

L'assicurazione è regolata dalle norme riportate nel seguente documento
che sostituisce integralmente il modello SINF479RC ed. 01/2019

Polizza di Assicurazione Responsabilità Civile

Strutture Sanitarie e Sociosanitarie

Sara Assicurazioni S.p.A., assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI. Tel. +39 06 8475.1 - FAX +39 06 8475223 - Sito Internet: www.sara.it - Indirizzo email: info@sara.it - Indirizzo PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2018

- Patrimonio netto: euro **632.781.975**
- Capitale sociale : euro **54.765.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **516.196.559**

Le informazioni che seguono sono dati inerenti la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa (www.sara.it)

- Requisito patrimoniale di Solvibilità: euro **248.484.929,25**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **111.818.218,16**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **751.274.498,12**

- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: euro **3,0** (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

GLOSSARIO / DEFINIZIONI

AGENTE / AGENZIA DI ASSICURAZIONI

Il soggetto che gestisce la convenzione per conto della Compagnia.

ANNUALITÀ ASSICURATIVA

Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza o di data di cessazione dell'assicurazione.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURATORE / COMPAGNIA

Impresa che esercita professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa.

ASSICURAZIONE

Il presente contratto di assicurazione che si conclude mediante la sottoscrizione della polizza.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione sottoscrivendo la polizza.

COMUNICAZIONE

Lettera raccomandata, Posta Elettronica Certificata o Telefax.

COSE

Genericamente gli oggetti materiali e gli animali.

DANNO

La perdita economica risultante da lesioni personali, morte o danni ai beni, nonché i danni ad essi conseguenti (a titolo esemplificativo: danni non patrimoniali, danni indiretti).

DAY SURGERY

La struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna che eroga interventi chirurgici eseguiti da medici chirurghi specialisti.

DIPENDENTE

Il prestatore di lavoro iscritto nel libro paga del Contraente.

FATTI NOTI O CIRCOSTANZE

Qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.

FATTURATO

Il volume degli affari (esclusa I.V.A.) risultante dalla somma delle registrazioni da effettuarsi obbligatoriamente ai sensi della Legge I.V.A.

FRANCHIGIA

Parte del danno risarcibile, espressa in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato.

INTERVENTO CHIRURGICO

Le operazioni effettuate in sala operatoria, con anestesia locale o totale, attuate con manovre manuali o strumentali che comportano incisione, resezione o asportazione (anche con apparecchiature laser) di tessuti e organi.

INTERVENTO DI TIPO AMBULATORIALE / PICCOLA CHIRURGIA AMBULATORIALE,

Le operazioni senza accesso al servizio Day Surgery e comunque diverse dagli interventi chirurgici e dagli interventi di tipo invasivo che, per la loro modesta complessità, possono essere effettuati in regime ambulatoriale in studi medici, ambulatori o ambulatori protetti e non richiedono particolari esami preoperatori e/o di assistenza anestesiológica diretta.

INTERVENTO DI TIPO INVASIVO

Il complesso delle manovre terapeutiche effettuate mediate l'inserimento nell'organismo del paziente di sonde, cateteri o di altre attrezzature utilizzate dalle diverse specializzazioni mediche.

LIMITE DI RISARCIMENTO

L'importo massimo che la Compagnia si impegna a corrispondere in caso di sinistro in relazione a una determinata garanzia. Ove precisato, per alcune garanzie il limite si intende, oltre che per sinistro, anche per annualità assicurativa.

MASSIMALE

La somma complessiva massima fino alla concorrenza della quale la Compagnia presta la garanzia.

MODULO DI ADESIONE / QUESTIONARIO DI PROPOSTA

il documento compilato (anche on line) e sottoscritto dal soggetto che intenda sottoscrivere la polizza.

MODULO DI POLIZZA / FRONTESPIZIO

il documento riepilogativo degli estremi della copertura, sottoscritto dalle parti.

PARTI

il Contraente, l'Assicurato, la Compagnia, l'Intermediario.

POLIZZA

L'insieme dei documenti che integrano e comprovano l'assicurazione.

PERSONALE

Tutte le persone fisiche di cui l'Assicurato si avvale, nel rispetto delle norme di legge, nell'esercizio dell'attività.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

RISARCIMENTO

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

SCOPERTO

La parte del danno risarcibile, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO R.C.O.

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SINISTRO R.C.T.

La richiesta di risarcimento di danni per i quali è prestata l'assicurazione.

..*.*.*

CONDIZIONI GENERALI

1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio comporteranno la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa risoluzione del rapporto assicurativo secondo quanto disposto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

2 DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEI PREMI

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

In caso di frazionamento del premio può essere prevista un'addizione nella misura indicata nel contratto.

Il premio minimo non potrà essere inferiore ad Euro 2.500,00.

Il premio, come indicato nel frontespizio di polizza, deve essere pagato, secondo il frazionamento concordato, a mezzo di assegni bancari, postali o circolari, muniti di clausola di non trasferibilità intestati o girati alla Compagnia oppure all'Intermediario espressamente in tale qualità ovvero con bonifico od altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati precedentemente.

3 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il rischio descritto in polizza; in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

La Polizza contiene ogni accordo tra le parti in relazione al rapporto assicurativo. Ogni eventuale modificazione della stessa dovrà essere approvata dalle parti per iscritto.

5 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio.

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

6 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Ove intervengano mutamenti che determinino una diminuzione del rischio, la Compagnia ridurrà il

premio o le rate di premio successive alla relativa comunicazione da parte del Contraente secondo quanto disposto dall'art. 1897 del Codice Civile.

La Compagnia rinuncia alla facoltà di recesso di cui all'art. 1897 del Codice Civile.

7 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 60 giorni da darsi con lettera raccomandata A/R o P.E.C. In caso di recesso esercitato dalla Compagnia, la stessa rimborsa la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso al netto dell'imposta, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

8 CALCOLO PREMIO DI RINNOVO

Le Parti avvieranno le attività negoziali di rinnovo con inizio 60 giorni prima della scadenza, al fine di verificare i termini e condizioni per la successiva annualità. A tale scopo si procederà al calcolo della Loss Ratio Net-Net, consistente nel seguente rapporto:

NUMERATORE: danni liquidati e/o riservati, comprensivi di spese afferenti (legali, peritali, ecc.);

DENOMINATORE: premio lordo annuale a deposito al netto dei costi incidentali complessivi pari al 50,00%.

Sulla base della **Loss Ratio** registrata, saranno applicati gli indici correttivi sotto riportati al tasso di polizza.

LOSS RATIO		TASSO DI RINNOVO
		RIDUZIONE / INCREMENTO
Se L/r:	$\leq 30,00\%$	Tasso di polizza – 12,00%
Se L/r:	$> 30,00\% \leq 40,00\%$	Tasso di polizza – 12,00%
Se L/r:	$> 40,00\% < 50,00\%$	Tasso di polizza – 6,00%
Se L/r:	$= 50,00\%$	Tasso di polizza
Se L/r:	$> 50,00\% \leq 60,00\%$	Tasso di polizza + 20,00%
Se L/r:	$> 60,00\% \leq 70,00\%$	Tasso di polizza + 40,00%
SOGGETTO A PREVENTIVA CONFERMA DEGLI ASSICURATORI:		
Se L/r:	$> 70,00\% \leq 80,00\%$	Tasso di polizza + 60,00%
Se L/r:	$> 80,00\% \leq 90,00\%$	Tasso di polizza + 80,00%
Se L/r:	$> 90,00\%$	Tasso di polizza + 100,00%

Il tasso così calcolato, costituirà il tasso di premio da applicarsi al fatturato preventivato per la nuova annualità.

Si precisa che il Contraente/Assicurato conserverà la franchigia fissa prevista dalla polizza in scadenza.

