

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 1098 DEL 09/11/2016

OGGETTO: PROCEDURA APERTA SOPRA SOGLIA EUROPEA, IN MODALITÀ TELEMATICA, PER L’AFFIDAMENTO TRIENNALE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA RCT/O – AUTORIZZAZIONE A CONTRARRE

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DOTT. PAOLO TECLEME

(firma digitale apposta)

ACQUISITI I PARERI DI			
DIRETTORE SANITARIO		DIRETTORE AMMINISTRATIVO	
DOTT. SALVATORICO ORTU		AVV ROBERTO DI GENNARO	
FAVOREVOLE	X	FAVOREVOLE	X
CONTRARIO		CONTRARIO	
<i>(firma digitale apposta)</i>		<i>(firma digitale apposta)</i>	

La presente Deliberazione	
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell’art. 29 della L. R. 10 / 2006	
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell’art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000	
STRUTTURA PROPONENTE SERVIZIO PROVVEDITORATO E AMMINISTRAZIONE PATRIMONIALE	

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata nell’Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 09/11/2016	Al 24/11/2016
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

SU proposta del Servizio Provveditorato e Amministrazione Patrimoniale;

PROVVEDIMENTO SENZA IMPEGNO DI SPESA

PREMESSO QUANTO SEGUE

- In data 31/12/2016 giungerà a scadenza il contratto assicurativo RCT/O stipulato a copertura dei rischi aziendali; pertanto è necessario procedere, all'espletamento di apposita gara d'appalto volta all'individuazione del contraente cui affidare i servizi di che trattasi, entro la data di scadenza delle polizze attualmente attive, al fine di evitare scoperture assicurative;
- la nuova copertura assicurativa è stata oggetto di ampio studio da parte del Provveditorato e dell'Area Affari Generali, Legali e comunicazione, in collaborazione con il broker aziendale GBS Spa, con il quale sono state valutate tutte le possibili soluzioni alternative inerenti copertura, franchigia, base d'asta, in base all'andamento della statistica sinistri (con particolare riferimento al periodo 31/12/2013 – 22/06/2016). Concluso questo processo valutativo ed esaminate anche le linee guida ANAC in materia di gare assicurative, si sono predisposti gli atti di gara; i principali termini ed elementi distintivi della copertura assicurativa sono i seguenti:
 - Importo a base d'asta annuale: € 2.300.000,00
 - Durata triennale (decorrenza: 31/12/2016 – scadenza: 31/12/2019);
 - Modalità di gara: procedura aperta di rilievo europeo, in modalità telematica;
 - Aggiudicazione all'offerta economicamente più vantaggiosa con prevalenza di peso ponderale al prezzo.

Il capitolato è stato redatto prevedendo come retribuzioni l'ultimo dato comunicato per le regolazioni del premio; in CSA, non è prevista la regolazione del premio a fine annualità (polizza flat).

Sono previste diverse soluzioni per le seguenti prestazioni contrattuali:

1. Periodo di Retroattività

I Opzione: 31/12/2006

II Opzione: 31/12/2003 (come da polizza in corso)

III Opzione: Illimitata

2. Franchigia frontale per sinistro

I Opzione: € 35.000,00 per sinistro

II Opzione: € 30.000,00 per sinistro

III Opzione: € 25.000,00 per sinistro

E' prevista la possibilità di coassicurazione.

Sono state inoltre inserite all'interno della documentazione di gara le seguenti previsioni:

✓ *“Nell'ipotesi in cui l'ASL Unica dovesse stipulare coperture assicurative in ambito regionale o imponesse alle Aziende di interrompere i loro autonomi rapporti assicurativi, avrà la facoltà di recedere, previa richiesta scritta e senza termini di preavviso, ad ogni scadenza annuale.”*

✓ **Art. 18 - ADESIONE DI ALTRE AZIENDE SANITARIE DELLA SARDEGNA**

“Nell'ottica di una razionalizzazione delle procedure per l'affidamento dei lavori, servizi e forniture in ambito regionale anche al fine di realizzare economie di scala, ottenibile attraverso un'azione concertata a livello sovra aziendale, altre Aziende Sanitarie della Regione Sardegna potranno chiedere di usufruire del servizio oggetto del presente appalto.

L'Azienda Sanitaria di Olbia chiederà alla ditta aggiudicataria la disponibilità ad attivare il servizio in favore di ogni nuova Azienda Sanitaria richiedente.

La Compagnia si renderà disponibile ad offrire il servizio alle medesime condizioni, qualora l'andamento tecnico del rischio degli ultimi tre anni (rapporto S/P, sinistri/premi pagati), sia inferiore al 75%; nel caso in cui il rapporto S/P superi tale soglia, la Compagnia potrà formulare una quotazione alternativa che l'Azienda Sanitaria richiedente si riserverà di valutare.

La conferma di tale attivazione comporterà la definizione contrattuale diretta tra la nuova Azienda Sanitaria richiedente e la ditta aggiudicataria, escluso ogni coinvolgimento diretto e indiretto dell'Azienda Sanitaria di Olbia.”

Saranno previsti, in disciplinare, requisiti di ammissione di ordine speciale tra cui aver realizzato, negli ultimi 3 esercizi approvati alla data di pubblicazione del bando, una raccolta premi nel settore totale rami danni complessivamente non inferiore ad Euro 300.000.000,00.

Tutto ciò è riassunto negli allegati capitolato tecnico RCT/O e schema criteri di valutazione prezzo-qualità. Occorre evidenziare che rispetto a quanto approvato di recente con deliberazione n. 1004 del 18/10/2016 (conto economico di previsione 2017), le seguenti voci dei costi della produzione devono subire una modificazione alla luce della base d'asta prevista in CSA:

Previsioni di delibera 1004/2016:

BA1680 B.2.B.1.11) Premi di assicurazione 2.209.500

BA1690 B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale 1.459.500

BA1700 B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi 750.000

Esse devono essere così modificate:

BA1680 B.2.B.1.11) Premi di assicurazione 3.050.000

BA1690 B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale 2.300.000

BA1700 B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi 750.000

e deve quindi essere modificato di conseguenza anche il risultato di esercizio atteso.

