



**AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO  
“SAN FILIPPO NERI” di Roma**

**COPERTURA ASSICURATIVA  
DELLA RESPONSABILITA' DERIVANTE DALL'ESERCIZIO  
DELLE ATTIVITA' ISTITUZIONALI**

## **COPERTURA ASSICURATIVA DELLA RESPONSABILITA' DERIVANTE DALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' ISTITUZIONALI**

### **Premessa:**

La presente e' una polizza di responsabilit  nella forma "claims made".

La polizza copre le richieste avanzate nei confronti dell'Assicurato e notificati alla Societ  per la prima volta durante il periodo temporale definito all'art. 8 "Efficacia della garanzia".

### **DEFINIZIONI**

---

Nel testo che segue, si intende per:

Assicurato	Il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse � protetto dalla assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Attivit� dell'Assicurato	L'esercizio delle attivit� e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attivit� 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 attivit� anche a favore di utenti di strutture di terzi.
Compagnia / Societ�	La Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti.
Contraente	La Azienda Complesso Ospedaliero "San Filippo Neri" che stipula il contratto nell'interesse proprio e di altri, di seguito denominato anche <u>Amministrazione</u> .
Broker	Willis Italia S.p.A.
Polizza	Il documento che prova e regola la assicurazione.
Premio	La somma dovuta alla Societ�.
Liquidazione del danno	La determinazione / corresponsione della somma rimborsabile a titolo di risarcimento.
Risarcimento	La somma dovuta dalla Societ� in caso di sinistro.
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a proprio carico.

Franchigia aggregata	L'ammontare fino a concorrenza del quale il Contraente assume a suo carico il pagamento di tutte le somme liquidate a termini di polizza per il risarcimento dei danni relativi ai sinistri rientranti in un determinato periodo assicurativo annuo. Sol tanto dopo che il totale dei risarcimenti pagati avrà esaurito la franchigia aggregata gli Assicuratori risponderanno delle somme liquidate.
Scoperto	La parte dell'ammontare del danno espressa in percentuale che in caso di sinistro rimane a carico dell'Assicurato.
Massimale per sinistro	L'importo massimo risarcibile per ogni sinistro / sinistro in serie.
Massimale	La massima esposizione della Società a titolo di risarcimento per uno o più sinistri riferibili alla medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo.
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, la 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.
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.  Sono inoltre considerati "prestatori di lavoro": i medici a rapporto convenzionale, compreso il personale di strutture sanitarie convenzionate con la Azienda aderente, i medici della continuità assistenziale e i soggetti operanti presso altri enti/strutture sulla base di specifiche convenzioni, i soggetti che

esercitano attività intra-moenia, 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 della Azienda.

Intra Moenia	La erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero, di day hospital e/o day surgery in regime di attività libero professionale debitamente autorizzata dalla Azienda.
Sinistro	Il ricevimento da parte del Contraente di una richiesta scritta di risarcimento.
Sinistro in serie	La pluralità di eventi dannosi originatisi da una stessa causa, anche se manifestatisi in momenti diversi.
Richiesta / Richiesta scritta di risarcimento	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Qualsiasi iniziativa dell'Autorità Giudiziaria in relazione a danni per i quali e' prestata l'assicurazione, o</li><li>2. la richiesta scritta di risarcimento, o</li><li>3. la citazione in giudizio o chiamata in causa, o</li><li>4. la notifica di un atto con il quale, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito parte civile</li></ol>
Fatto noto / Circostanze pregresse	Un Avviso di garanzia in relazione a danni per i quali e' prestata l'assicurazione, o una richiesta scritta di risarcimento come sopra definita ai punti 2 usque 4, di cui sia venuto formalmente a conoscenza l'Ufficio Affari Legali o l'Ufficio Assicurazioni della Azienda antecedentemente alla decorrenza della presente copertura assicurativa.

## **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

---

### **Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto**

---

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24,00 del 30/04/2013 fino alle ore 24,00 del 31/12/2013, 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 .

### **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. "Costituzione del premio" 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 del contratto, ovvero la collaborazione alla esecuzione dello stesso, e' affidata al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società da' atto che il pagamento dei premi al broker e' liberatorio per la 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 scade il termine di pagamento per la Amministrazione.

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 Interpretazione delle norme contrattuali e Foro competente – Rinuncia alla rivalsa**

---

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dal Codice Civile.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede l'Amministrazione.