Qualora il Contraente/Assicurato non accetti, per iscritto a mezzo fax, lettera raccomandata o posta elettronica certificata, la proposta degli assicuratori contenente i termini di rinnovo, la polizza s'intenderà risolta, e non produrrà ulteriori effetti a far data dalla naturale scadenza, fermo quanto stabilito in materia di conguaglio del premio.

9 ONERI FISCALI

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

10 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

11 FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Intermediario cui è assegnata la polizza.

12 DURATA DEL CONTRATTO

In mancanza di disdetta, mediante Lettera Raccomandata A/R o P.E.C., spedita almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno, è prorogata per un anno e così successivamente.

13 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio minimo e comunque acquisito è calcolato sulla base del valore del fatturato (con l'esclusione dell'I.V.A.) notificato dal Contraente in sede di negoziazione della polizza. Detto premio viene regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo. Entro 60 giorni dalla fine di ogni annualità il Contraente deve fornire per iscritto il fatturato consuntivo relativo all'annualità assicurativa decorsa. La Compagnia procederà al calcolo del premio a conguaglio applicando il tasso previsto in polizza sulla parte del fatturato consuntivo eccedente il fatturato preventivato dichiarato dal Contraente. Nel caso in cui il Contraente, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissare un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni per i relativi adempimenti. Trascorso infruttuosamente tale periodo, il premio, anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza attiva. In tale eventualità la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente o di dichiarare la risoluzione del contratto con lettera raccomandata A/R o P.E.C.. Per i contratti cessati per qualsiasi motivo, nel caso in cui il Contraente non adempia gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Compagnia non sarà obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. Resta fermo per la Compagnia stessa il diritto di agire giudizialmente.

La Compagnia ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione di dati personali, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

..*.*.*

CONDIZIONI PARTICOLARI

14 OGGETTO DELLA GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

La Compagnia si obbliga a tenere indenne la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria di quanto questa sia tenuta a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi degli artt. 7 e 10 della legge 8 marzo 2017 n. 24 e s.m.i., a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, anche in relazione a tutte le attività principali, collaterali, accessorie e complementari, nessuna esclusa né eccettuata.

La garanzia comprende i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso la struttura assicurata e vale anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina.

La garanzia è estesa alla responsabilità civile degli esercenti le professioni sanitarie, salvo quando agiscono nell'adempimento di una loro obbligazione direttamente assunta con l'assistito.

La Compagnia si riserva il diritto di rivalsa nei confronti del responsabile del danno, compresa quella prevista dagli artt. 9 e 12 della legge 8 marzo 2017 n. 24 e s.m.i..

15 OGGETTO DELLA GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

La Compagnia si obbliga a tenere indenne il Contraente, purché in regola al momento del fatto che ha originato il sinistro con gli obblighi dell'assicurazione di legge, di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- a) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e dell'art. 13 del D.Lgs 23 febbraio 2000 n.38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. e D.Lgs., addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- b) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e dell'art. 13 del D.Lgs 23 febbraio 2000 n.38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto a) per morte e per lesioni personali da infortunio dalle quali sia derivata un'invalidità permanente calcolata sulla base delle tabelle di cui agli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.

Questa garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 2.500,00 per sinistro, indipendentemente dalla percentuale di invalidità riscontrata.

La garanzia R.C.O. vale anche per azioni di rivalsa esperita dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 19 giugno 1984 n. 222.

16 RISCHI COMPRESI

L'assicurazione R.C.T. vale anche per:

- 1) la responsabilità civile derivante all'Assicurato in relazione allo svolgimento dei servizi di:
 - ristorazione, bar e distributori automatici di cibi e bevande, compresi i danni provocati dalla somministrazione dei cibi e delle bevande;
 - pulizia e sanificazione dei locali;
 - giardinaggio e manutenzione delle aree verdi;

- lavanderia;
- servizio di igiene della persona (a titolo esemplificativo parrucchiere e barbiere);
- servizio di guardiania e vigilanza.

Qualora tali servizi siano affidati a soggetti diversi dall'Assicurato, l'assicurazione vale per la responsabilità civile derivante all'Assicurato in qualità di committente;

2) la responsabilità civile derivante all'Assicurato:

- per danni cagionati a terzi, compresi gli assistiti, in occasione di uscite all'esterno con accompagnamento di familiari o conoscenti, purché autorizzate dall'Assicurato;
- dall'erogazione di servizi sanitari presso il domicilio degli assistiti o comunque fuori sede;
- dalla concessione in comodato o in uso a terzi di attrezzature, apparecchiature o presidi sanitari;

3) la responsabilità civile derivante all'Assicurato per fatto di volontari o obiettori di coscienza che prestino la loro attività presso l'Assicurato;

4) la responsabilità civile derivante all'Assicurato in relazione alla committenza o allo svolgimento degli incarichi previsti dal Testo Unico sulla Sicurezza (Decreto 9 aprile 2008, n. 81) e s.m.i.;

5) la responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla proprietà e conduzione di fabbricati o porzioni di fabbricati destinati all'esercizio dell'attività descritta in polizza. Sono comprese le relative pertinenze, gli impianti fissi destinati alla conduzione dei fabbricati, le recinzioni ed i cancelli anche automatici, le strade private, i parcheggi, i piazzali ed i terreni circostanti anche se tenuti a giardino e con presenza di alberi di alto fusto.

L'assicurazione comprende inoltre i danni derivanti da:

- lavori di ordinaria manutenzione eseguiti in economia dall'Assicurato;
- caduta accidentale di neve dai fabbricati e piante;
- spargimento di acqua, purché conseguente a rottura accidentale di tubazioni, impianti e condutture.

Sono esclusi i danni derivanti da umidità, stillicidio o da rigurgiti di fogne.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante all'Assicurato quale committente di lavori di manutenzione ordinaria o straordinaria (compresi ampliamenti e sopraelevazioni) affidati ad altri soggetti nel rispetto di quanto previsto dal Testo Unico sulla Sicurezza (Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81) e s.m.i.;

6) i danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi, purché conseguenti a sinistro risarcibile ai termini di polizza. **La presente garanzia opera con il limite di risarcimento di Euro 250.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa;**

7) le perdite pecuniarie derivanti dalla violazione delle norme sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR General Data Protection Regulation) sempreché l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi e alle prescrizioni minime di sicurezza disposte dalla legislazione stessa. La presente garanzia opera con il limite di risarcimento di Euro 100.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa.

Col termine di "perdite pecuniarie" si intende il pregiudizio economico non derivante da morte o lesioni personali o danneggiamenti a cose;

- 8) la responsabilità civile dell'Assicurato ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile per danni cagionati a terzi da suoi prestatori di lavoro dipendenti in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà dell'Assicurato od allo stesso intestati al P.R.A., ovvero a lui locati in leasing finanziario o dati in usufrutto. È fatto salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della Compagnia nei confronti dei responsabili. La garanzia è valida a condizione che al momento del sinistro il veicolo sia guidato da prestatori di lavoro dell'Assicurato iscritti nei libri paga tenuti a norma di legge;
- 9) i danni conseguenti a contaminazione dell'acqua, dell'aria o del suolo congiuntamente o disgiuntamente provocati da sostanze di qualunque natura emesse o comunque fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di impianti e condutture. **La presente garanzia opera con l'applicazione di uno scoperto del 10% di ogni sinistro, con il minimo non risarcibile di Euro 2.500,00 e con il limite di risarcimento di Euro 250.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa;**
- 10) i danni dei quali l'Assicurato sia tenuto a rispondere verso gli assistiti ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile, per sottrazione, distruzione e deterioramento delle cose portate nella struttura assicurata, consegnate o non consegnate. **La presente garanzia opera con il limite di risarcimento di Euro 10.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa. L'assicurazione non vale per gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, valori in genere;**
- 11) i danni cagionati alle cose di terzi derivanti da incendio, esplosione e scoppio delle cose dell'Assicurato o da lui detenute, con esclusione dei lavori eseguiti presso terzi. Nel caso esista, in nome e per conto dell'Assicurato, polizza incendio con copertura "ricorso terzi e/o vicini", tale estensione di garanzia varrà per la parte eccedente il massimale assicurato con la polizza incendio. **La presente garanzia opera con il limite di risarcimento di Euro 500.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa.**

L'assicurazione R.C.O. vale anche per

- 12) le malattie professionali, purché venga riconosciuta la causa di lavoro.
L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino in data posteriore a quella della stipulazione della polizza e siano conseguenza di fatti colposi commessi e verificatisi per la prima volta durante il tempo dell'assicurazione.