Il quadro economico dell'intervento è il seguente:

	QUADRO ECONOMICO	VALORE IN EURO
1	VALORE TOTALE 3 ANNI IVA INCLUSA	€ 6.300.000,00
2	ANAC	€ 800,00
3	ONERI DUVRI	€ 0
4	SPESE PER INCENTIVI EX ART. 113 D.LGS 50/2016 (determinate come da regolamento approvato in contrattazione sindacale)	€ 86.250,00
4 a	RIPARTIZIONE SPESE PER INCENTIVI EX ART. 113 D.LGS 50/2016 (c. 3)	€ 69.000,00
4 b	ACCANTONAMENTO SPESE PER INCENTIVI EX ART. 113 D.LGS 50/2016 (c. 4)	€ 17.250,00
5	TOTALE (1+2+4)	€ 6.387.050,00

- VISTI:

la L.R. 27 luglio 2016, n. 17

il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

la L. R. 28 luglio 2006, n. 10;

la L. R. 24 marzo 1997, n. 10 e successive modificazioni ed integrazioni.

il D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e successive modificazioni ed integrazioni;

l'atto Aziendale;

Per le motivazioni esposte in premessa e qui integralmente richiamate

DELIBERA

- di approvare gli allegati capitolato tecnico RCT/O e schema attribuzione punteggi prezzo/qualità, nonché il quadro economico dell'intervento riportato in premessa;
- di autorizzare l'espletamento di procedura aperta sopra soglia europea, in modalità telematica per l'affidamento, per un triennio della copertura assicurativa RCT/O;
- di dare atto che il correlato impegno di spesa sarà assunto con il provvedimento di aggiudicazione, alla luce dell'eventuale ribasso, e che competente per gli ulteriori adempimenti procedurali inerenti l'individuazione del contraente è il Servizio Provveditorato e Amministrazione Patrimoniale;
- di rettificare, alla luce delle modifiche meglio esplicitate nelle premesse inerenti le voci dei costi della produzione, il risultato di esercizio atteso di cui alla deliberazione n. 1004 del 18/10/2016 (conto economico di previsione 2017);

**Il Commissario Straordinario
Dr. Paolo Tecleme**

per il Servizio
R. Di Gennaro
F. Deledda
Codice Servizio 353/2016

ASL N. 2 OLBIA

**Via Bazzoni Sircana, 2
07026 – Olbia (OT)**



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



General Broker Service S.p.A.

Via Angelo Bargoni, 8 – 00153 Roma tel. +39 06.830903 fax +39 06.58334546 E-mail : gbs@gbsspa.it
Filiale di Milano: Via F. Petrarca, 4 – 20123 Milano tel. +39 02 45477450 fax +39 02 45477474 E-mail: milano@gbsspa.it

Definizioni

ASSICURAZIONE	Il Contratto di Assicurazione;
CONTRAENTE	La persona fisica e giuridica che stipula l'assicurazione, nel caso in specie l'ASL di Olbia di seguito detta Azienda
ASSICURATO	<ul style="list-style-type: none"> • Il soggetto il cui interesse è tutelato dall'Assicurazione e pertanto; • Il contraente stesso; • Il Direttore Generale/Commissario Straordinario, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore dei Servizi Sociali, anche in qualità di legali rappresentanti del Contraente; • I membri del Collegio Sindacale o altro organo istituzionale di controllo; I componenti del Comitato Etico; • Tutti gli amministratori, i dirigenti, i funzionari e i dipendenti del Contraente e tutti i soggetti non dipendenti che partecipano, a qualsiasi titolo, alle attività del Contraente indicate in polizza;
ATTIVITA'	Quella svolta dall'Azienda Sanitaria per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte.
BROKER	La G.B.S. S.p.A. General Broker Service (in seguito detta General Broker o più semplicemente Broker).
SOCIETA'	L'Impresa Assicuratrice;
POLIZZA	Il documento che prova l'assicurazione;
RISCHIO	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
GARANZIE	Le prestazioni della Società oggetto dell'Assicurazione;
PREMIO	La somma dovuta alla Società;
RETRIBUZIONE	Tutto ciò che i prestatori di lavoro dipendenti inclusi i lavoratori parasubordinati e i lavoratori

	interinali ricevono a compenso dell'opera prestata (al lordo di ogni trattenuta) e/o gli importi pagati dall'Assicurato a soggetti terzi quale corrispettivo per l'utilizzo delle stesse persone, nonché l'ammontare dei compensi per gli amministratori denunciati ai fini della determinazione del premio INAIL e gli emolumenti percepiti dal personale che svolge attività intramoenia;
MASSIMALE PER SINISTRO	L'importo massimo dell'indennizzo per ogni sinistro, incluso il sinistro in serie, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o sofferto danni a cose di loro proprietà;
MASSIMALE PER ANNO	La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa;
MASSIMALE PER PERIODO	La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante l'intero periodo (triennale) dell'assicurazione;
RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
RICHIESTA DI RISARCIMENTO	Qualsiasi citazione in giudizio od altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata, anche tramite un organismo di mediazione, all'Assicurato; si intende parificata alla richiesta di risarcimento la formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione nel momento in cui l'Assicurato ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta.
SINISTRO	La Richiesta di Risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione
SINISTRI IN SERIE	Tutti i sinistri originati dallo stesso evento o da uno stesso atto illecito o errore od omissione, oppure da più atti, errori od omissioni che abbiano una causa comune, sempreché il primo sinistro rientri nei termini temporali previsti dall'articolo 2.2 e gli eventi successivi al primo si manifestino e vengano denunciati alla Società non oltre un anno dopo la data di cessazione del contratto;
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
COSE	Sia gli oggetti materiali che gli animali;
SCOPERTO	Percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato;

