciproca collaborazione e coordinazione tra il Comitato per la valutazione dei sinistri e gli Assicuratori:

1. La trattazione e definizione di ogni sinistro, debitamente denunciato agli Assicuratori, è condotta dagli stessi con la cooperazione degli Uffici competenti del Contraente. Fermo restando ciò, gli Assicuratori avranno sempre il diritto esclusivo di determinare gli importi posti a riserva, le strategie di difesa, le proposte di offerte alla controparte senza essere tenuti ad ottenere il consenso dell'Assicurato.
2. Il costo di siffatta gestione dei sinistri è a totale carico degli Assicuratori in ogni caso.

3. Gli Assicuratori sono tenuti ad acquisire da parte della Contraente, il preventivo consenso della stessa prima di provvedere alla definizione di qualsiasi indennizzo.
4. Gli Assicuratori si impegnano altresì a trasmettere all'Azienda, a supporto di quanto sopra, estratto della relazione medico legale del proprio fiduciario e parere in merito all'opportunità della transazione.
5. Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, l'Azienda dovrà inviare entro 20 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.
6. Acquisito il benestare da parte della Contraente, gli Assicuratori provvederanno alla definizione del sinistro e comunicheranno all'Azienda il pagamento da effettuare.

Qualora l'Azienda comunichi la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dagli Assicuratori, gli stessi resteranno esposti fino all'importo indicato nella proposta qualora il sinistro sia definito successivamente per un importo maggiore, mentre la differenza resterà a carico dell'Azienda.

7. Gli Assicuratori comunicano al Contraente i singoli pagamenti da effettuare di volta in volta, tenendo anche conto di eventuali altre assicurazioni che possano concorrere al risarcimento dei danni. Ogni pagamento dovrà essere effettuato dall'Azienda quanto prima possibile, e comunque non oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla presentazione della quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente. Gli eventuali maggiori costi dovuti al mancato o tardivo pagamento dei sinistri, resteranno ad esclusivo carico dell'Azienda.

Resta, altresì, convenuto tra le Parti che, fermo restando quanto precede, le procedure dettagliate per la gestione dei sinistri potranno essere definite in apposito protocollo.

Art. 10bis – Franchigia annua aggregata (opzionale) (valida ove prevista l'ipotesi 1 del disciplinare di gara)

Il presente contratto è soggetto alla franchigia aggregata per il periodo assicurato pari ad €

In caso di sinistro indennizzabile a termini delle condizioni di polizza, la Società provvederà, all'integrale liquidazione del danno a favore dell'avente diritto recuperando poi successivamente con scadenze trimestrali le somme a carico dell'Amministrazione a titolo della suddetta franchigia.

L'Assicurato dovrà rimborsare gli importi anticipati dalla Società entro 30 giorni dalla richiesta.

Una volta erosa tutta la franchigia la liquidazione dei sinistri rimarrà ad esclusivo carico della Compagnia.

CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 11 - Esclusioni

La Società non risarcisce i danni derivanti o connessi:

- a) ai rischi da responsabilità civile per i quali, in conformità alla normativa vigente in tema di veicoli e natanti (Codice delle Assicurazioni Private e s.m.i.), è obbligatoria la assicurazione;
- b) a inquinamento non dovuto a cause di natura accidentale;
- c) a fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche, qualora ciò non sia riferibile agli scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici riconducibili alle attività della Azienda;
- d) a atti di terrorismo o sabotaggio, nonché per i danni verificatisi in occasione di atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare, invasione;
- e) a furto;
- f) di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di natura estetica.
Non rientrano in questa esclusione:
 - o i danni di natura estetica determinati da errore tecnico in tale intervento (rimangono però escluse le pretese per la mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto)
 - o i danni di natura estetica conseguenti a interventi di chirurgia ricostruttiva (comprese in tale caso le pretese per la mancata rispondenza dell'evento);
- g) a detenzione e/o impiego di amianto e/o prodotti contenenti amianto;
- h) a impiego di aeromobili e di veicoli a motore o natanti se condotti da persona non abilitata ai sensi della normativa vigente, salvo quanto precedentemente normato;
- i) a contaminazione biologica o chimica a seguito di un atto terroristico di qualsiasi genere. Per atto di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciato o applicato, per scopi o motivi politici, religiosi, ideologici o etnici, esercitato da una persona o un gruppo di persone che agisce per conto proprio, su incarico o di intesa con un'organizzazione o organizzazioni, un governo o governi con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa. Per contaminazione si intende l'inquinamento, l'avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze chimiche e/o biologiche;
- j) a deterioramento di dati o software a seguito di cancellazione, di manipolazione o di sconvolgimento della struttura originaria, compresi i conseguenti danni da interruzione di esercizio;
- k) a organismi geneticamente modificati;
- l) a fenomeni elettromagnetici;
- m) a detenzione o impiego di esplosivi da parte dell'Assicurato;
- n) a fatti noti e/o circostanze pregresse.