La garanzia non vale:

- 1) in caso di ricaduta di malattia professionale precedentemente indennizzata o indennizzabile;
- 2) per le malattie professionali 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 2) cessa di avere effetto per i danni verificatisi successivamente al momento in cui, per porre rimedio alla situazione, vengano intrapresi accorgimenti che possono essere ragionevolmente ritenuti idonei in rapporto alle circostanze;
- 3) per le malattie professionali che si manifestino dopo diciotto mesi dalla data di cessazione

- della garanzia o dalla data di cessazione del rapporto di lavoro;
- 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 (ivi incluse quelle a sfondo sessuale) posti in essere da colleghi e/o superiori, finalizzati o meno ad emarginare e/o allontanare singole persone o gruppi di esse dall'ambiente di lavoro (c.d. "mobbing", "bossing");
 - 5) per le malattie causate da amianto (asbestosi) e/o da esposizione ed inalazione di biossido di silicio (silicosi)

La garanzia di cui al presente punto 12) (ferme comunque le esclusioni ivi previste) è prestata con un limite di risarcimento del 50% del massimale di polizza che rappresenta la massima esposizione della Compagnia:

- a) per più danni, anche se manifestatisi in tempi diversi durante il periodo di validità della garanzia, originati dal medesimo tipo di malattia professionale manifestatasi;
- b) per più danni verificatisi in uno stesso periodo annuo di assicurazione.

Ferme, in quanto compatibili, le Condizioni di Assicurazione in punto di denuncia dei sinistri, l'Assicurato ha l'obbligo di denunciare, da quando ne è venuto a conoscenza, alla Compagnia l'insorgenza di una malattia professionale e di far seguito, con la massima tempestività, con le notizie, i documenti e gli atti relativi al caso denunciato.

17 REQUISITI ORGANIZZATIVI

L'efficacia della garanzia è subordinata al possesso da parte del Contraente delle autorizzazioni e dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi previsti dall'ordinamento giuridico e dai regolamenti vigenti per esercizio dell'attività assicurata.

18 RISCHI ESCLUSI

La garanzia R.C.T non vale per i danni:

- A.1. direttamente riconducibili alla intenzionale mancata osservanza e violazione delle disposizioni di Legge o dei regolamenti inerenti il funzionamento e la gestione delle strutture sanitarie e dei relativi impianti, da parte del Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Tecnico nonché del Responsabile del Servizio di protezione e sicurezza incaricato ai sensi del del D.Lgs. n. 81/08;
- A.2. conseguenti a prestazioni di medicina estetica;
- A.3. da distribuzione e utilizzazione del sangue;
- A.4. da attività di ricerca e sperimentazione clinica;
- A.5. da mancata acquisizione del consenso informato, salvo nei casi di necessità e urgenza previsti per legge, ma solo quando siano configurabili conseguenze pregiudizievoli derivate dalla violazione del diritto fondamentale all'autodeterminazione in se considerato, del tutto a prescindere dalla lesione incolpevole della salute del paziente;
- A.6. derivanti dalla pratica della fecondazione o procreazione assistita;
- A.7. derivanti dallo svolgimento delle attività di ingegneria genetica e quelle relative a prodotti derivanti da materiali e/o sostanze di origine umana e organismi geneticamente modificati (O.G.M.);

A.8. derivanti da abusi, molestie fisiche e/o psicologiche;

B.1. conseguenti a:

- atti, fatti o circostanze già note all'Assicurato prima della stipula dell'assicurazione;
- inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, salvo quanto previsto dal precedente Art. 16 "Rischi compresi" - punto 9);
- interruzione, impoverimento, deviazione di sorgenti e corsi d'acqua;
- alterazione o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento;

B.2. derivanti da proprietà ed uso di:

- veicoli a motore su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate;
- natanti, imbarcazioni e navi;
- aeromobili;
- veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;

B.3. cagionati a cose che il Contraente o i suoi dipendenti detengano o possiedano a qualsiasi titolo

B.4. alle cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate

B.5. ai mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione di tali operazioni;

B.6. derivanti dalla proprietà di fabbricati diversi da quelli ove si svolge l'attività assicurata;

B.7. da furto.

La garanzia R.C.T. e R.C.O. non vale inoltre:

C.1. per le malattie professionali, salvo quanto previsto dal precedente Art. 16 "Rischi compresi" - punto 12;

C.2. per i danni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici) ovvero da produzione, detenzione ed uso di sostanze radioattive;

C.3. per i danni derivanti da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di amianto e/o di prodotti contenenti amianto, e/o lattice e/o mercurio

C.4. per danni derivanti da campi elettromagnetici o eventi elettromagnetici;

La garanzia non comprende in ogni caso il rimborso agli assistiti di quanto da essi corrisposto per le prestazioni ricevute.

19 ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI ED INVASIVI

Ferme tutte le condizioni che precedono, sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "interventi chirurgici" e da "interventi invasivi", intendendosi per tali:

1. le operazioni effettuate in sala operatoria, con anestesia locale o totale, attuate con manovre manuali o strumentali che comportino incisione, resezione o asportazione (anche con apparecchiature laser) di tessuti e organi;
2. la penetrazione chirurgica dei tessuti, cavità o organi, l'uso di retrattori e gli atti invasivi

terapeutici;

3. la sutura di ferite traumatiche maggiori;
4. l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
5. il parto, sia naturale sia cesareo e qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico;
6. la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o peri-orali, inclusi i denti. Tale esclusione non si applica agli Odontoiatri / Medici Dentisti;
7. l'iniezione e/o introduzione di sostanze per finalità estetiche se non effettuate da personale medico ovvero se non effettuate da Odontoiatri / Medici Dentisti limitatamente ai trattamenti estetici del viso consentiti a questi per legge;
8. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee, se non effettuato da Personale Medico e Medici Dentisti;
9. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee se non effettuato da Odontoiatri, limitatamente ai trattamenti estetici del viso consentiti a questi per legge.

20 PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non sono considerati terzi ai fini della garanzia R.C.T.:

- a) il legale rappresentante, il coniuge, i genitori ed i figli dello stesso nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente; tali persone sono comunque considerate terze, limitatamente ai danni corporali (morte o lesioni), quando subiscono il danno in conseguenza del loro ricorso a prestazioni erogate dal Contraente.
- b) i dipendenti e i lavoratori parasubordinati del Contraente soggetti all'INAIL che subiscano il danno in occasione di lavoro o servizio.

Sempreché non ricorrano le ipotesi indicate nel precedente punto a), i dipendenti, i lavoratori parasubordinati non soggetti all'INAIL e il personale non dipendente, che subiscano il danno in occasione di lavoro o servizio, sono considerati terzi limitatamente al caso di morte o di lesioni personali gravi o gravissime quali definite dall'art. 583 del Codice Penale.

21 DELIMITAZIONE TERRITORIALE DELLA GARANZIA

La garanzia R.C.T. vale per l'attività svolta dall'Assicurato nel territorio dello Stato italiano, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino.

La garanzia R.C.O. vale per i sinistri che avvengono nel mondo intero.