FRANCHIGIA	Importo fisso del danno che rimane a carico dell'Assicurato;
DANNO CORPORALE	Il pregiudizio economico per lesioni o morte di persone compresi danni alla salute o biologici nonché il danno morale;
DANNI MATERIALI	Ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa, nonché i danni ad essi conseguenti;
DANNI PATRIMONIALI	Il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni materiali o corporali come sopra definiti;
FATTI/CIRCOSTANZE NOTE	Avvenimenti e/o fatti dannosi suscettibili di poter cagionare un sinistro coperto dalla presente polizza, di cui il Contraente/Assicurato ha ricevuto notizia scritta da qualsivoglia fonte proveniente, in data anteriore alla decorrenza della presente polizza.
INTRAMOENIA	Erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero, di day hospital e/o day surgery in regime di attività libero professionale debitamente autorizzata dall'Amministrazione;
PRESTATORE DI LAVORO	Tutte le persone fisiche, di cui, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, l'Assicurato si avvalga nell'esercizio dell'attività dichiarata in polizza;
SUBAPPALTATORE	La persona fisica o giuridica cui il Contraente ha ceduto l'esecuzione di una parte dei lavori e la cui denominazione ha comunicato agli Istituti competenti per le assicurazioni obbligatorie di previdenza e di assistenza;
COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI	Organo preposto alla valutazione dell'indennizzabilità ed, eventualmente, della quantificazione del danno, tramite l'analisi e la più completa istruttoria interna del sinistro- con il coinvolgimento di tutte le parti interessate e deputate – al fine di fornire un parere collegiale sull'orientamento che l'assicuratore dovrebbe adottare per la migliore gestione e definizione del sinistro.

La Società

Il Contraente

DESCRIZIONE DEL RISCHIO ASSICURATO

La garanzia della presente polizza è operante per i rischi della Responsabilità Civile derivante, ai sensi di legge, all'Assicurato/Contraente, in relazione allo svolgimento delle proprie attività istituzionali – compreso l'esercizio di presidi ospedalieri - comunque di fatto svolte con ogni mezzo ritenuto utile e necessario, comprese tutte le attività ed i servizi che in futuro possano essere espletati, anche quelli di carattere amministrativo, sociale, assistenziale.

La garanzia è inoltre operante per tutte le attività esercitate dall'Assicurato/Contraente in attuazione di leggi, regolamenti o deliberazioni, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi, nonché eventuali modificazioni e/o integrazioni presenti e future.

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

L'Assicurato può effettuare tutte le attività riconducibili ai servizi sopra elencati anche partecipando ad enti, società o consorzi, con soggetti pubblici o privati, ed anche avvalendosi di terzi (persone fisiche e giuridiche) e può svolgere anche attività di sperimentazione e/o ricerca.

L'Assicurato, stipulando apposite convenzioni, può, inoltre, avvalersi delle prestazioni di cliniche universitarie ed istituti a carattere scientifico e simili e può riservare agli stessi l'utilizzo di proprie strutture a fini didattici e di ricerca, nonché erogare/prestare presso strutture di Terzi tutte le attività riconducibili ai servizi sopra elencati, anche in favore degli utenti delle strutture di detti Terzi.

La Società

Il Contraente

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

Art. 1.1 - Prova del contratto

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

Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 1.5 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

A parziale deroga dell'art. 1898 del c.c., comma 2 e seguenti, nel caso di aggravamento di rischio, il Contraente ha l'obbligo di comunicare le variazioni secondo quanto stabilito all'art. 1.3 "Variazione del rischio" e la Società si impegnerà, prima di esercitare un eventuale recesso nei termini di cui al successivo art. 1.5 "Clausola di recesso", ad attivare la procedura preventiva per la revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali, secondo quanto stabilito dal presente capitolato.

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

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo o colpa grave.

Art. 1.3 – Variazione del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto. Non comportano variazioni di rischio i mutamenti meramente episodici e transitori.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 1.4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora la Società intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, la Società può segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 1.3 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali previsti in polizza.

2. Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova

annualità.

Art. 1.5 – Clausola di Recesso

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta della Società.
3. Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio calcolato in pro-rata temporis nei modi e nei termini di cui all'art. 1.6 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia".
4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art 1.16 (Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 1.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 192/2012 convengono espressamente che:

- il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data di ricezione del contratto da parte del broker. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.
- se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.
- i termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Conseguentemente la Società rinuncia alle azioni di cui al citato D.Lgs 192/2012 per i suindicati periodi di comporto.

Qualora ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 così come integrato dall'art. 1 della Legge 26 aprile 2012 n. 44 (c.d. "Decreto Fiscale 2012") e smeì il riscossore riscontrasse un inadempimento a carico della Società ed il Contraente fosse impossibilitato a provvedere al pagamento parziale o totale della polizza sino alla definizione del provvedimento, le garanzie resteranno comunque operanti ed i termini di cui sopra per il pagamento del premio decorreranno dalla data in cui la Società di Riscossione comunicherà al Contraente la revoca del provvedimento.

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni mediante lettera raccomandata o PEC. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora la Società si avvallesse di tale facoltà, la stessa dovrà produrre, pena l'invalidità del recesso stesso, anche il dettaglio dei sinistri con le modalità stabilite al successivo Art. 1.16 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

Art.1.8 - Durata del contratto

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

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo 120 (centoventi) giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto (120 giorni), alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

Art. 1.9 – Cessazione anticipata del contratto

E' data facoltà alle parti di disdettare la polizza al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del Contraente di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino a un massimo di tre mesi. In tal caso la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro-rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

Si conviene inoltre tra le parti che il Contraente, nell'ipotesi in cui l'ASL Unica dovesse stipulare coperture assicurative in ambito regionale o imponesse alle Aziende di interrompere i loro autonomi rapporti assicurativi, avrà la facoltà di recedere, previa richiesta scritta e senza termini di preavviso, ad ogni scadenza annuale.

Art. 1.10 – Oneri fiscali

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

Art. 1.11 – Foro competente

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, ove venga attivato un procedimento stragiudiziale di mediazione (ai sensi del D.Lgs 28/2010 e successive integrazioni e modificazioni), sia esso obbligatorio o facoltativo e salvo diversa previsione di legge, le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, può avere sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio. In tale caso foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente e/o Assicurato.

Art. 1.12 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.13 – Coassicurazioni e delega

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato in Coassicurazione o in raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le Società sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

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

la parte delle medesime.

La Delegataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici per la gestione, esecuzione del contratto e l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza. Il broker provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

Art. 1.14- Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi. Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato. Per effetto di quanto sopra si conviene che, in caso di sinistro coperto sia da una o più delle polizze preesistenti che dalla presente, quest'ultima opererà solo dopo l'esaurimento delle prestazioni previste dalle prime. Pertanto, in caso di sinistro non coperto o di mancanza di operatività - per qualsiasi motivo - delle preesistenti coperture, la presente polizza opererà come sola in essere, senza alcun pregiudizio per il Contraente.

Art. 1.15 - Clausola broker

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

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il Contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la Contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse alla Società secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dal Contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.6 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti nella misura dell'8% (otto per cento). La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione.
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.

Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.

Art. 1.16 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

1. Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 2, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato Excel sia tramite file modificabili, sia tramite file non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il Contraente di Polizza;
- il numero del sinistro attribuito dalla Società;
- il numero di polizza;
- la data di accadimento dell'evento;
- il periodo di riferimento;
- la data della denuncia;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:

a) sinistro agli atti, senza seguito;

b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____; gli importi indicati dovranno essere al lordo di eventuali scoperti/franchigie

c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.]:

2. la Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.

3. La Società, per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, dovrà fornire, a semplice richiesta da parte del broker ed entro e non oltre 30 giorni solari dal ricevimento della stessa, le informazioni di cui al comma 1.

Art. 1. 17 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Eccezion fatta per il recesso a seguito di sinistro o la cessazione anticipata del contratto, che dovranno essere trasmesse direttamente alla parte interessata e per copia conoscenza al broker, tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata, PEC e/o fax e/o telegramma e/o e-mail indirizzati al Broker.

Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 1. 18 - Elementi per il calcolo del premio

Il premio viene calcolato in base all'applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri, espressamente indicati nell'Allegato (Prospetto di offerta). Si precisa che non è prevista la regolazione del premio a fine annualità.

Art. 1.19 – Tracciabilità dei flussi finanziari

Le parti:

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

*- Il broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla stazione appaltante ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.
Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.a. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.*

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

La Società

Il Contraente

Sezione I

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

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

A) Assicurazione di Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)

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

La polizza inoltre è operante ai sensi tutti del D. Lgs. n. 81/2008 e successive modificazioni.

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

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

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

2) ai sensi tutti del D. Lgs. N. 81/2008 e successive modificazioni ed integrazioni;

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

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

C) Responsabilità Civile Professionale

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

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

3) Nel caso in cui il danno sia dovuto a dolo, la Società manlevando in ogni caso il Contraente si riserva il diritto di rivalsa nei confronti dei soggetti di cui alle lettere 1) e 2) che precedono.

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

Art. 2.2 – Efficacia temporale delle garanzie (assicurazione nella forma Claims Made) – Retroattività

La presente polizza vale per i sinistri/sinistri in serie (vedasi le relative definizioni riportate nella sezione “Definizioni”) verificatisi durante il periodo di validità del contratto sempreché il fatto che li ha originati si sia verificato nello stesso periodo.

La polizza si intende inoltre operante per i sinistri/sinistri in serie verificatisi durante il periodo di validità del presente contratto e relativi a fatti originatisi successivamente alle ore **24.00 del 31/12/2006 (periodo di garanzia retroattiva)**.

Art. 2.3 – Massimali assicurati e limiti di risarcimento

I massimali assicurati per le garanzie di polizza sono i seguenti:

Massimali R.C.T. € 5.000.000,00 per sinistro, con i seguenti limiti
€ 5.000.000,00 per persona
€ 5.000.000,00 per danni a cose e o animali

Massimali R.C.O. € 5.000.000,00 per sinistro con il limite di
€ 5.000.000,00 per prestatore di lavoro

Massimo risarcimento annuo, euro 15.000.000,00.

Art. 2.4 – Franchigia frontale per sinistro

L'Assicurazione è operante con una franchigia frontale per sinistro pari a **€ 5.000,00** elevata ad **€ 35.000,00** limitatamente ai danni a terzi determinati da attività medico/sanitaria, fermo restando la validità di eventuali scoperti e franchigie previsti dal presente capitolato.

I sinistri saranno gestiti con le modalità riportate al successivo Art. 2.5.

Art. 2.5 - Procedura per la gestione dei sinistri

Per la gestione dei sinistri, si procederà come segue:

- All'atto dell'apertura del sinistro la Compagnia provvede, entro 30 (trenta) giorni, anche per via telematica, a comunicare al Contraente il numero attribuito alla relativa posizione di danno per il tramite del broker, nonché l'Ufficio e la persona incaricata della gestione del sinistro medesimo;
- La Società si impegna a trasmettere al Contraente/Assicurato per il tramite del broker, a supporto di quanto sopra, estratto della relazione medico legale del proprio fiduciario e parere in merito all'opportunità della transazione;
- Il Contraente sottoporrà al Comitato di Valutazione Sinistri, integrato dai componenti della Compagnia assicuratrice, il parere del fiduciario della Compagnia per le necessarie valutazioni medico-legali e legali-assicurative, esprimendosi sulla sussistenza della responsabilità;
- Una volta elaborata la proposta di definizione amichevole, la trattativa per la chiusura della vertenza sarà gestita dalla Compagnia Assicuratrice, tenendo conto di quanto emerso dalla valutazione in sede di Comitato di Valutazione Sinistri;
- La Società è tenuta ad acquisire da parte del Contraente/Assicurato, il preventivo consenso prima di provvedere alla definizione di qualsiasi indennizzo;

- Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, il Contraente/Assicurato dovrà inviare entro 45 giorni dal ricevimento della proposta transattiva da parte della Società proprie considerazioni di merito, in assenza delle quali la Società dovrà ritenersi delegata alla transazione nei termini prospettati;
- Acquisito il benestare da parte del Contraente/Assicurato, la Società provvederà alla definizione del sinistro e comunicherà al Contrente/Assicurato il pagamento da effettuare. Qualora il Contrente/Assicurato comunichi la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dalla Società, quest'ultima resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta qualora il sinistro sia definito successivamente per un importo maggiore, mentre la differenza resterà a carico del Contrente/Assicurato
- La Società comunicherà al Contraente/Assicurato 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 dal Contrente/Assicurato quanto prima possibile, e comunque non oltre i 45 (quarantacinque) 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 del Contrente/Assicurato.