La Società dichiara di rinunciare al diritto di surrogazione nei confronti dei Direttori, dirigenti e dipendenti della Azienda, salvo il caso di loro dolo o colpa grave.

#### **Art. 5 Facoltà di recesso**

---

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

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

In presenza di una scadenza intermedia cadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che la Amministrazione dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. Pagamento del premio che precede) per il periodo corrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di termine della prosecuzione della copertura assicurativa, calcolato in misura parti a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

## CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

---

### Art. 6 Destinatari dell'assicurazione

---

Assicurati sono:

- a) l'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri;
- b) i soggetti di cui agli artt. 18 e 19 "Estensioni della garanzia assicurativa", per quanto in essi 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 e' 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 e' 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 e' operante per le ricadute di malattie professionali precedentemente indennizzate o indennizzabili ai sensi di polizza, e non e' 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; e' considerato terzo anche il rappresentante legale della Azienda quando e' 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 Efficacia della garanzia**

---

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 di garanzia**

---

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 aggregata**

---

Il presente contratto è soggetto alla franchigia aggregata per il periodo assicurato pari ad € 500.000,00.

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 Rischi esclusi dall'assicurazione

---

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. "Accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri", 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 è venuta a 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. "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**

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) è 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**

---

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 Costituzione del premio e regolazione annuale – Buona fede**

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.

Si conviene che, ove la Amministrazione abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, 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 Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di Imprese**

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza e' 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.

Resta confermata la responsabilità solidale di cui all'art. 37 c. 5 del D.Lgs. 163/2006 .

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ...           Quota xx%
- ⇒ Compagnia ...           Quota xx%
- ⇒ Compagnia ...           Quota xx%

### **Art. 17 Trattamento dei dati**

---

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

### **Art. 18 Tracciabilità dei flussi finanziari**

---

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata 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 SpA) 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 c.c. e dell'art. 3, c.8 della Legge.

### **Art. 19 Disposizione finale**

---

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente 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. 20 Comitato etico**

---

La copertura assicurativa comprende la responsabilità civile personale dei soggetti componenti i Comitati Etici Indipendenti stabilmente costituiti presso la Azienda, per le eventuali conseguenze derivanti dalle funzioni istituzionali svolte per conto del Comitato Etico secondo le norme vigenti.

### **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 e' 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.

## **SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO**

---

Garanzia / Tipologia di danno	Limite di indennizzo <u>per ogni sinistro e periodo assicurativo</u>
Malattie professionali	euro 3.000.000,00
Manutenzione e pulizia	euro 2.500.000,00
Propagazione d'incendio	euro 2.500.000,00
Implantologia di prodotti con silicone	euro 2.000.000,00
Inquinamento accidentale	euro 1.500.000,00
Sperimentazione autorizzata	euro 2.500.000,00
Uso e/o detenzione di fonti radioattive per scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici	euro 2.500.000,00
Distribuzione e/o utilizzo e/o manipolazione di sangue o suoi derivati e prodotti o organi di natura umana o loro derivati	euro 2.500.000,00
Conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi	euro 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	euro 2.500.000,00
Cose depositate	euro 100.000,00 per cose consegnate euro 50.000,00 per cose non consegnate
Cose dei dipendenti	euro 100.000,00
Interruzione attività di terzi	euro 2.500.000,00
Danni alle apparecchiature in comodato o uso	euro 500.000,00
Cose di terzi, sollevate, trasportate, caricate	euro 250.000,00
Danni da circolazione	euro 2.500.000,00

Altre cose in consegna e custodia	euro 250.000,00
Danni patrimoniali conseguenti a violazione della privacy	euro 1.000.000,00
<hr/> Franchigia aggregata	<hr/> euro 500.000,00

## **ALLEGATO “A” AL CAPITOLATO DI POLIZZA**

---

### **Copertura assicurativa della responsabilità personale per colpa grave**

(forma rischio comune con la polizza contratta dalla Amministrazione Contraente ACO San Filippo Neri per la copertura assicurativa della responsabilità derivante dall'esercizio delle attività istituzionali)

La copertura assicurativa comprende la responsabilità personale e professionale dei:

- a) dei medici e sanitari non medici dei soggetti a rapporto convenzionato ai sensi dell'A.C.N. 23/3/2005 (SUMAI)
- b) dei:
  - b1) dipendenti appartenenti all'area della “dirigenza medica e veterinaria” e della “dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa”, personale universitario docente e ricercatore, anche in occasione dello svolgimento di libera professione intramuraria presso le sedi della Amministrazione e/o presso altre sedi autorizzate e/o convenzionate;
  - b2) dipendenti non dirigenti di cui al Comparto del Personale del Servizio Sanitario Nazionale, o del Comparto Università operanti a favore della Amministrazione, anche in occasione dello svolgimento di libera professione intramuraria presso le sedi della Amministrazione e/o presso altre sedi autorizzate e/o convenzionate;
  - b3) medici e sanitari non medici in formazione specialistica che svolgano attività, di tipo sanitario e/o veterinario, a favore e/o con il consenso della Amministrazione anche in occasione dello svolgimento di libera professione intramuraria presso le sedi della Amministrazione e/o presso altre sedi autorizzate e/o convenzionate ove consentita (si precisa che la copertura dei soggetti di cui al presente punto decorre dalle ore 24,00 del 31.1.2010);
  - b4) soggetti che hanno cessato il rapporto di lavoro con la Amministrazione di appartenenza, provenendo da una delle categorie di cui ai punti che precedono;

anche per le eventuali responsabilità derivanti:

- dagli incarichi e le mansioni di cui al D. Lgs. n. 626/1994, del D. Lgs. n. 494/1996 nel testo ora vigente D. Lgs. 81/2008 e del D. Lgs. n. 195/2003 e loro successive modifiche e integrazioni, nei testi vigenti;
- dagli incarichi e le mansioni di cui al D. Lgs. n. 196/2003, per danni corporali, materiali e patrimoniali involontariamente cagionati a terzi;

che abbiano aderito alla presente estensione di copertura nei termini e con le modalità di seguito indicate (di seguito: soggetti assicurati).

Questa estensione di copertura tiene indenni i soggetti assicurati, alle condizioni di garanzia e nei limiti del massimale previsti dalla polizza base contratta dalla Amministrazione per la copertura assicurativa della responsabilità derivante dall'esercizio delle attività istituzionali (di seguito: polizza base) che si intende interamente richiamata, di quanto essi debbano pagare a terzi e/o alla Amministrazione a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) in dipendenza della responsabilità conseguente a richieste scritte riferite a atti, fatti o omissioni gravemente colposi che abbiano causato danni corporali e/o danni materiali e posti in atto nel periodo di efficacia della garanzia previsto dalla polizza base, connessa e/o derivante dall'esercizio delle attività e competenze svolte per conto / a favore e/o con il consenso della Amministrazione.

L'Assicurazione si intende operante anche in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita; in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa grave con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000,00.

Con riferimento alla parte **“Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.”** della polizza base, per Sinistro si intende:

- o la richiesta scritta di risarcimento o l'iniziativa dell'Autorità Giudiziaria (di seguito anche, genericamente: richiesta scritta) in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione, nel momento in cui l'Assicurato stesso ne viene per la prima volta a conoscenza; la pluralità di eventi dannosi originatisi da una stessa causa, anche se manifestatisi in momenti diversi, costituisce un unico sinistro (sinistro in serie).
- o La presente estensione di copertura opera senza applicazione di alcuna franchigia, con i medesimi massimali previsti in polizza

Per ciascun assicurato, la copertura:

- o decorrerà dalle ore 24 dal giorno di effetto della polizza per coloro che manifestino la loro adesione non oltre lo scadere del secondo mese successivo;
- diversamente:
- o decorrerà dalle ore 24 del 1° giorno del mese in cui la richiesta scritta di adesione viene ricevuta dalla Amministrazione, per le adesioni pervenute nel periodo compreso tra il 1° e il 15° giorno del mese;
  - o decorrerà dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese di ricevimento della richiesta scritta di adesione, per le adesioni pervenute nel periodo compreso tra il 16° e l'ultimo giorno del mese;

- terminerà anticipatamente rispetto alla scadenza di polizza, con effetto dalle ore 24 del giorno in cui egli cesserà il rapporto di lavoro con la Amministrazione o in cui la Amministrazione abbia ricevuto la comunicazione scritta attestante la sua volontà di non proseguire la propria adesione.

Il premio unitario, a totale carico dei soggetti assicurati, sarà conteggiato con riferimento al periodo di copertura usufruito, fermo che qualora la copertura assicurativa termini anticipatamente:

- per cessazione del rapporto di lavoro, il premio dovuto e' rapportato ai mesi di efficacia della copertura (conteggiando il mese di cessazione come mese intero);
- per motivi diversi dalla cessazione del rapporto di lavoro, il premio dovuto comprende anche i mesi residui della annualità solare corrente.