22 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA – FORMULA CLAIMS MADE

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre 10 anni antecedenti la data di effetto della copertura. Il Contraente dichiara ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun elemento e/o sinistro che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del contratto e conferma di essere cosciente che l'inesattezza della dichiarazione resa comporta la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata.

Resta inteso che la garanzia non vale per i reclami che risultano essere già stati presentati

all'Assicurato prima dell'inizio del periodo di assicurazione di questa copertura o per quelli che si riferiscono a fatti e/o comportamenti posti in essere anteriormente al periodo di retroattività della copertura.

Il contratto cessa i suoi effetti alla data di scadenza indicata sul frontespizio di polizza e sarà operante, per ulteriori 3 giorni e salvo il caso di recesso per sinistro, per la denuncia delle richieste di risarcimento originate da comportamenti colposi posti in essere nel periodo di efficacia del contratto.

23 GARANZIA POSTUMA PER CESSAZIONE ATTIVITÀ

In caso di cessazione dell'attività, per qualsiasi causa debitamente documentata, la copertura assicurativa s'intende estesa ad un periodo di ultrattività per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.

Per i sinistri risarcibili ai sensi della presente estensione di garanzia, il massimale previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di copertura a partire dalla scadenza annuale della polizza, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'assicurazione.

24 FRANCHIGIA / S.I.R. (Self-Insured Retention)

L'assicurazione è operante con una franchigia per sinistro e per anno assicurativo di:

- 1. per danni a cose: Euro 1.000,00;**
- 2. per danni da morte o da lesioni a persone: Euro 1.500,00.**

ferma restando la validità di eventuali scoperti e franchigie di importo diverso previste dalle condizioni di polizza.

Tuttavia è data facoltà al Contraente/Assicurato di optare, in luogo della franchigia **sub 2.**, per una franchigia di **Euro 5.000,00.**

Inoltre è data facoltà al Contraente/Assicurato di optare, in luogo della franchigia **sub 2.**, per una S.I.R. (Self-Insured Retention) nella misura alternativa di **Euro 10.000,00** ovvero di **Euro 20.000,00** per ogni e ciascun avvenimento.

In tale ipotesi, il Contraente/Assicurato pagherà un eventuale risarcimento dovuto ai sensi e per gli effetti di questa polizza, direttamente al reclamante, ma fino alla concorrenza dell'entità della S.I.R. prescelta. Esaurita la S.I.R. nella misura disponibile, l'Assicuratore interverrà, entro i limiti di quanto previsto dalla polizza, ad integrare il pagamento del danno.

L'intermediario, su mandato scritto conferito dal Contraente/Assicurato, agirà nei confronti di eventuali responsabili del sinistro per il recupero della S.I.R. decurtata in sede di liquidazione del danno che ha colpito la presente polizza. Gli Assicuratori potranno, di volta in volta, conferire analogo mandato per il recupero della somma eccedente la S.I.R..

25 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali sarà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato. La copertura assicurativa conserva la propria validità anche nel caso che l'assicurato non sia in regola con gli obblighi derivati da leggi e/o ordinamenti, **purché ciò sia involontario e/o la conseguenza d'inesatte interpretazioni di norme vigenti.**

26 PLURALITÀ DI ASSICURATI

Il massimale stabilito in polizza sia per la R.C.T. sia per la R.C.O. resta per ogni effetto unico, per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento, anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati tra di loro.

27 ESISTENZA DI ALTRE POLIZZE

In caso di coesistenza di questa con altre polizze, operanti per il medesimo rischio, saranno integralmente applicabili le disposizioni di cui all'art. 1910 del codice civile.

28 LIMITAZIONE IN CASO DI RESPONSABILITÀ SOLIDALE

Nel caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti non assicurati con il presente contratto, l'assicurazione opera esclusivamente per la quota di responsabilità direttamente imputabile all'Assicurato, così come stabilito dall'art. 2055, secondo e terzo comma, del Codice Civile; pertanto si intende esplicitamente escluso quanto l'Assicurato sia tenuto a risarcire in virtù del mero vincolo di solidarietà.

29 LIMITI DI RISARCIMENTO

L'assicurazione è prestata, ove non siano stabiliti specifici limiti di risarcimento, fino alla concorrenza del massimale indicato sul modulo di polizza per ogni sinistro.

Detto massimale costituisce anche la massima esposizione complessiva della Compagnia per tutti i sinistri denunciati in ciascun periodo assicurativo annuo.

Qualora più richieste di risarcimento siano originate da un medesimo comportamento colposo, la data della prima richiesta sarà considerata come data di tutte le richieste, anche se presentate successivamente e l'insieme delle richieste di risarcimento originate dallo stesso comportamento colposo saranno considerate come unico sinistro.

30 SITO INTERNET

Il Contraente si impegna ad aggiornare con la massima tempestività le indicazioni e la documentazione a riguardo della presente assicurazione inserite nel proprio sito internet in ragione di eventuali modifiche del presente rapporto contrattuale.

Il Contraente si impegna inoltre a manlevare la Compagnia di ogni conseguenza pregiudizievole che essa dovesse subire nei confronti di terzi per l'inadempimento di tale obbligo fermo restando ogni diritto della Compagnia alla rivalsa o al risarcimento dell'eventuale maggior danno.

31 TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE

Prima di promuovere l'azione giudiziaria relativa a una controversia di risarcimento danni

derivante da responsabilità sanitaria inerente la presente polizza, l'attore è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'art. 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente, fatta salva la possibilità di esperire in alternativa il procedimento di mediazione ai sensi dell'articolo 5, comma 1-bis, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28.

Tale ricorso costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento.

La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui al presente articolo è obbligatoria per tutte le parti e per tutta la durata del procedimento.

32 OBBLIGO DI COMUNICAZIONE ALL'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA DEL GIUDIZIO BASATO SULLA SUA RESPONSABILITÀ'

Il Contraente e gli Assicurati comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante P.E.C. o lettera raccomandata A/R contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le Strutture Sanitarie e Sociosanitarie e le Imprese di Assicurazione entro dieci giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante P.E.C. o lettera raccomandata A/R, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa.

Nel caso in cui l'Impresa di Assicurazione non rispettasse i termini del presente articolo, la stessa si farebbe carico di qualsiasi pregiudizio potesse derivare al Contraente e ad ogni altro soggetto Assicurato.

33 DENUNCIA DEI DANNI R. C. O.

Il contraente è tenuto a denunciare alla Compagnia gli eventuali sinistri, solo ed esclusivamente:

- a) in caso di un infortunio per il quale abbia luogo un'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 qualora eserciti il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 del 30.06.1965;
- c) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale" ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984 N. 222.

34 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato interessato dal sinistro, devono darne avviso scritto alla Compagnia, e per essa all'Agenzia **Marintec S.r.l.** (Via Corsica 19/6 – 16128 Genova) ovvero e-mail: stefano@marintec.it - silvia@marintec.it - camilla@marintec.it ovvero PEC marintecsrl@pec.it o a mezzo fax +39 010 880632 entro 3 giorni dalla data in cui il sinistro si è verificato ovvero dalla data in cui gli stessi ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 del Codice Civile).