La Società in fase di liquidazione dei sinistri, provvederà a liquidare l'importo eccedente il valore della franchigia frontale, mentre sarà erogato direttamente dal Contrente/Assicurato al terzo il valore della franchigia frontale. Si precisa che la Società, fermo restando la propria autonomia nella gestione dei sinistri a proprio carico ovvero quelli che superino l'importo della franchigia frontale, aggiornerà e coinvolgerà il Contraente in occasione degli incontri con il Comitato di Valutazione Sinistri, al fine di poterlo aggiornare sugli sviluppi della gestione dei sinistri.

Art. 2.6 - Precisazioni sulla qualifica di "Dipendente" e "Terzo"

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

Sono considerati Terzi anche:

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

Non sono considerati Terzi ai fini della garanzia RCT solamente:

- a. il Legale rappresentante.
- b. le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con il Contraente ed iscritte all'I.N.A.I.L., subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio, limitatamente ai danni alla persona e fatto salvo quanto disposto all'Art. 2.1 (Oggetto dell'assicurazione) lett. B.

Art. 2.7 - Rischi inclusi nell'assicurazione RCT

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

a) Committenza

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

b) Committenza auto ed altri veicoli

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

La garanzia vale anche:

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

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

c) Danni a mezzi sotto carico e scarico

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

d) Veicoli dei dipendenti

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

e) RC attività varie

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

- da proprietà di mense aziendali, compresa committenza per servizi dati in appalto a terzi;
- dall'organizzazione di visite agli uffici ed agli impianti di proprietà od in uso dal Contraente e dalla presentazione e dimostrazione di impianti ed attrezzature dell'Assicurato stesso;
- dalla partecipazione ad esposizione, mostre e fiere;
- dalla esistenza di servizio di vigilanza (con guardie armate e non) e di servizi antincendio;
- dall'esistenza di attività sociali, assistenziali e ricreative direttamente gestite o gestite da terzi;
- da proprietà di cani da guardia e non;
- dalla proprietà e manutenzione di insegne, ovunque installate nel territorio nazionale;
- l'assicurazione copre anche i rischi inerenti alla somministrazione di bevande e cibi, anche se distribuiti mediante macchine automatiche.
- dai servizi erogati presso il domicilio degli assistiti;
- dalla somministrazione, distribuzione ed utilizzazione di prodotti tossici;
- dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici e nocivi: massimo risarcimento Euro 500.000 per sinistro/anno/sinistro in serie;
- dall'esistenza e dall'esercizio di laboratori chimici e di analisi, compreso il rischio conseguente alla elaborazione di esiti e referti.

f) Carrelli e macchine operatrici

La garanzia comprende i danni derivanti dalla proprietà e/o uso dei carrelli e/o macchine operatrici compresa la circolazione su aree non soggette alla disciplina della Legge n. 209/2005 e successive modifiche.

g) Installazione e/o manutenzione

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

h) Infortuni subiti dagli appaltatori, subappaltatori e loro dipendenti

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

i) Danni da interruzioni o sospensioni di attività

La garanzia comprende entro il massimo di Euro 1.000.000,00.= per anno e per sinistro

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

j) Danni da incendio

L'assicurazione vale per la Responsabilità Civile del Contraente per danni cagionati a cose di terzi da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute. Il massimo risarcimento per ciascun periodo assicurativo annuo non potrà superare l'importo di Euro 1.500.000,00= il risarcimento del danno verrà effettuato previa detrazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 2.500,00=. Dalla garanzia sono comunque esclusi i danni alle cose che l'Assicurato ha in consegna e custodia a qualsiasi titolo o destinazione.

k) Danni da furto

L'assicurazione vale per la responsabilità civile dell'Assicurato per danni da furto cagionati a terzi da persone che si siano avvalse - per compiere l'azione delittuosa - di impalcature e ponteggi eretti dall'Assicurato. La garanzia è prestata con uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo assoluto di Euro 150,00.= per ogni danneggiato, nel limite del massimale per danni alle cose e comunque con il massimo di Euro 50.000,00.= per ciascun periodo assicurativo annuo.

l) Danni alle cose di terzi

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

m) Cose in consegna e custodia

La garanzia comprende i danni alle cose di terzi, consegnate o non consegnate, per le quali l'Assicurato è tenuto a rispondere ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 Codice Civile per sottrazione, distruzione o deterioramento. Questa garanzia è prestata nel limite del massimale per danni alle cose e comunque con il massimo di Euro 30.000,00= per ciascun sinistro, previa detrazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 150,00.=.

n) Responsabilità Civile Personale dei Dirigenti, Quadri e Dipendenti

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

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

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

Nel caso in cui il danno sia dovuto a colpa grave delle predette persone, la Società di riserva il diritto di rivalsa nei loro confronti.

o) Apparecchiature elettromedicali

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

p) Distribuzione e utilizzazione del sangue

L'assicurazione è prestata per le conseguenze della responsabilità civile derivante all'assicurato, ai sensi di legge, dalla sua qualità di esercente, in conformità alle leggi e regolamenti vigenti, centri di raccolta del sangue e trasfusionali, distribuzione e utilizzo del sangue e emoderivati, espianti e trapianti di organi, la garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per

danni cagionati a terzi in conseguenza della distribuzione o dell'utilizzazione del sangue o dei suoi derivati di pronto impiego, compresi i danni da HIV, la garanzia è operante a condizione che l'Assicurato abbia ottemperato a tutti gli obblighi previsti in merito al controllo preventivo del sangue da leggi e/o circolari ministeriali specifiche sulla materia e in vigore al momento del fatto.