Con cadenza mensile, esclusivamente nel caso in cui siano pervenute all'Amministrazione nuove adesioni o variazioni, essa trasmetterà alla Società un elenco riepilogativo analitico delle variazioni intervenute (nome, qualifica, struttura, data di ricevimento della adesione, eventuale data di cessazione).

La Amministrazione avrà altresì cura di tenere a disposizione della Società, per ciascun Assicurato, una copia della richiesta di adesione riportante la data / timbro di ricevimento.

Con cadenza semestrale e sulla base degli elenchi periodici riepilogativi ricevuti, la Società comunicherà alla Amministrazione – mediante appendice di polizza e per il tramite del broker – l'importo di premio complessivamente dovuto per la totalità del soggetti assicurati nel semestre trascorso.

La Amministrazione corrisponderà quindi tale importo semestrale entro i 90 giorni successivi al ricevimento della appendice.

Per i soggetti di cui al punto b.4 che precede, gli importi di premio vengono conteggiati in misura pari a 2/3 del premio base annuo per la categoria di provenienza, saranno rapportati all'intero periodo di copertura e verranno versati in una unica soluzione.

Qualora il soggetto assicurato abbia in corso altra copertura assicurativa, questa estensione opererà unicamente per l'eccedenza del massimale e per i soli eventi tutelati dalle garanzie previste da tale altra polizza base, alle condizioni da essa normate e sempre che tali garanzie e condizioni siano compatibili con le garanzie e condizioni previste da questa estensione e dal presente contratto.

Questa copertura assicurativa e' stipulata dalla Amministrazione ex art. 1891 Cod. Civ. per conto dei soggetti assicurati, e la Amministrazione assume la veste di Contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'assicurazione, adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa ed esercita conseguenzialmente tutti i diritti e le azioni nascenti da questa estensione e contratto, anche in via esclusiva, con espresso consenso dei soggetti assicurati anche se non dichiarato formalmente.

## SCHEDA POLIZZA E LIMITI DI INDENNIZZO

**RISCHIO ASSICURATO:** RCT e RCO Aziende e strutture Ospedaliere di carattere pubblico.

**CONTRAENTE :** Azienda Ospedaliera San Filippo Neri – Piazza S. Maria della Pietà, 5  
00135 Roma (RM) - Cod. Fiscale o Partita IVA: n. 04738701004

**DURATA del CONTRATTO:** dalle ore 24:00 del 30/04/2013 alle ore 24:00 del 31/12/2013, con esclusione del tacito rinnovo

**CONDIZIONI:** Condizioni, norme, definizioni e modalità come da capitolato di polizza.

**DATA DI RETROATTIVITA' :** 30/04/2005

### **LIMITI DI INDENNIZZO – MASSIMALI:**

- § 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 sinistro in serie

### **SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO (per ogni sinistro e periodo assicurativo)**

Malattie professionali	Euro 3.000.000,00
Manutenzione e pulizia	Euro 2.500.000,00
Implantologia di prodotti in silicone	Euro 2.000.000,00
Sperimentazione autorizzata	Euro 2.500.000,00
Uso e/o detenzione di fonti radioattive per scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici	Euro 2.500.000,00
Distribuzione e/o utilizzo e/o manipolazione di sangue o suoi derivati e prodotti o organi di natura umana o loro derivati	Euro 2.500.000,00
Conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi	Euro 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	Euro 2.500.000,00
Inquinamento accidentale	Euro 1.500.000,00
Propagazione d'incendio	Euro 2.500.000,00
Interruzione attività di terzi	Euro 2.500.000,00



Cose depositate - consegnate	Euro 100.000,00
- non consegnate	Euro 50.000,00
Cose dei dipendenti	Euro 100.000,00
Danni alle apparecchiature in comodato o uso	Euro 500.000,00
Cose di terzi, sollevate, trasportate, caricate	Euro 250.000,00
Danni da circolazione	Euro 2.500.000,00
Altre cose in consegna e custodia	Euro 250.000,00
Danni patrimoniali conseguenti a violazione della privacy	Euro 1.000.000,00

**FRANCHIGIA AGGREGATA : Euro 500.000,00**

**CONTEGGIO DEL PREMIO:**

Il premio è conteggiato al tasso del .....‰ (promille) sulla stima di € 52.533.500,00 delle retribuzioni erogate per il periodo assicurato ed è soggetto a regolazione ai sensi dell'articolo 15.

Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri

Appalto dei servizi di copertura assicurativa  
Periodo 30/04/2013 – 31/12/2013

Offerta economica

**Lotto n. 1 – Copertura assicurativa Responsabilità derivante dall'esercizio delle attività istituzionali**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
della Compagnia assicuratrice \_\_\_\_\_  
per conto della quale agisce, dichiara la disponibilità della predetta Compagnia ad assumere la copertura assicurativa di cui al  
**Lotto n. 1 – Copertura assicurativa Responsabilità derivante dall'esercizio delle attività istituzionali** alle seguenti condi-  
zioni economiche:

**INDIVIDUAZIONE DELLE SOMME, VALORI, CAPITALI, CATEGORIE ASSICURATI**  
da capitolato di polizza, schema compilato

Preventivo retribuzioni	Tasso lordo	Premio annuo lordo
Euro 52.533.500,00		

FRANCHIGIA AGGREGATA €500.000,00

Totale premio annuo escluse imposte (in cifre)	euro	_____	..
Imposte	euro	_____	..
Totale premio annuo comprese imposte (in cifre)	euro	_____	..
Totale premio annuo comprese imposte (in lettere)	euro	_____	..

Firma (Società' offerente / mandataria)

Firma delle Società' mandanti

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
.. \_\_\_\_\_

Luogo e data:

\_\_\_\_\_

**MODULO DI ADESIONE**  
**Copertura Responsabilità Civile per colpa grave della Dirigenza Medica ed altre figure professionali**  
**ESTENSIONE DELLA POLIZZA RCT/O N.....**

La presente polizza assicura tutti i dirigenti dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri – per quanto questi siano tenuti a pagare quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi, spese) per danni cagionati a terzi per morte e lesioni personali in conseguenza di un fatto commesso con “colpa grave” durante l'esercizio dell'attività professionale di dipendente dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri – sia durante l'orario di lavoro che durante lo svolgimento di attività libero professionale in regime intra-murario così come regolamentata dal vigente Accordo Nazionale Medici dipendenti del SS Nazionale, la presente garanzia è operante nei limiti ed in base alle norme contrattuali previste dalla polizza base di cui forma parte integrante.

La presente garanzia facoltativa può anche essere estesa al personale paramedico, al personale Dirigente non medico e/o ad altre figure professionali.

**Massimale assicurato per sinistro: €5.000.000,00**

---

**DATI ENTE DI APPARTENENZA**

**AZIENDA: ACO SAN FILIPPO NERI**

**INDIRIZZO: PIAZZA S. MARIA DELLA PIETA', 5 – 00135 ROMA**

**P.I. E C.F. 04738701004**

---

**DATI RICHIEDENTE (scrivere in stampatello)**

**Cognome**

**Nome**

---

**Nato/a il**

**Prov.**

---

**Qualifica**

---

**In servizio presso**

---

**Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile il/la sottoscritto/a dichiara:**

**Di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento, per fatto a lui imputabile, ovvero di circostanze tali da impegnare le garanzie prestate dalla presente adesione facoltativa per “colpa grave” al contratto.**

<b>RUOLI ASSICURATI</b>	<b>Colpa grave Premio lordo annuo pro-capite</b>	<b>Colpa grave rateo di premio lordo pro-capite mensile</b>
<b>DIRIGENTE MEDICO E VETERINARIO</b>	€	€
<b>DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI (BIOLOGI, CHIMICI, FISICI, FARMACISTI, PSICOLOGI, ECC)</b>	€	€
<b>DIRIGENTE AMMINISTRATIVO</b>	€	€
<b>ALTRO PERSONALE DIPENDENTE DEL COMPARTO SANITA'</b>	€	€

**Si autorizza, pertanto, la relativa trattenuta mensile pari ad €**

**Data,**

**Firma (leggibile)**

**Il sottoscritto prende atto di quanto previsto dalla Legge 31.12.1996 n. 675 (Legge sulla privacy) ed acconsente, ai sensi degli Artt. 11,22,24 e 28 della predetta Legge, al trattamento dei dati personali nel rispetto delle disposizioni della vigente normativa.**

---

**Data,**

**Firma (leggibile)**