

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

COPERTURA ASSICURATIVA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E PRESTATORI DI LAVORO RCT/O

Si stipula la presente polizza RCT/O N° 163646 tra:

ARCS – Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute

Via Pozzuolo, 330 – 33100 Udine

Partita IVA/CF: 0294818308

e la Società:

SHAM - Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles

con sede in 18 rue Edouard Rochet – 69372 LYON CEDEX 08 - Francia

Mutua assicuratrice a contributo fisso ai sensi del Code des Assurances

Iscrizione registro imprese francese di Lyon n. 779 860 881 – partita I.V.A. (intracomunitaria): FR 79779860881

e con Sede Secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia in Via Carlo Imbonati, 18 – 20159 Milano

n. iscrizione registro imprese IVASS I.000128 – Codice fiscale: 97843200581

Contraente	ARCS Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute
Assicurato	Come da condizioni di polizza
Broker	Willis Italia SpA
Decorrenza della copertura	ore 24 :00 del 31.10.2020
Scadenza della copertura	ore 24 :00 del 31.10.2023
Scadenze annuali	ore 24 :00 del 31.10 di ogni anno
Frazionamento	Semestrale (31.10 e 30.04 di ogni anno)
Tacito rinnovo	No

INDICE

PREMESSA	3
DEFINIZIONI	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	5
Art.1 Durata del Contratto	5
Art.2 Gestione del contratto	5
Art.3 Interpretazione delle norme contrattuali – Foro competente	5
Art.4 Pagamento del premio – Termini di rispetto	5
Art.5 Facoltà di recesso	6
CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE	6
Art.6 Destinatari dell'assicurazione	6
Art.7 Oggetto dell'assicurazione	7
Art.8 Efficacia della garanzia	9
Art.9 Massimali di garanzia – S.I.R. (Self Insurance Retention)	9
CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE	10
Art.10 Rischi esclusi dall'assicurazione	10
Art.11 Denuncia dei sinistri	10
Art.12 Accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri	11
Art.13 Gestione delle vertenze di danno	12
Art.14 Costituzione del premio	13
Art.15 Trattamento dei dati	13
Art.16 Rinvio ad altre norme – Rinuncia alla rivalsa	13
CONDIZIONI OPERATIVE – ESTENSIONI DELLA GARANZIA ASSICURATIVA	14
Art.17 Comitato Etico	14
Art.18 Responsabilità personale e professionale	14
Art.19 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)	15
SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO	16
ALLEGATO	17
CLAUSOLE VESSATORIE	19

COPERTURA ASSICURATIVA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI DI LAVORO

PREMESSA

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

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

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Assicurato	Il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione. L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture, e/o svolgendo attività anche a favore di utenti di strutture di terzi.
Attività dell'Assicurato	Ciascuna Azienda, Azienda Sanitaria o I.R.C.C.S. facente parte del Servizio Sanitario della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, e precisamente: <ul style="list-style-type: none">✓ Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina ASU GI - Trieste;✓ Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale ASU FC - Udine;✓ Azienda Sanitaria Ospedaliera Friuli Occidentale AS FO - Pordenone;✓ IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo - Trieste;✓ IRCCS Centro di Riferimento Oncologico CRO - Aviano;✓ Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute ARCS - Udine.
Azienda/Azienda aderente	
Compagnia/Società	La Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti.
Contraente	Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute - ARCS, che stipula il contratto nell'interesse proprio e di altri, di seguito denominato anche Ente.
Broker	La/e Società titolare/i dell'incarico di brokeraggio assicurativo affidato dall'Ente.
Polizza	Il documento che prova e regola la assicurazione.
Premio	La somma dovuta alla Società.
Liquidazione del danno	La determinazione / corresponsione della somma rimborsabile a titolo di risarcimento.
Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Scoperto	La parte dell'ammontare del danno espressa in percentuale che in caso di sinistro rimane a carico dell'Assicurato.
Massimale per sinistro	L'importo massimo risarcibile per ogni sinistro / sinistro in serie.
Massimale per anno	La massima esposizione della Società a titolo di risarcimento per uno o più sinistri riferibili alla medesima annualità assicurativa.