Questa garanzia è prestata con un massimo risarcimento di € 1.000.000,00, che deve intendersi quale massima esposizione della Società per sinistro/anno assicurativo/ sinistro in serie. Questo sottolimito è da intendersi operante sia con riferimento alla garanzia R.C.T. che a quella R.C.O. (comprese le malattie professionali) anche per i danni:

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

q) RC somministrazione, distribuzione, utilizzazione di prodotti medicinali

L'assicurazione comprende la Responsabilità civile derivante dalla somministrazione, distribuzione, utilizzazione, di prodotti medicinali, farmaceutici, parafarmaceutici e protesi.

r) RC sostanze radioattive

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

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

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

s) Inquinamento accidentale

Si precisa che la garanzia si estende ai danni conseguenti ad inquinamento accidentale dell'acqua, dell'aria o del suolo.

La presente estensione di garanzia si intende prestata con l'applicazione di uno scoperto del 10% di ogni sinistro, con il minimo non indennizzabile di Euro 2.500,00.= ed il massimo di Euro 15.000,00.= e comunque fino a concorrenza di un massimo risarcimento di Euro 600.000,00= per sinistro e per anno assicurativo e per sinistro in serie.

Sono esclusi i danni di cui l'Assicurato o persone delle quali debba rispondere siano responsabili a titolo di danno ambientale ai sensi dell'Art. 18 della legge 8 luglio 1986 n. 349 ed altre successive disposizioni in tema di danno ambientale.

t) Malattie professionali (comprese le malattie extratabellari)

L'assicurazione della responsabilità civile verso tutti i dipendenti è estesa al rischio delle malattie professionali di cui al DPR 30.6.1965 n. 1124 come modificato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988, purchè venga riconosciuta la causa di lavoro da parte della magistratura. L'estensione si intende operativa a condizione che la malattia si manifesti in data posteriore a quella della stipulazione della polizza e sia conseguenza di fatti colposi commessi e verificatisi durante il periodo di efficacia temporale pari al periodo di retroattività come previsto all'art. 2.2 La garanzia non vale:

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

dell'impresa.

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

3. per l'asbestosi e la silicosi;

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

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

La presente estensione vale anche per le malattie che si manifestano non oltre 24 mesi dalla data di cessazione del contratto.

u) Attività di sperimentazione

L'Assicurazione è prestata per le conseguenze della responsabilità civile derivante all'Assicurato, ai sensi di legge, dalla sua qualità di esercente, autorizzato ai sensi di legge, a svolgere attività di sperimentazione clinica di ogni fase e grado con protocolli interni e/o sponsorizzati da terzi. L'assicurazione opera per la diretta ed esclusiva responsabilità del Contraente/Assicurato e del proprio personale medico e paramedico e non comprende la responsabilità che ricade sul produttore dei farmaci e/o presidi sanitari oggetto della sperimentazione e sullo sponsor, né la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione, né il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione. Per i protocolli no-profit la garanzia è operante anche a favore del produttore e dello sponsor unicamente nell'ipotesi in cui tali qualifiche siano ricoperte dalla Contraente.

La presenza di tale garanzia non esonera la Contraente dal dover ottemperare ai disposti di legge, relativamente alle coperture assicurative obbligatorie.

Tale garanzia viene prestata nell'ambito dei massimali di polizza con un sottolimito di € 2.000.000,00 per sinistro/anno assicurativo/sinistro in serie.

v) Norme per la sicurezza sul lavoro

L'assicurazione della responsabilità civile del personale del Contraente cui siano stati attribuiti gli incarichi e le mansioni di cui al D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche, con espressa rinuncia alla rivalsa da parte della Società.

w) Comitato Etico

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

Questa estensione di garanzia inoltre non comprende:

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

Questa garanzia è prestata nell'ambito dei massimali di polizza con un sottolimito di € 2.000.000,00 per sinistro/anno assicurativo/sinistro in serie.

Per detta garanzia l'Ente dovrà comunque provvedere a stipulare apposite coperture per i protocolli attuati al proprio interno. In particolare, l'efficacia temporale della polizza sarà pienamente operante anche in relazione a tali sinistri

x) Silicone in forma liquida o gelatinosa

Le garanzie prestate dalla presente polizza sono operanti per la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni cagionati a terzi da implantologia di prodotti/impianti che prevedano

l'utilizzo di silicone in forma liquida o gelatinosa.

Questa garanzia è prestata nell'ambito dei massimali di polizza con un sottolimito di € 1.000.000,00 per sinistro/anno assicurativo/sinistro in serie.

z) Interventi estetici

Le garanzie prestate dalla presente polizza comprendono i danni per morte e per lesioni personali conseguenti ad interventi estetici e fisionomici purché determinati da errore tecnico nell'intervento, con esclusione della garanzia delle pretese della mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.

Art. 2.8 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

L'assicurazione RCT non comprende i danni:

- a. da furto, fatto salvo quanto previsto dall'art. 2.7 (Rischi inclusi nell'assicurazione sub k).
- b. alle persone trasportate su veicoli e natanti a motore di proprietà del Contraente o da lui detenuti;
- c. da circolazione su strada di uso pubblico, su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- d. da impiego di macchinari od impianti che siano condotti ed azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- e. alle cose e/o opere di terzi sulle quali si eseguono i lavori;
- f. conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazioni di sorgenti o corsi d'acqua, alterazione od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanti trovansi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento. Tale esclusione è valida a tutti gli effetti salvo quanto previsto dall'art.2.7 sub s).
- g. A cose rimorchiate, trasportate, movimentate, sollevate, caricate o scaricate;
- h. Cagionati da lavori di riparazione, manutenzione o posa in opera o da opere o installazioni in genere dopo 30 giorni dalla data di ultimazione dei lavori.

L'assicurazione RCT/RCO non comprende i danni:

- i. Da detenzione o impiego di esplosivo;
- j. derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i danni che in relazione ai rischi assicurati si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, fatto salvo quanto previsto dall'art. 2.7 sub r);
- k. da implantologia di prodotti/impianti che prevedono l'utilizzo di silicone in forma liquida/gelatinosa, fatto salvo quanto previsto all'Art. 2.7 sub x);
- l. conseguenti ad atti di terrorismo, atti di sabotaggio ed atti di guerra in genere;
- m. da amianto;
- n. da sostanze o organismi in genere modificati e derivanti o frutto di ingegneria genetica o bio-ingegneria;
- o. da attività di sperimentazione ("clinical Trials") e controllo sulla stessa da parte di Comitati Etici, salvo quanto previsto all'Art 2.7 sub u) e w);
- p. da attività di fecondazione assistita;
- q. determinati da un fatto noto all'atto della stipula del presente contratto.