Il Contraente si impegna inoltre a trasmettere alla Compagnia, congiuntamente alla denuncia e comunque non oltre sette giorni dalla medesima:

- la relazione tecnico-sanitaria dettagliata del caso, riportante la descrizione e la cronologia dei trattamenti praticati (redatta dal sanitario/i che ha eseguito i trattamenti);

- la copia della cartella clinica e degli altri registri sanitari relativi al sinistro denunciato per le parti che siano già nella disponibilità del Contraente. Eventuali integrazioni dovranno essere trasmesse dal Contraente alla Compagnia nel più breve tempo possibile e comunque entro 7 giorni dalla refertazione;
- i nominativi dei professionisti sanitari coinvolti a vario titolo nel sinistro, i relativi indirizzi anagrafici e PEC, se conosciuti, nonché copia delle polizze -o gli estremi delle medesime- a copertura della responsabilità civile dei professionisti sanitari;
- l'elenco delle persone che possano essere interessate al fatto in qualità di testimoni con indicazione dei recapiti utili per essere contattate dalla Compagnia o da suoi incaricati;
- lettera di responsabilizzazione inviata ai sanitari e conferma di denuncia di sinistro alle rispettive compagnie assicurative;
- specifica del rapporto contrattuale fra il personale coinvolto e la Struttura;
- copia del piano terapeutico e/o copia del consenso informato sottoscritto dal paziente o da soggetto giuridicamente titolato;
- copia dei preventivi e/o delle fatture emesse per le prestazioni rese.

Il Contraente autorizza, in via preventiva, la Compagnia all'accesso a tutta la documentazione relativa al sinistro diversa da quella indicata nei paragrafi precedenti e a svolgere indagini al fine di ottenere atti o altre informazioni relative ai fatti che hanno dato luogo al sinistro.

L'Assicurato perderà i diritti connessi alla presente assicurazione ove il Contraente sia dolosamente inadempiente agli obblighi di collaborazione di cui ai precedenti capoversi. Ove tale inadempimento abbia natura colposa, La Compagnia avrà diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto (artt. 1914 e 1915 del Codice Civile).

35 GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE DI RESISTENZA

La Compagnia assume, fin dal momento del verificarsi del sinistro (così come stabilito alle "Definizioni") e fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, a nome dell'Assicurato, designando ove occorra, legali e tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Compagnia le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza 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 Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

La Compagnia non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende e delle spese di giustizia penale

36 AZIONE DIRETTA DEL SOGGETTO DANNEGGIATO

Fatte salve le disposizioni di cui all'Art. 31 "Tentativo obbligatorio di conciliazione", il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione, nei confronti della Compagnia che presta la copertura

assicurativa all'esercente la professione sanitaria, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata la polizza.

Non possono essere opposte al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle stabilite dalla normativa di legge.

La Compagnia può esercitare il diritto di rivalsa nei confronti dell'Assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.

Il termine di prescrizione dell'azione diretta del danneggiato è uguale a quello dell'azione esercitata verso l'esercente la professione sanitaria.

37 CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi un aggravamento del rischio per effetto di nuove leggi, regolamenti e/o altre norme, emanate nel corso della validità della copertura, che modifichino l'attuale disciplina in materia di attribuzione di Responsabilità Civile nel settore medico e paramedico, l'assicurazione cesserà di diritto decorso un termine di preavviso di 30 (trenta) giorni decorrenti da quando la Compagnia avrà dichiarato all'Assicurato l'intenzione di avvalersi della presente clausola risolutiva.

..*.*.*

CONDIZIONI ADDIZIONALI

La seguenti CLAUSOLE ADDIZIONALI operano in forma automatica, purchè – ove previsto – sia stato pagato il relativo premio:

A. RIMBORSO COMPENSI IN ODONTOIATRIA - SOPRAPREMIO

A parziale deroga delle Condizioni Particolari di polizza, si conviene che sono indennizzabili dalla Compagnia le somme dovute a terzi danneggiati a titolo di rimborso dei compensi percepiti per trattamenti incongrui, inadeguati e infruttuosi con i seguenti limiti:

- **Euro 5.000,00 per evento, ed Euro 10.000,00 in aggregato annuo**, per fatturati fino ad Euro 1.000.000,00;
- **Euro 5.000,00 per evento ed Euro 20.000,00 in aggregato annuo**, per fatturati oltre Euro 1.000.000,00.

L'estensione di cui alla presente condizione addizionale "A" è prestata dietro corresponsione del soprapremio pari al:

- **20% del premio di polizza**, per fatturati fino Euro 1.000.000,00 e
- **10% del premio di polizza**, per fatturati oltre Euro 1.000.000,00.

B. COLPA GRAVE - RC DIPENDENTI

In parziale deroga dell'Art. 14 "Oggetto della garanzia della responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)" la Compagnia rinuncia ad esercitare l'azione di rivalsa prevista dagli artt. 9 e 12 della legge 8 marzo 2017 n. 24 e s.m.i. nei confronti del dipendente responsabile del danno cagionato con colpa grave. Inoltre l'assicurazione è estesa alla responsabilità civile dei dipendenti non esercenti le professioni sanitarie per danni involontariamente cagionati a terzi, escluso il Contraente, nello svolgimento delle proprie mansioni per conto del Contraente stesso.

Agli effetti di questa estensione di garanzia il personale, operante a qualunque titolo presso la struttura assicurata, è considerato terzo limitatamente al caso di morte o di lesioni personali.

C. DIRETTORE SANITARIO

L'assicurazione è estesa alla responsabilità civile del Direttore Sanitario per danni involontariamente cagionati a terzi, escluso il Contraente.

Agli effetti di questa estensione di garanzia il personale, operante a qualunque titolo presso la struttura assicurata, è considerato terzo limitatamente al caso di morte o di lesioni personali.

D. MEDICINA ESTETICA

In parziale deroga dell'Art. 18 "Rischi esclusi" lettera A.2, l'assicurazione comprende la responsabilità per i danni derivanti dalla pratica della medicina estetica. Sono compresi nell'assicurazione i danni estetici e fisionomici, purché determinati da errore tecnico della prestazione. Restano comunque escluse dalla garanzia le pretese per mancata rispondenza della prestazione all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato e i danni derivanti da interventi di chirurgia estetica.

Questa garanzia è prestata con un limite di risarcimento di € 500.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.

E. SOSTANZE RADIOATTIVE

In parziale deroga dell'Art. 18 "Rischi esclusi" lettera C.2, l'assicurazione comprende i danni derivanti dalla detenzione e dall'uso delle fonti radioattive per uso medico. L'assicurazione è efficace a condizione che l'attività 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, ad avvalersi esclusivamente di personale tecnico specializzato ed idoneamente protetto e ad allontanare qualsiasi persona estranea all'impiego delle fonti dai locali di conservazione od uso delle fonti stesse. Il Contraente accorda alla Compagnia la facoltà di ispezione del rischio, senza che tale facoltà diminuisca gli impegni e gli obblighi assunti in forza della presente condizione.

F. DISTRIBUZIONE ED UTILIZZAZIONE DEL SANGUE

In parziale deroga dell'Art. 18 "Rischi esclusi" lettera A.3, l'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni cagionati a terzi in conseguenza della distribuzione o dell'utilizzazione del sangue o dei suoi preparati o derivati di pronto impiego, compreso 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. **La garanzia è prestata con un sotto-limite di Euro 150.000,00 per evento e per anno assicurativo.**

G. ESERCIZIO DI FARMACIE

Relativamente all'esercizio di farmacie interne, l'assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni cagionati, entro un anno dalla consegna e comunque durante il periodo di validità dell'assicurazione, dai prodotti somministrati o venduti, esclusi i danni dovuti a difetto originario dei prodotti stessi. Per i prodotti galenici di produzione propria, compresi i prodotti omeopatici e di erboristeria, somministrati o venduti nello stesso esercizio, l'assicurazione si intende valida anche per i danni dovuti a vizio originario dei prodotti stessi.

H. PICCOLA CHIRURGIA AMBULATORIALE ED ATTIVITA' DIAGNOSTICHE

Ad integrazione e precisazione di quanto disposto all'Art. 19 "Esclusione degli interventi chirurgici ed invasivi", si prende atto che sono oggetto di garanzia la somministrazione di terapie endovenose, l'inoculazione di vaccini, i prelievi ematici, la dialisi e l'effettuazione di piccoli interventi domiciliari. Sono altresì oggetto di copertura gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale e le procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive erogabili - senza ricovero- in studi medici, ambulatori o ambulatori protetti, in anestesia locale, in analgesia e in sedazione cosciente.