Art. 12 - Denuncia dei sinistri – Impegni della Società

Fermo quanto previsto all'art.10 (o 10bis opzionale) - "Franchigia.. ", i sinistri saranno denunciati per iscritto alla Società, direttamente o per il tramite del broker, entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui la Amministrazione ne ha avuto formale conoscenza.

La denuncia conterrà la data ed il luogo in cui si è verificato l'evento cui la richiesta scritta si riferisce, una sua descrizione circostanziata oltre a riferimenti testimoniali e, in genere, indicazioni

che ne consentano la descrizione più ampia possibile.

La Amministrazione trasmetterà alla Società tutti gli atti, documenti e notizie relativi al sinistro, di cui sia venuta in possesso successivamente alla denuncia.

Relativamente alle garanzie di cui alla lett. b) RCO dell'art. 7 - "Oggetto dell'assicurazione", si conviene che la Amministrazione dovrà denunciare il sinistro unicamente in caso di:

- o formale notifica, alla Azienda e/o a un Assicurato, della apertura di una inchiesta per infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale, o della apertura di un procedimento penale;
- o formale richiesta di risarcimento da parte del danneggiato, suoi aventi diritto e/o legali, o da parte di Enti di previdenza o assistenza aventi diritto ad esperire azioni di regresso.

La Società fornirà alla Azienda, con cadenza quadrimestrale, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita;
- la data di accadimento;
- le iniziali dell'assicurato e la targa del veicolo;
- lo stato del sinistro;
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato;
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

Art. 13 - Accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri (opzionale)

Per le attività di accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri si rimanda all'articolo 10 (opzionale) - "Franchigia fissa per sinistro" e all'art. 10 bis opzionale- "Franchigia Aggregata".

Art. 13bis - Accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri (opzionale – valida ove prevista l'ipotesi 1 del disciplinare di gara)

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

- a) per le richieste scritte di risarcimento per le quali l'indennizzo richiesto o presunto rientri, certamente o ragionevolmente, nell'importo della franchigia, la Amministrazione provvederà alla gestione e alla eventuale liquidazione del sinistro con propri mezzi organizzativi e finanziari;
- b) per le richieste scritte di risarcimento per le quali l'indennizzo richiesto sia superiore all'importo della franchigia, o che in assenza di preventive indicazioni sia ragionevole presumere che possa superare tale limite, la Amministrazione opererà nei termini di cui all'art. "Denuncia dei sinistri", e la Società:
 - b1. assumerà la gestione della vertenza, a nome dell'Assicurato e nei termini di cui al corrispondente articolo che segue;
 - b2. definiti i termini della transazione con la controparte, la Società ne darà formale comunicazione alla Amministrazione e, immediatamente dopo aver ottenuto da essa l'assenso, procederà al pagamento diretto al danneggiato;
- c) qualora, nel corso dell'istruttoria, l'indennizzo richiesto o presunto per un sinistro inizialmente non trasmesso alla Società perché rientrante nell'importo della franchigia dovesse superare tale importo, la Amministrazione ne farà denuncia alla Società che riconoscerà come data di denuncia quella in cui la richiesta è pervenuta alla

Amministrazione, alla Azienda o agli assicurati;

- d) é facoltà della Amministrazione presentare la denuncia anche per i sinistri rientranti nell'importo della franchigia, quando ciò sia opportuno per la migliore definizione del danno; in tale caso la Società opererà nei termini di cui ai punti b.1 e b.2 che precedono, ferma comunque la possibilità per la Amministrazione di riprendere in proprio la gestione per competenza;

Relativamente ai sinistri di cui alle lett. b), c) e d), la Amministrazione corrisponderà alla Società il consuntivo degli importi rientranti nella franchigia per sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione di riepilogo che la Società trasmetterà alla Amministrazione nei 60 (sessanta) giorni successivi ad ogni scadenza (intermedia e finale) di polizza.

Resta altresì convenuto tra le parti che in merito alle disposizioni di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28 in tema di Mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali, esse si atterrano a quanto previsto dagli articoli del presente contratto e alla eventuale successiva documentazione da esso derivante.