Annualità assicurativa o Periodo assicurativo	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione dell'assicurazione.
Danno	Qualsiasi pregiudizio subito da terzi suscettibile di valutazione economica.
Danno corporale	Il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a lesioni o morte di persone.
Danno materiale	La distruzione, il deterioramento, la alterazione, la perdita, il danneggiamento totale o parziale di cose, nonché i danni ad essi conseguenti.
Danno patrimoniale / Danno patrimoniale puro	Il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni corporali o materiali.
Cose	Sia gli oggetti materiali che gli animali. Tutte le persone fisiche di cui, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, l'Assicurato si avvalga nell'esercizio della propria attività incluse quelle distaccate temporaneamente presso altre Aziende, anche qualora l'attività svolta sia diversa da quella descritta in polizza, nonché quelle per le quali l'obbligo di corrispondere il premio assicurativo all'INAIL ricada, ai sensi di legge, su soggetti diversi dall'Assicurato.;
Prestatori di lavoro	Sono inoltre considerati prestatori di lavoro: i medici a rapporto convenzionale, compreso il personale di strutture sanitarie convenzionate con la Azienda aderente, i medici della continuità assistenziale e i soggetti operanti presso altri enti/strutture sulla base di specifiche convenzioni, i soggetti che esercitano attività intramoenia, nonché gli specializzandi, i borsisti, i tirocinanti, gli allievi per il rilascio del diploma universitario, i contrattisti di ricerca ex art. 11 c. 2 D.Lgs. 288/2003, e ogni altro soggetto assimilabile, quando operano sotto la responsabilità o nell'interesse della Azienda.
Intra Moenia	La erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero, di day hospital e/o day surgery in regime di attività libero professionale debitamente autorizzata dalla Azienda.
Sinistro	Il ricevimento da parte dell'Azienda di una richiesta scritta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato. Più richieste di risarcimento provenienti da soggetti terzi in conseguenza di uno stesso evento o di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, o a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili a una medesima causa, anche se manifestatisi in momenti diversi. Tali richieste saranno tutte considerate come un unico sinistro (anche se ricevute dall'Assicurato in data successiva alla scadenza della polizza) e si considereranno come notificati alla Società alla data in cui la prima Richiesta di risarcimento è stata notificata alla Società stessa.
Sinistro in serie	
S.I.R. – Self Insurance Retention	L'importo che l'Assicurato tiene a proprio carico per ciascun sinistro.
Richiesta / Richiesta scritta di risarcimento	<ol style="list-style-type: none">1. Qualsiasi iniziativa dell'Autorità Giudiziaria in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione, o2. la richiesta scritta di risarcimento, o3. la citazione in giudizio o chiamata in causa, o4. la notifica di un atto con il quale, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito parte civile.

**Fatto noto / Circostanze
pregresse**

Un avviso di garanzia in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione, o una richiesta scritta di risarcimento come sopra definita ai punti 2 *usque* 4, di cui sia venuto formalmente a conoscenza l'Ufficio Affari Legali o l'Ufficio Assicurazioni della Azienda antecedentemente alla decorrenza della presente copertura assicurativa.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1 Durata del Contratto

La copertura assicurativa ha la durata indicata nel frontespizio di polizza (ove sono indicate anche le scadenze annuali intermedie) e non è prorogabile automaticamente.

È facoltà di ciascuna delle Parti risolvere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata/PEC inviata dall'una all'altra parte, almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, fermo che non è consentito alla Società esercitare tale facoltà solo per una o alcune delle garanzie previste.

La Società è tenuta, previa notifica da parte del Contraente, a fornire una la prosecuzione temporanea del contratto alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione. Tale prosecuzione deve essere esercitata da tutte le Aziende assicurate. Si intende espressamente escluso il tacito rinnovo, ma è prevista per le Aziende la facoltà di rinnovare il contratto per ulteriori 36 (trentasei) mesi, previo accordo tra le parti, purché tale facoltà venga esercitata contemporaneamente, ovvero all'unanimità, da tutte le Aziende assicurate.