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il *Contraente* approva specificatamente il contenuto dei seguenti articoli:

- 7 - Recesso in caso di sinistro;
- 8 - Calcolo premio di rinnovo;
- 12 - Durata del contratto;
- 13 - Regolazione del premio;
- 14 - Oggetto della garanzia della responsabilità civile verso terzi;
- 16 - Rischi compresi;
- 17 - Requisiti organizzativi;
- 18 - Rischi esclusi;
- 19 - Esclusione degli interventi chirurgici ed invasivi;
- 22 - Inizio e termine della garanzia – formula claims made;
- 23 - Garanzia postuma per cessazione attività
- 24 - Franchigia;
- 26 - Pluralità di Assicurati;
- 28 - Limitazione in caso di responsabilità solidale;
- 29 - Limiti di risarcimento;
- 34 - Obblighi in caso di sinistro;
- 35 - Gestione delle vertenze di danno – Spese legali;
- 37 - Clausola risolutiva espressa.

IL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE, con la firma, dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente il DIP Danni (Documento Informativo Precontrattuale), il DIP Aggiuntivo Danni (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo), le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e l'Informativa Privacy.

IL CONTRAENTE



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE **RESPONSABILITA' CIVILE**

RC Strutture sanitarie e Sociosanitarie

Modello: RSS Edizione: 05/2019

Set Informativo

Modello: SINFRSS Edizione: 03/2020

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete, relative al prodotto, sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura la Responsabilità Civile della Struttura Sanitaria o Sociosanitaria quale civilmente responsabile ai sensi degli artt. 7 e 10 della legge 8 marzo 2017 n. 24 a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie.



Che cosa è assicurato?

- ✓ La Compagnia si obbliga a tenere indenne la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria di quanto questa sia tenuta a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi degli artt. 7 e 10 della legge 8 marzo 2017 n. 24 e s.m.i., a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, anche in relazione a tutte le attività principali, collaterali, accessorie e complementari, nessuna esclusa né eccettuata.
- ✓ La garanzia comprende i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso la struttura assicurata e vale anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina.
- ✓ La garanzia è estesa alla responsabilità civile degli esercenti le professioni sanitarie, salvo quando agiscono nell'adempimento di una loro obbligazione direttamente assunta con l'assistito.
- ✓ La Compagnia si riserva il diritto di rivalsa nei confronti del responsabile del danno, compresa quella prevista dagli artt. 9 e 12 della legge 8 marzo 2017 n. 24 e s.m.i..

L'assicurazione comprende altresì:

- ✓ colpa grave;
- ✓ rc dipendenti;
- ✓ direttore sanitario;
- ✓ medicina estetica;
- ✓ sostanze radioattive;
- ✓ distribuzione ed utilizzazione del sangue;
- ✓ esercizio di farmacie;
- ✓ piccola chirurgia ambulatoriale ed attività diagnostiche.

- ✓ La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, purché in regola al momento del fatto che ha originato il sinistro con gli obblighi dell'assicurazione di legge, di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:
- ✓ ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e dell'art. 13 del D.Lgs 23 febbraio 2000 n.38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. e D.Lgs., addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- ✓ ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e dell'art. 13 del D.Lgs 23 febbraio 2000 n.38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto a) per morte e per lesioni personali da infortunio dalle quali sia derivata un'invalidità permanente calcolata sulla base delle tabelle di cui agli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.
- ✓ La garanzia R.C.O. vale anche per azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 19 giugno 1984 n. 222.



Che cosa non è assicurato?

La garanzia R.C.T. non vale per i danni:

- ✗ direttamente riconducibili alla intenzionale mancata osservanza e violazione delle disposizioni di Legge o dei regolamenti inerenti il funzionamento e la gestione delle strutture sanitarie e dei relativi impianti, da parte del Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Tecnico nonché del Responsabile del Servizio di protezione e sicurezza incaricato ai sensi del D.Lgs. n. 81/08;
- ✗ da attività di ricerca e sperimentazione clinica;
- ✗ da mancata acquisizione del consenso informato, salvo nei casi di necessità e urgenza previsti per legge, ma solo quando siano configurabili conseguenze pregiudizievoli derivate dalla violazione del diritto fondamentale all'autodeterminazione in se considerato, del tutto a prescindere dalla lesione incolpevole della salute del paziente;
- ✗ derivanti dalla pratica della fecondazione o procreazione assistita;
- ✗ derivanti dallo svolgimento delle attività di ingegneria genetica e quelle relative a prodotti derivanti da materiali e/o sostanze di origine umana e organismi geneticamente modificati (O.G.M.);
- ✗ derivanti da abusi, molestie fisiche e/o psicologiche;
- ✗ alle cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- ✗ ai mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione di tali operazioni;
- ✗ derivanti dalla proprietà di fabbricati diversi da quelli ove si svolge l'attività assicurata;
- ✗ da furto;
- ✗ cagionati a cose che l'Assicurato o i suoi dipendenti detengano o possiedano a qualsiasi titolo;
- ✗ derivanti da umidità, stitilicidio o da rigurgiti di fogne.

conseguenti a:

- ✗ atti, fatti o circostanze già note all'Assicurato prima della stipula dell'assicurazione;
- ✗ interruzione, impoverimento, deviazione di sorgenti e corsi d'acqua;
- ✗ alterazione o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento;

derivanti da proprietà ed uso di:

- ✗ veicoli a motore su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate;
- ✗ natanti, imbarcazioni e navi;
- ✗ aeromobili
- ✗ veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;

La garanzia R.C.T. e R.C.O. non vale inoltre:

- ✗ per i danni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici) ovvero da produzione, detenzione ed uso di sostanze radioattive;
- ✗ per i danni derivanti da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di amianto e/o di prodotti contenenti amianto, e/o lattice e/o mercurio;
- ✗ per danni derivanti da campi elettromagnetici o eventi elettromagnetici.

La garanzia non comprende in ogni caso il rimborso agli assistiti di quanto da essi corrisposto per le prestazioni ricevute.

Esclusione degli interventi chirurgici ed invasivi

Sono escluse le richieste di risarcimento derivanti da "interventi chirurgici" e da "interventi invasivi", intendendosi per tali:

- ✗ le operazioni effettuate in sala operatoria, con anestesia locale o totale, attuate con manovre manuali o strumentali che comportino incisione, resezione o asportazione (anche con apparecchiature laser) di tessuti e organi;
- ✗ la penetrazione chirurgica dei tessuti, cavità o organi, l'uso di retrattori e gli atti invasivi terapeutici;
- ✗ la sutura di ferite traumatiche maggiori;
- ✗ l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
- ✗ il parto, sia naturale sia cesareo e qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico;

- * la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o peri-orali, inclusi i denti. Tale esclusione non si applica agli Odontoiatri / Medici Dentisti
- * l'iniezione e/o introduzione di sostanze per finalità estetiche se non effettuate da personale medico ovvero se non effettuate da Odontoiatri / Medici Dentisti limitatamente ai trattamenti estetici del viso consentiti a questi per legge

- * l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee, se non effettuato da Personale Medico e Medici Dentisti;

- * l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee se non effettuato da Odontoiatri, limitatamente ai trattamenti estetici del viso consentiti a questi per legge



Ci sono limiti di copertura?