Art. 14 - Gestione delle vertenze di danno – Spese legali

Si conviene tra le parti che, per i sinistri ad essa denunciati la Società:

- o assume la gestione della vertenza, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando ove occorra e di intesa con esso legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso,
- o in caso di definizione transattiva del danno e a seguito di richiesta dell'Assicurato, proseguirà a proprie spese la gestione della vertenza in sede giudiziale penale fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del danneggiato;
- o tiene a proprio carico le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato e di difesa, entro il limite stabilito dall'art. 1917 Codice Civile; qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione al relativo interesse;
- o non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende.

In caso di gestione delle vertenze in sede penale, l'Assicurato o il suo difensore trasmetteranno alla Società copia degli atti processuali da essa esplicitamente richiesti.

La Società, qualora sia convenuta in garanzia dall'Assicurato nel giudizio promosso dal terzo danneggiato, rinuncia ad eccepire l'improcedibilità della domanda giudiziale ai sensi dell'art. 5 c. 1 del D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28 , fermo quanto normato dall'art. 24 del medesimo decreto.

In armonia con quanto previsto all'art. 13 "Accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri" che precede e, in particolare, al punto a) dello stesso, resta convenuto che:

La Società si rende disponibile a definire ed a gestire, di concerto con l'Amministrazione, la procedura dettagliata per la gestione dei sinistri a seconda delle diverse tipologie, oltre

all'individuazione congiunta di legali, medici legali e tecnici al fine di una corretta e condivisa gestione delle vertenze, sia congiuntamente che disgiuntamente.

La Società inoltre, insieme al Broker, si impegna a partecipare al *Comitato di valutazione dei sinistri dell'Aco San Filippo Neri* operante presso la Amministrazione contraente, con incontri periodici almeno mensili

Art. 15 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Amministrazione, della Azienda, 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.

Qualora invece la Amministrazione, la Azienda abbia ommesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete in buona fede, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 16 - Costituzione del premio e regolazione annuale

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando l'aliquota promille convenuta per il totale delle retribuzioni erogate.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del contratto, e da regolazioni (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

L'Amministrazione fornirà alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio del periodo assicurativo precedente, l'ammontare definitivo delle retribuzioni erogate.

Art. 17 - Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza é effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Società mandataria
- ⇒ Compagnia ... Società mandante
- ⇒ Compagnia .. Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del Broker, che provvederà a corrisponderlo alla Società mandataria la quale tratterà direttamente con ciascuna Società mandante secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia .. Quota xx%

→ Compagnia .. Quota xx%
⇒ Compagnia ... Quota xx%

Art. 18 - Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 19 - Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altro soggetto giuridico a qualsiasi titolo interessato al presente contratto (cd filiera) , sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane S.p.A.) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 20 - Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte

La firma apposta dalla Amministrazione/dalla Azienda su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

CONDIZIONI OPERATIVE - ESTENSIONI DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Queste estensioni sono stipulate dalla Amministrazione ex art. 1891 Codice Civile per conto degli Assicurati, e l'Amministrazione assume la veste di Contraente ovvero della persona giuridica che stipula l'assicurazione, adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa e esercita conseguenzialmente tutti i diritti e le azioni nascenti da queste estensioni, anche in via esclusiva, con espresso consenso degli assicurati anche se non dichiarato formalmente.

Art. 21 - Responsabilità personale e professionale

La copertura assicurativa comprende la responsabilità personale e professionale:

- a) del personale della Azienda cui siano attribuiti gli incarichi e le mansioni di cui al D. Lgs. 626/1994, al D.Lgs. 494/1996 nel testo ora vigente D.Lgs. 81/2008, al D.Lgs. 195/2003 e loro successive modifiche e integrazioni, nei testi vigenti;
- b) del personale della Azienda cui siano attribuiti gli incarichi e le mansioni di cui al D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. per danni, anche patrimoniali puri, involontariamente cagionati a terzi;
- c) dei soggetti a rapporto convenzionale con la Azienda ai sensi della normativa vigente in materia, per i quali i corrispondenti AA.CC.NN.LL. prevedono la copertura assicurativa per i corrispondenti rapporti di impiego / servizio;
- d) dei:
 - d.1) dipendenti appartenenti all'area della "dirigenza medica e veterinaria" e della "dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa", anche in occasione dello svolgimento di libera professione intramuraria presso le sedi della Azienda e/o presso altre sedi autorizzate e/o convenzionate;
 - d.2) dipendenti non dirigenti di cui al Comparto del Personale del Servizio Sanitario Nazionale, o del Comparto Enti Locali operanti a favore della Azienda, anche in occasione dello svolgimento di libera professione intramuraria presso le sedi della Azienda e/o presso altre sedi autorizzate e/o convenzionate;