Art. 2.9 - Limiti territoriali

La garanzia RCT vale per il mondo intero, escluso USA e Canada, la garanzia RCO vale per il mondo intero.

La Società

Il Contraente

Art. 3 - Norme che regolano la gestione sinistri

Art. 3.1 - Obbligo del Contraente in caso di sinistro

A parziale deroga dell'art. 1913 Codice Civile, in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza.

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

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

Art. 3.2 - Gestione delle vertenze di danno - Spese legali

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, - anche con riferimento ai procedimenti di cui all'art. 696 e 696 bis del codice di procedura civile, se ed in quanto applicabili ai sensi della normativa vigente, e quelli di cui al D.lgs. 04/03/2010 n. 28 - a nome del Contraente, designando ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti al Contraente stesso.

Al ricevimento di una eventuale domanda di mediazione la Contraente è tenuta ad informare tempestivamente la Società ed a fornire nei tempi più rapidi la documentazione necessaria per consentire la corretta ed esaustiva istruzione del sinistro utile alla condivisione tra le Parti circa la opportunità o meno di aderire alla domanda del terzo.

Le Parti saranno tenute, per quanto di loro pertinenza, ad adottare – entro i termini utili ad evitare pregiudizi- ogni iniziativa necessaria all' osservanza degli adempimenti previsti dalle vigenti norme di legge e dalle specifiche disposizioni contenute nel regolamento dell'Organismo individuato per l'espletamento della procedura di mediazione.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato entro il limite di un importo pari al quarto del massimale prestato dal presente contratto per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Società ed il Contraente nella misura del rispettivo interesse.

La Società non risponde di multe od ammende, né delle spese di giustizia penale.

La Società ricevuta copia dell'atto giudiziario notificato all'Assicurato, in tempo utile a non pregiudicare la possibilità da parte dell'Assicurato di chiamata in manleva della Società stessa e/o di altri soggetti, confermerà la presa in carico della gestione della vertenza per conto dell'Assicurato o motiverà le ragioni del suo diniego. In carenza di risposta nei termini indicati, in ipotesi di validità di garanzia, la Società sarà tenuta a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per legali e tecnici, anche se non designati dalla Società stessa.

Con riferimento alla designazione dei Legali e/o Consulenti, limitatamente alle vertenze in sede giudiziale, il Contraente si riserva la facoltà di proporre alla Compagnia un proprio Legale e/o Consulente.

Art. 3.3 – Comitato Valutazione dei Sinistri

L'Azienda, di comune accordo con la Società Assicuratrice, si avvale del Comitato di Valutazione dei Sinistri C.V.S. per la specifica tematica del monitoraggio e della gestione dei sinistri. E', quindi, interessato a valutare la fondatezza delle richieste di risarcimento, esprime parere sugli importi posti a

riserva ed a rappresentare le eventuali tesi difensive. I componenti del Comitato sono rappresentativi delle seguenti aree interne ed esterne all'Azienda:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Società

Il Contraente

Disposizione finale

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

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, del conteggio del premio e del trattamento dei dati personali.

Ad aggiudicazione avvenuta, il Contraente, per tramite del broker, dà notizia immediata alla Società che ha vinto la gara.

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

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

La Società

Il Contraente

Dichiarazione

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

Art. 1.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio;

Art. 1.3 – Variazioni del rischio

Art. 1.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro;

Art. 1.8 - Durata del contratto;

Art. 1.9 – Cessazione anticipata del contratto;

Art. 1.11 - Foro competente;

Art. 1.14 - Assicurazione presso diversi assicuratori;

Art. 1.15 - Clausola Broker.

Art. 1.19 – Tracciabilità Flussi Finanziari

Art. 2.2 – Efficacia temporale delle garanzie.

Art. 2.5 – Procedura per la gestione dei sinistri

La Società

Il Contraente

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

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

1	CONTRAENTE/ASSICURATO:	ASL N. 2 DI OLBIA Via Bazzoni Sircana, 2 07026 – OLBIA (OT) 02362600344
2	DURATA CONTRATTUALE: FRAZIONAMENTO:	Anni 3 mesi 0 giorni 0 Dalle ore 24.00 del 31/12/2016 Alle ore 24.00 del 31/12/2019 Annuale
3	RISCHIO ASSICURATO:	
3.1	Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)	
3.2	Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (RCO)	
4	MASSIMALI ASSICURATI	
4.1	RCT	Euro per sinistro 5.000.000,00 con i seguenti limiti:
		Euro per persona 5.000.000,00
		Euro per danni a cose e/o animali 5.000.000,00
4.2	RCO	Euro per sinistro 5.000.000,00 con il limite di:
		Euro per prestatore di lavoro 5.000.000,00
	Massimo risarcimento annuo: Euro 15.000.000,00	
5	RETRIBUZIONI ANNUE LORDE PREVENTIVATE	
	Euro 64.000.000,00	
6	FRANCHIGIA PER SINISTRO	
	Euro 5.000,00, elevata ad Euro 35.000,00 limitatamente ai danni a terzi determinati da attività medico/sanitaria (Art. 2.4)	
7	OFFERTA ECONOMICA	
7.1	TASSO LORDO% (da applicare sulle retribuzioni annue lorde preventivate)
	Premio lordo annuo BASE PER L'AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO	EURO (cifre) EURO (lettere)

ONERI DELLA SICUREZZA

ai sensi dell'art. 87, comma 4, del D.Lgs. n. 163/2006, i costi relativi alla sicurezza sono pari ad Euro.....

8
ACCETTAZIONE

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

9
AUTORIZZAZIONE

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

10
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

La Società

.....

Il Contraente

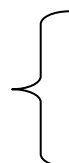
.....

Allegato 1 - Scheda Prezzo/Qualità – ASL di Olbia

I punteggi saranno assegnati come segue:

A) PREZZO

B) QUALITÀ



Massimo Punteggio = **70 PUNTI**

Massimo Punteggio = **30 PUNTI**

A) PREZZO:

Premio annuo lordo riportato nell'offerta economica dell'Allegato (prospetto di offerta).