Art.2 Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al broker di assicurazione.

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

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

Art.3 Interpretazione delle norme contrattuali – Foro competente

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

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

Art.4 Pagamento del premio – Termini di rispetto

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.

È previsto il frazionamento semestrale del premio.

È data facoltà al Contraente di effettuare il pagamento della prima rata di premio, entro i 90 giorni successivi alla data di decorrenza del contratto.

È data inoltre facoltà al Contraente di effettuare il pagamento di eventuali variazioni contrattuali entro 90 giorni dalla data di ricezione delle appendici.

Se il Contraente non paga i premi, o le rate di premio, successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art.4bis – Tracciabilità dei Flussi Finanziari

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

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

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

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

Art.5 Facoltà di recesso

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

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

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

In presenza di una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) cadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che l'Ente dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. 4 *Pagamento del premio*, che precede) per il periodo corrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di termine della prosecuzione della copertura assicurativa, calcolato in misura parti a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art.6 Destinatari dell'assicurazione

Assicurati sono:

- a) Gli enti e le Aziende del Servizio Sanitario della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia di seguito complessivamente denominati Azienda;
- b) i soggetti di cui ai successivi artt. 18 e 19 delle *Condizioni operative - Estensioni della garanzia assicurativa*, per quanto in essi previsto.

Art.7 Oggetto dell'assicurazione

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

- a) dall'esercizio delle attività e competenze istituzionalmente previste o consentite o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e quindi a titolo esplicativo e non limitativo per effetto anche:
- a1) della proprietà e/o conduzione a qualunque titolo di beni mobili, immobili e loro pertinenze, di strutture, di impianti e di quant'altro destinato allo svolgimento delle attività della Azienda o a ciò in qualsiasi modo riconducibile;
 - a2) della sottrazione, distruzione e deterioramento delle cose e valori di proprietà degli utenti dei servizi erogati dall'Azienda, ai sensi degli artt. 1783, 1784 e 1785 bis del Codice Civile, e comprese le cose di proprietà o in uso ai dipendenti, direttori e dirigenti della Azienda di ogni livello e ai componenti (anche non dipendenti) dei suoi Organi e Organismi Istituzionali;
 - a3) per danni a cose di terzi in consegna e/o in custodia in generale;
 - a4) per danni a condutture e impianti sotterranei di terzi;
 - a5) dell'uso e/o detenzione di fonti radioattive per scopi scientifici e/o diagnostico- terapeutici;
 - a6) della proprietà, esercizio e/o fornitura di strumenti, apparecchiature e presidi medici e/o sanitari anche presso pazienti o strutture esterne alle sedi della Azienda;
 - a7) della esistenza di farmacie interne, compresi i danni dovuti a difetto del prodotto galenico somministrato o venduto;
 - a8) della distribuzione e/o utilizzo e/o manipolazione di sangue o suoi derivati e prodotti o organi di natura umana o loro derivati;
 - a9) ai sensi dell'art. 2049 Cod. Civ., per i danni, anche alle persone trasportate, provocati da veicoli, anche non a motore, utilizzati dai dipendenti o da altri soggetti autorizzati, durante lo svolgimento di missioni o incarichi, ad eccezione di quelli di proprietà o in uso alla Azienda e dopo esaurimento di ogni altra copertura assicurativa già in essere per i medesimi rischi;
 - a10) quale committente dei lavori ceduti in appalto e subappalto, nonché delle attività e servizi, riconducibili alle finalità istituzionali, effettuate da terzi;
 - a11) dalla circolazione, anche su aree non soggette alla disciplina della normativa vigente in tema di veicoli e natanti (Codice delle Assicurazioni Private e s.m.i.), di veicoli e natanti di proprietà o in uso alla Azienda non soggetti a tale normativa;
 - a12) da incendio, esplosione o scoppio di cose di proprietà o comunque in possesso alla Azienda, ferma la preventiva operatività di altre coperture assicurative eventualmente operanti per il medesimo evento ed esclusa ogni sostituzione o compensazione di franchigie e/o scoperti presenti su tali altre polizze;
 - a13) dalla interruzione, sospensione o mancato avvio, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigiane, agricole o di servizi;
 - a14) da contaminazione o da inquinamento dell'acqua, dell'aria o del suolo provocato da sostanze di qualunque natura emesse o comunque fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di beni, impianti, serbatoi, condutture, o loro parti;
 - a15) della gestione, o quale committente in caso di gestione affidata a terzi, di servizi di ristoro, mense e distributori automatici compresi i casi di avvelenamento da cibi o bevande;
 - a16) della partecipazione e/o promozione e/o organizzazione di iniziative e manifestazioni sociali, ricreative, sportive, turistiche, culturali, espositive, congressuali, religiose e/o di aggregazione in genere, anche effettuate congiuntamente con altri Enti e/o strutture;