- d.3) altri soggetti che a qualunque altro titolo (quali ad es.: volontari, tirocinanti, studenti, specializzandi, medici liberi professionisti ecc.) svolgano attività, anche di tipo sanitario e/o medico-veterinario, a favore e/o con il consenso della Azienda,
- e) dei soggetti – diversi da quelli sopra indicati – che svolgono attività di tipo socio-assistenziale a favore e/o con il consenso della Azienda;
- f) dei soggetti – diversi da quelli sopra indicati – di cui l'Azienda si avvale per il proprio funzionamento, purché i compiti loro affidati siano connessi con la attività istituzionale della Azienda;
- g) delle famiglie affidatarie a cui la Azienda, direttamente o nell'ambito di iniziative con altre strutture pubbliche o di assistenza e/o ad esse assimilabili, abbia affidato minori o pazienti, nonché degli utenti dei servizi sanitari, di socializzazione, di inserimento lavorativo e di ogni altra attività di tipo assistenziale e/o socio-assistenziale promossa e/o gestita e/o erogata dalla Azienda;

restando convenuto che:

1. la Azienda non è considerata terza, mentre sono terzi tutti i soggetti assicurati così come essi tra loro;
2. la garanzia assicurativa opera unicamente per i danni cagionati a terzi corporali e/o materiali (salvo ove diversamente normato)
3. la garanzia assicurativa comprende anche le attività come sopra descritte svolte, con il consenso della Azienda, al di fuori dell'ambito regionale.

La copertura assicurativa perde la propria efficacia qualora venga giudizialmente accertato che i fatti, gli atti o le omissioni che hanno originato il sinistro siano stati commessi con dolo e, per i soggetti di cui alle lettere c) e d), con dolo o con colpa grave.

La copertura assicurativa comprende inoltre le attività / interventi ovunque eseguiti per dovere di solidarietà umana o di emergenza sanitaria, anche al di fuori della attività retribuita.

SCHEDA RIEPILOGATIVA DI POLIZZA

La Società, sulla base delle condizioni di assicurazione contenute nel presente contratto, presta l'assicurazione per la seguente Azienda, fino alla concorrenza delle somme e con la retroattività della garanzia specificata:

<u>AZIENDA</u>	<u>SEDE LEGALE e PARTITA IVA</u>
ACO SAN FILIPPO NERI	P.zza S. Maria della Pietà, 5 – 00135 Roma P.IVA 04738701004
DURATA DEL CONTRATTO:	dalle ore 24:00 del 31/12/2013 alle ore 24:00 del 31/12/2016, e non è prorogabile automaticamente
CONDIZIONI:	Condizioni, norme, definizioni e modalità come da capitolato di polizza.
DATA DI RETROATTIVITA':	30/04/2005
<u>MASSIMALI ASSICURATI</u>	

- Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.)
Euro 5.000.000,00 per sinistro
Euro 5.000.000,00 per persona
Euro 5.000.000,00 per danni a cose e/o animali
- Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R:C.O.)
Euro 5.000.000,00 per sinistro
Euro 5.000.000,00 per persona
- Euro 30.000.000,00 per ciascun periodo assicurativo

SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO

<u>Garanzia / Tipologia di danno</u>	<u>per ogni sinistro / per periodo assicurativo</u>
Malattie professionali	3.000.000,00
Manutenzione e pulizia	2.500.000,00
Propagazione d'incendio	2.500.000,00
Implantologia di prodotti con silicone	2.000.000,00
Inquinamento accidentale	1.500.000,00
Sperimentazione autorizzata	2.500.000,00
Uso e/o detenzione di fonti radioattive per scopi	2.500.000,00

Scientifici e/o diagnostico-terapeutici	
Distribuzione e/o utilizzo e/o manipolazione di sangue o suoi derivati e prodotti o organi di natura umana o loro derivati	2.500.000,00
Conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi	2.500.000,00
Operazioni di smaltimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi svolte da Società terze, sempre che regolarmente autorizzate e abilitate ai sensi della normativa vigente in materia	2.500.000,00
Cose depositate:	
• per cose consegnate	100.000,00
• per cose non consegnate	50.000,00
Cose dei dipendenti	100.000,00
Interruzione attività di terzi	2.500.000,00
Danni alle apparecchiature in comodato o uso	500.000,00
Cose di terzi, sollevate, trasportate, caricate	250.000,00
Danni da circolazione	2.500.000,00
Altre cose in consegna e custodia	250.000,00
Danni patrimoniali conseguenti a violazione della privacy	1.000.000,00

Franchigia (opzionale)

euro00

In alternativa art. 10 o 10bis

VALIDITA' TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE - RETROATTIVITA'

Fermo quanto normato al riguardo dalle condizioni di polizza, la copertura assicurativa è operante per i sinistri conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del **30/04/2005**.