Limiti di copertura

- ! L'assicurazione è prestata, ove non siano stabiliti specifici limiti di risarcimento, fino alla concorrenza del massimale per ogni sinistro di Euro 1.000.000,00 ovvero 3.000.000,00 ovvero 5.000.000,00 come indicato sul modulo di polizza. Detto massimale costituisce anche la massima esposizione complessiva della Compagnia per tutti i sinistri denunciati in ciascun periodo assicurativo annuo. Qualora più richieste di risarcimento siano originate da un medesimo comportamento colposo, la data della prima richiesta sarà considerata come data di tutte le richieste, anche se presentate successivamente e l'insieme delle richieste di risarcimento originate dallo stesso comportamento colposo saranno considerate come unico sinistro. Il massimale stabilito in polizza sia per la R.C.T. sia per la R.C.O. resta per ogni effetto unico, per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento, anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati tra di loro.

Franchigie e scoperti

- ! L'efficacia della garanzie di polizza è subordinata al possesso da parte dell'Assicurato delle autorizzazioni e dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi previsti dall'ordinamento giuridico e dai regolamenti vigenti per esercizio dell'attività assicurata.
- ! L'assicurazione è operante con una franchigia per sinistro e per anno assicurativo di:
Euro 1.000,00 per danni a cose;
Euro 1.500,00 per danni da morte o da lesioni a persone
Tuttavia è data facoltà all'Assicurato di optare per una franchigia di Euro 5.000,00 per danni da morte o da lesioni a persone.
Inoltre è data facoltà all'Assicurato di optare per una S.I.R. (Self-Insured Retention) nella misura alternativa di Euro 10.000,00 ovvero di Euro 20.000,00 per ogni e ciascun avvenimento per danni da morte o da lesioni a persone.
- ! Per infortuni dei prestatori di lavoro la garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia di Euro 2.500,00 per sinistro, indipendentemente dalla percentuale di invalidità riscontrata.
- ! La garanzia per le malattie professionali, purché venga riconosciuta la causa di lavoro, spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino in data posteriore a quella della stipulazione della polizza e siano conseguenza di fatti colposi commessi e verificatisi per la prima volta durante il tempo dell'assicurazione. La garanzia è prestata con un limite di risarcimento del 50% del massimale di polizza che rappresenta la massima esposizione della Compagnia per più danni, anche se manifestatisi in tempi diversi durante il periodo di validità della garanzia, originati dal medesimo tipo di malattia professionale manifestatasi, per più danni verificatisi in uno stesso periodo annuo di assicurazione.
- ! Nel caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti non assicurati con il presente contratto, l'assicurazione opera esclusivamente per la quota di responsabilità direttamente imputabile all'Assicurato, si intende esplicitamente escluso quanto l'Assicurato sia tenuto a risarcire in virtù del mero vincolo di solidarietà, così come stabilito dall'art. 2055 secondo e terzo comma Codice Civile.
- ! La garanzia per i danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi, purché conseguenti a sinistro risarcibile ai termini di polizza opera con il limite di risarcimento di Euro 250.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa.
- ! La garanzia per le perdite pecuniarie derivanti dalla violazione delle norme sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR General Data Protection Regulation) sempreché l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi e alle prescrizioni minime di sicurezza disposte dalla legislazione stessa opera con il limite di risarcimento di Euro 100.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa.
- ! La garanzia per i danni conseguenti a contaminazione dell'acqua, dell'aria o del suolo congiuntamente o disgiuntamente provocati da sostanze di qualunque natura emesse o comunque fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di impianti e condutture, opera con l'applicazione di uno scoperto del 10% di ogni sinistro, con il minimo non risarcibile di Euro 2.500,00 e con il limite di risarcimento di Euro 250.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa.
- ! La garanzia per i danni dei quali l'Assicurato sia tenuto a rispondere verso gli assistiti ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile, per sottrazione, distruzione e deterioramento delle cose portate nella struttura assicurata, consegnate o non consegnate opera con il limite di risarcimento di Euro 10.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa. L'assicurazione non vale per gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, valori in genere.
- ! La garanzia per i danni cagionati alle cose di terzi derivanti da incendio, esplosione e scoppio delle cose dell'Assicurato o da lui detenute, con esclusione dei lavori eseguiti presso terzi, opera con il limite di risarcimento di Euro 500.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa. Nel caso esista, in nome e per conto dell'Assicurato, polizza incendio con copertura "ricorso terzi e/o vicini", tale estensione di garanzia varrà per la parte eccedente il massimale assicurato con la polizza incendio
- ! La garanzia per i danni derivanti dalla pratica della medicina estetica opera con un limite di risarcimento di Euro 500.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.
- ! La garanzia per danni cagionati a terzi in conseguenza della distribuzione o dell'utilizzazione del sangue o dei suoi preparati o derivati di pronto impiego, compreso i danni da HIV opera 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 ed è prestata con un sotto-limite di Euro 150.000,00 per evento e per anno assicurativo.
- ! Sono a carico della Compagnia le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza 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 Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.
La Compagnia non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende e delle spese di giustizia penale



Dove vale la copertura?

- ✓ La garanzia R.C.T. vale per l'attività svolta dall'Assicurato nel territorio dello Stato italiano, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino.
La garanzia R.C.O. vale per i sinistri che avvengono nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Stipula del contratto - In sede di conclusione del contratto il Contraente e/o l'Assicurato devono fornire tutte le informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società.

Corso del contratto - In corso di contratto il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Altre assicurazioni - In caso di coesistenza di questa con altre polizze, operanti per il medesimo rischio, saranno integralmente applicabili le disposizioni di cui all'art. 1910 del Codice Civile.

Sinistro - In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato interessato dal sinistro, devono darne avviso scritto alla Compagnia e per essa all'Agenzia **Marintec S.r.l.** (Via Corsica 19/6 – 16128 Genova) a mezzo e-mail: info@marintec.it ovvero PEC marintecsrl@pec.it o a mezzo fax +39 010 880632 entro 3 giorni dalla data in cui il sinistro si è verificato ovvero dalla data in cui gli stessi ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 del Codice Civile).



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza annuale, con possibilità di frazionamento semestrale. Se il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo o alla scadenza del contratto di durata inferiore all'anno, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. Il pagamento del premio può avvenire tramite a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara Assicurazioni S.p.A. oppure intestati all'Agente di Sara Assicurazioni S.p.A. espressamente in tale qualità; b) ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente di Sara Assicurazioni S.p.A. espressamente in tale qualità; c) denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa; d) mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre 10 anni antecedenti la data di effetto della copertura. L'Assicurato dichiara ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun elemento e/o sinistro che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del contratto e conferma di essere cosciente che l'inesattezza della dichiarazione resa comporta la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata.

Resta inteso che la garanzia non vale per i reclami che risultano essere già stati presentati all'Assicurato prima dell'inizio del periodo di assicurazione di questa copertura o per quelli che si riferiscono a fatti e/o comportamenti posti in essere anteriormente al periodo di retroattività della copertura.

Il contratto cessa i suoi effetti alla data di scadenza indicata sul frontespizio di polizza e sarà operante, per ulteriori 3 giorni e salvo il caso di recesso per sinistro, per la denuncia delle richieste di risarcimento originate da comportamenti colposi posti in essere nel periodo di efficacia del contratto.

In caso di cessazione dell'attività, per qualsiasi causa debitamente documentata, la copertura assicurativa s'intende estesa ad un periodo di ultrattività per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.

Per i sinistri risarcibili ai sensi della presente estensione di garanzia, il massimale previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di copertura a partire dalla scadenza annuale della polizza, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'assicurazione.



Come posso disdire la polizza?

In mancanza di disdetta, mediante lettera Raccomandata A/R o P.E.C., spedita almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno, è prorogata per un anno e così successivamente.

Polizza di Assicurazione Responsabilità Civile

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)



Impresa: Sara Assicurazioni S.p.A.