Il punteggio assegnato sarà calcolato ed attribuito secondo la seguente formula:

$$V(a)i = R_{max}/R_a$$

Dove:

V(a)i = coefficiente riferito al prezzo (in termini di ribasso percentuale) offerto, variabile tra 0 e 1

R_a = valore offerto dal concorrente a

R_{max} = valore dell'offerta più conveniente

Il coefficiente ottenuto sarà poi moltiplicato per il massimo del punteggio disponibile (70); l'offerta pari alla base d'asta consegue quindi punteggio prezzo pari a 0; l'offerta con il maggior sconto percentuale consegue il massimo del punteggio disponibile (70.).

B) QUALITÀ:

Si precisa che:

- Per l'attribuzione del punteggio al parametro "Recesso in caso di sinistro Art. 1.7" (max 2 punti), rimandiamo alle ipotesi prospettate nell'Allegato "Prospetto di Offerta Tecnica Lotto RCTO".
- Per l'attribuzione del punteggio al parametro "Cessazione anticipata Art. 1.9" (max 1 punto), rimandiamo alle ipotesi prospettate nell'Allegato "Prospetto di Offerta Tecnica Lotto RCTO".
- Per l'attribuzione del punteggio al parametro "Efficacia temporale delle garanzie (Assicurazione nella forma Claims Made) – Art. 2.2" (max 12 punti), rimandiamo alle ipotesi prospettate nell'Allegato "Prospetto di Offerta Tecnica Lotto RCTO".
- Per l'attribuzione del punteggio al parametro "Franchigia Frontale per Sinistro – Art. 2.4" (max 15 punti), rimandiamo alle ipotesi prospettate nell'Allegato "Prospetto di Offerta Tecnica Lotto RCTO".

N.B.: Sono consentite VARIANTI rispetto al Capitolato Tecnico esclusivamente per le voci sopra esplicitate, fermo restando l'invariabilità di tutte le altre disposizioni.

- A pena di esclusione non sono ammesse offerte condizionate, parziali o espresse in modo indeterminato.
- A pena di esclusione non saranno quindi ammesse varianti oltre a quelle sopra elencate o modifiche di queste ultime.

- Le eventuali offerte peggiorative si intenderanno come non formulate e resteranno validi pertanto gli importi/ipotesi indicati nel Capitolato Tecnico di polizza, e verranno attribuiti 0 punti.

VERRA' RITENUTA PIU' VANTAGGIOSA L'OFFERTA CHE OTTERRA' IL PUNTEGGIO PIU' ALTO, CALCOLATO APPLICANDO AL PUNTEGGIO OTTENUTO SUL PREZZO LE VARIAZIONI DI CUI AL PUNTO B) (QUALITA').

ALLEGATO PROSPETTO DI OFFERTA TECNICA – LOTTO RCTO

Costituente parte integrante della presente polizza di assicurazione

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

CONTRAENTE/ASSICURATO	ASL di Olbia Via Bazzoni Sircana, 2 07026 – Olbia (OT)
P.IVA	02362600344

1	<p style="text-align: center;">Recesso in caso di sinistro – Art. 1.7</p> <p>Premesso che il Capitolato Speciale di Polizza prevede all’art. 1.7, la seguente clausola: Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell’indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall’assicurazione con preavviso di 90 giorni mediante lettera raccomandata o PEC. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso. Qualora la Società si avvallesse di tale facoltà, la stessa dovrà produrre, pena l’invalidità del recesso stesso, anche il dettaglio dei sinistri con le modalità stabilite al successivo Art. 1.16 - Obbligo di fornire i dati dell’andamento del rischio. Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell’assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell’Assicurato e conseguente riduzione del premio. È facoltà del Concorrente modificare la clausola come segue:</p> <p>(barrare la casella corrispondente all’ipotesi prescelta)</p>
----------	--

<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (mantenimento della clausola come da capitolato)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (aumento del preavviso di recesso a 120 giorni)	0,5 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi C (aumento del preavviso di recesso a 180 giorni)	1 punto
<input type="checkbox"/>	Ipotesi D (aumento del preavviso di recesso a 210 giorni)	1,5 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi E (eliminazione della clausola dal capitolato senza reintegro)	2 punti

2	<p style="text-align: center;">Cessazione anticipata – Art. 1.9</p> <p>Premesso che il Capitolato Speciale di Polizza prevede all’art. 1.9, la seguente clausola: È data facoltà alle parti di disdettare la polizza al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell’annualità. Nell’ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del Contraente di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell’annualità assicurativa, una proroga della durata fino a un massimo di tre mesi. In tal caso la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro-rata temporis rispetto al premio annuale in corso</p>
----------	--

	È facoltà del Concorrente: (barrare la casella corrispondente all'ipotesi prescelta)	
<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (mantenimento della clausola come da capitolato)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (eliminazione della clausola dal capitolato)	1 punto

3	Efficacia temporale delle garanzie (Assicurazione nella forma Claims Made) – Art. 2.2 Premesso che il Capitolato Speciale di Polizza prevede, inoltre, l'operatività delle garanzie per i sinistri/sinistri in serie verificatisi durante il periodo di validità del contratto e relativi a fatti originatisi successivamente alle ore 24.00 del 31/12/2006 (periodo di garanzia retroattiva), è facoltà del Concorrente proporre un periodo superiore. (barrare la casella corrispondente all'ipotesi di Retroattività offerta)	
<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (Retroattività: 31/12/2006)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (Retroattività: 31/12/2003)	6 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi C (Retroattività: Illimitata)	12 punti

4	Franchigia Frontale per Sinistro – Art. 2.4 Premesso che il Capitolato Speciale di Polizza prevede una franchigia frontale per sinistro, limitatamente ai danni a terzi determinati da attività medico/sanitaria, di Euro 35.000,00, è facoltà del Concorrente proporre una riduzione della suddetta franchigia. (barrare la casella corrispondente all'ipotesi di Franchigia offerta)	
<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (Euro 35.000)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (Euro 30.000)	7,5 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi C (Euro 25.000)	15 punti