- a17) degli obblighi che competono ai sensi del D. Lgs. 626/1994, del D.Lgs. 494/1996 nel testo ora vigente D.Lgs. 81/2008 e del D.Lgs. 195/2003 e loro successive modifiche e integrazioni, nei testi vigenti;
- a18) dell'obbligo di risarcimento di danni sofferti da soggetti terzi, in conseguenza di reclami scritti riferiti ad atti, fatti o omissioni posti in atto da persone – anche nel corso dell'esercizio di attività di libera professione intramuraria – del cui comportamento la Azienda stessa sia tenuta a rispondere;
- a19) del conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi;
- a20) delle operazioni di smaltimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi svolte da Società terze, sempre che siano regolarmente autorizzate e abilitate ai sensi della normativa vigente in materia;
- a21) per danni, compresi – a parziale deroga di quanto sopra normato - i danni patrimoniali puri, cagionati a terzi e/o a prestatori di lavoro e derivanti da una involontaria inosservanza o violazione del D. Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679 in relazione al trattamento dei loro dati personali, comuni e/o sensibili. Questa garanzia opera a condizione che il trattamento di tali dati personali sia strettamente strumentale allo svolgimento dell'attività istituzionale; non è invece operante per il trattamento di dati aventi finalità commerciali, nonché per le multe o ammende inflitte direttamente alla Azienda o alle persone di cui essa debba rispondere;
- a22) dell'attività svolta dall'Assicurato in qualità di esercente, autorizzato ai sensi di legge, a svolgere attività di sperimentazione clinica in ogni fase e grado con protocolli interni e/o sponsorizzati da terzi.

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

Questa garanzia opera a condizione che sia stato correttamente rilasciato il consenso informato da parte del soggetto sottoposto a trattamento; non sono compresi i danni imputabili a inidoneità o insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello sponsor.

La copertura assicurativa non è operante ove trovi applicazione il D.M. 14 luglio 2009, disciplinante i *Requisiti minimi per le polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche dei medicinali*. Questa inoperatività non riguarda le sperimentazioni già avviate antecedentemente alla entrata in vigore di tale disciplina, e le garanzie di cui al punto b) che segue.

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

La Azienda rimarrà pertanto indenne:

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

fermo che per quanto riguarda le malattie professionali:

- b3) il massimale di garanzia rappresenta la massima esposizione della Società per più danni originati dal medesimo tipo di malattia professionale anche se manifestatisi in tempi diversi durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- b4) la garanzia non è operante per le ricadute di malattie professionali precedentemente indennizzate o indennizzabili ai sensi di polizza, nonché per le malattie professionali che si manifestino dopo 24 mesi dalla data di cessazione della copertura assicurativa o del rapporto di lavoro, salvo che la Azienda non ne fosse ancora a conoscenza.
- b5) La garanzia non è altresì operante in caso di asbestosi e silicosi, nonché qualsiasi altra patologia derivante da silice ed amianto, nonché per le ricadute.

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

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

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

La garanzia assicurativa opera senza limiti territoriali per i danni che avvengano nel mondo intero con esclusione di Usa, Canada e Messico.

Art.8 Efficacia della garanzia

La garanzia assicurativa è efficace per le richieste scritte relative ad atti, fatti e/o omissioni accaduti nel periodo corrente dalla data indicata nell'ALLEGATO alla presente, fino alla data di scadenza del presente contratto, pervenute all'Ente, alla Azienda e/o agli altri assicurati per la prima volta durante il periodo di durata del presente contratto.