**Prodotto: Rc Strutture sanitarie e
Sociosanitarie**

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo danni: 01/03/2020, ultima versione disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Sara Assicurazioni S.p.A., assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI. Tel. +39 06 8475.1 - FAX +39 06 8475223 - Sito Internet: www.sara.it - Indirizzo email: info@sara.it - Indirizzo PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio **2018**

- Patrimonio netto: euro **632.781.975**
- Capitale sociale : euro **54.765.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **516.196.559**

Le informazioni che seguono sono dati inerenti la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa (www.sara.it)

- Requisito patrimoniale di Solvibilità: euro **248.484.929,25**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **111.818.218,16**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **751.274.498,12**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **3,02** (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato ?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alla copertura offerta	
Responsabilità civile professionale	Non ci sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornita nel DIP Danni
RCT	L'assicurazione vale anche per <u>la responsabilità civile derivante all'Assicurato in relazione allo svolgimento dei servizi di:</u> • ristorazione, bar e distributori automatici di cibi e bevande, compresi i danni provocati dalla somministrazione dei cibi e delle bevande; • pulizia e sanificazione dei locali; • giardinaggio e manutenzione delle aree verdi; • lavanderia; • servizio di igiene della persona; • servizio di guardiania e vigilanza; <u>la responsabilità civile derivante all'Assicurato:</u> • per danni cagionati a terzi, compresi gli assistiti, in occasione di uscite all'esterno con accompagnamento di familiari o conoscenti, purché autorizzate dall'Assicurato; • dall'erogazione di servizi sanitari presso il domicilio degli assistiti o comunque fuori sede; • dalla concessione in comodato o in uso a terzi di attrezzature, apparecchiature o presidi sanitari; • per fatto di volontari o obiettori di coscienza che prestino la loro attività presso l'Assicurato; • in relazione alla committenza o allo svolgimento degli incarichi previsti dal Testo Unico sulla Sicurezza (Decreto 9 aprile 2008, n. 81) e s.m.i.; • dalla proprietà e conduzione di fabbricati o porzioni di fabbricati destinati all'esercizio dell'attività descritta in polizza. Sono comprese le relative pertinenze, gli impianti fissi destinati alla conduzione dei fabbricati, le recinzioni ed i cancelli anche automatici, le strade private, i parcheggi, i piazzali ed i terreni circostanti anche se tenuti a giardino e con presenza di alberi di alto fusto; • quale committente di lavori di manutenzione ordinaria o straordinaria (compresi ampliamenti e sopraelevazioni) affidati ad altri soggetti nel rispetto di quanto previsto dal Testo Unico sulla Sicurezza (Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81) e s.m.i.; • per danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi, purché conseguenti a sinistro risarcibile ai termini di polizza • per perdite pecuniarie derivanti dalla violazione delle norme sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR General Data Protection Regulation) sempreché l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi e alle prescrizioni minime di sicurezza disposte dalla legislazione stessa; • per danni cagionati alle cose di terzi derivanti da incendio, esplosione e scoppio delle cose dell'Assicurato o da lui detenute, con esclusione dei lavori eseguiti presso terzi. • ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile, per sottrazione, distruzione e deterioramento delle cose portate nella struttura assicurata, consegnate o non consegnate. L'assicurazione comprende inoltre i danni derivanti: • da lavori di ordinaria manutenzione eseguiti in economia dall'Assicurato; • da caduta accidentale di neve dai fabbricati e piante; • da spargimento di acqua, purché conseguente a rottura accidentale di tubazioni, impianti e condutture. • ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile per danni cagionati a terzi da suoi prestatori di lavoro dipendenti in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà dell'Assicurato od allo stesso intestati al P.R.A., ovvero a lui locati in leasing finanziario o dati in usufrutto. È fatto salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della Compagnia nei confronti dei responsabili. La garanzia è valida a condizione che al momento del sinistro il veicolo sia guidato da prestatori di lavoro dell'Assicurato iscritti nei libri paga tenuti a norma di legge • da contaminazione dell'acqua, dell'aria o del suolo congiuntamente o disgiuntamente provocati da sostanze di qualunque natura emesse o comunque fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di impianti e condutture
RCO	Non ci sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornita nel DIP Danni

Quali opzioni/personalizzazioni e possibile attivare ?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Rimborso compensi in Odontoiatria

Sono indennizzabili le somme dovute a terzi danneggiati a titolo di rimborso dei compensi percepiti per trattamenti incongrui, inadeguati e infruttuosi con i seguenti limiti:
Euro 5.000,00 per evento / Euro 10.000,00 in aggregato annuo, per fatturati fino ad Euro 1.000.000,00;
Euro 5.000,00 per evento / Euro 20.000,00 in aggregato annuo, per fatturati oltre Euro 1.000.000,00.
L'estensione è prestata dietro corresponsione del sopra premio pari al:
20% del premio di polizza, per fatturati fino Euro 1.000.000,00
10% del premio di polizza, per fatturati oltre Euro 1.000.000,00.



Che cosa non è assicurato ?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP, Contraente trasmette alla Compagnia la denuncia entro 7 giorni dalla medesima e la relazione tecnico-sanitaria dettagliata del caso, riportante la descrizione e la cronologia dei trattamenti praticati (redatta dal sanitario/i che ha eseguito i trattamenti); copia della cartella clinica e degli altri registri sanitari relativi al sinistro denunciato per le parti che siano già nella disponibilità del Contraente (integrazioni dovranno essere trasmesse dal Contraente alla Compagnia entro 7 giorni dalla refertazione); i nominativi dei professionisti sanitari coinvolti a vario titolo nel sinistro, i relativi indirizzi anagrafici e PEC, nonché copia delle polizze -o gli estremi delle medesime- a copertura della responsabilità civile dei professionisti sanitari; elenco delle persone che possano essere interessate in qualità di testimoni con indicazione dei recapiti utili; lettera di responsabilizzazione inviata ai sanitari e conferma di denuncia di sinistro alle rispettive compagnie assicurative; specifica del rapporto contrattuale fra il personale coinvolto e la Struttura; copia del piano terapeutico e/o copia del consenso informato sottoscritto dal paziente o da soggetto giuridicamente titolato; copia dei preventivi e/o delle fatture emesse per le prestazioni rese.
	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 c.c.. Nell'assicurazione della Responsabilità Civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio comporteranno la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa risoluzione del rapporto assicurativo secondo quanto disposto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Obblighi dell'impresa	Dopo aver verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Premio	ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP, il premio minimo non potrà essere inferiore ad Euro 2.500,00. In caso di frazionamento del premio posso essere applicati oneri.
Rimborso	Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 60 giorni da darsi con lettera raccomandata A/R o P.E.C. In caso di recesso esercitato dalla Compagnia, la stessa rimborsa la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso al netto dell'imposta, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto del contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



A chi è rivolto questo prodotto?

Alla Struttura Sanitaria o Sociosanitaria



Quali costi devo sostenere?

Il premio annuale pagato dal Contraente è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente prevista nella misura del 22,25% del premio imponibile ed è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari che ammontano in media al 25% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa Assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Sara Assicurazioni Spa - Direzione Affari Legali e Societari - Funzione Reclami- Via Po, 20 -00198 Roma - Italia - Fax 06.8475254 - e-mail: gest.reclami@sara.it. I reclami possono essere inoltrati anche compilando il form presente nella apposita sezione dedicata ai reclami nel sito della Compagnia www.sara.it . L'impresa dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni ovvero in caso di reclami non riguardanti il contratto, un servizio assicurativo o la gestione di un sinistro, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni (D.Lgs.209/2005) e delle relative norme di attuazione, potrà rivolgersi per iscritto all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 - ivass@pec.ivass.it ; (sul sito www.ivass.it è reperibile un apposito modello) Il reclamo dovrà contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
	PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:
Mediazione	E' un istituto introdotto con il D. Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli indicati nell'elenco presente sul sito (https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX).
Negoziazione assistita	La negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/financeservicesretail/finnet/index_en.htm Arbitrato: le eventuali controversie sull'ammontare del danno possono essere demandate ad un collegio di tre Periti, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'all'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.