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

Art.9 Massimali di garanzia – S.I.R. (Self Insurance Retention)

La copertura assicurativa è prestata per il valore massimale di **€ 10.000.000,00 (diecimilioni/00)** per sinistro e **€ 15.000.000,00 (quindici milioni/00)** per sinistro in serie, senza sottolimiti ad eccezione di quanto normato nella Tabella *Limiti di indennizzo* che segue.

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

Per ogni sinistro/sinistro in serie risarcibile rimane a carico dell'Ente una S.I.R. (Self Insurance Retention) pari a **€ 550.000,00 (cinquecentocinquanta/00)**¹.

¹ Articolo modificato conformemente a quanto riportato nella scheda di "Offerta Tecnica" in sede di gara.

CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE

Art.10 Rischi esclusi dall'assicurazione

La Società non risarcisce i danni derivanti o connessi:

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

Art.11 Denuncia dei sinistri

Fermo quanto previsto al successivo art. 12, *Accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri*, i sinistri saranno denunciati per iscritto alla Società, direttamente o per il tramite del broker, entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui l'Ente ne è venuto a conoscenza.

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

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

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

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

Art.12 Accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri

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

- a) per le richieste scritte di risarcimento per le quali l'indennizzo richiesto o presunto rientri, certamente o ragionevolmente, nell'importo della S.I.R., l'Ente provvederà alla gestione e alla eventuale liquidazione del sinistro con propri mezzi organizzativi e finanziari.

La Società si rende disponibile a fornire pareri tecnici sui sinistri sotto SIR segnalati dal Contraente fino ad un massimo di 20 sinistri per anno².

- b) per le richieste scritte di risarcimento per le quali l'indennizzo richiesto sia superiore all'importo della S.I.R., o che in assenza di preventive indicazioni sia ragionevole presumere che possa superare tale limite, l'Ente opererà nei termini di cui all'art. 11 *Denuncia dei sinistri*, e la Società:

- b1) assumerà la gestione della vertenza, a nome dell'Assicurato e nei termini di cui al corrispondente articolo che segue;
- b2) definiti i termini della potenziale transazione, la Società ne darà formale comunicazione all'Ente, trasmettendo idonea documentazione a supporto, immediatamente dopo aver ottenuto da essa l'assenso, procederà alla definizione del sinistro e al pagamento diretto al danneggiato. Qualora l'Ente comunichi di non aderire alla proposta di transazione prospettata, senza fornire circostanziate motivazioni a supporto, la Società resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta di transazione stessa. Pertanto qualora il sinistro dovesse essere definito successivamente per un importo maggiore a quello della proposta di transazione, rifiutata dall'Ente, la differenza resterà a carico dell'Ente. Le parti s'impegnano a definire una specifica procedura di definizione dei sinistri per i quali l'Ente ha espresso un motivato parere contrario all'iniziale proposta transattiva avanzata dalla Società;

- b3) invierà all'Ente, con cadenza trimestrale, un rapporto sui sinistri gestiti che contenga:

- N. del sinistro;
- Azienda interessata;
- Cognome e nome della controparte;
- Data dell'evento;
- Data della denuncia;
- Descrizione dell'evento;
- Importo riservato/liquidato;
- Data di pagamento e/o di chiusura senza seguito.

- c) qualora, nel corso dell'istruttoria, l'indennizzo richiesto o presunto per un sinistro inizialmente non trasmesso alla Società in quanto rientrante nell'importo della S.I.R. dovesse superare tale importo, l'Ente ne farà denuncia alla Società che riconoscerà come data di denuncia quella in cui la richiesta è pervenuta all'Ente, alla Azienda o agli assicurati;

² Paragrafo aggiunto conformemente a quanto riportato nella scheda di "Offerta tecnica" in sede di gara.

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

Relativamente ai sinistri stimati in importo inferiore alla S.I.R. sarà obbligo dell'ufficio responsabile della gestione dei sinistri dell'Ente fornire trimestralmente alla Società un riepilogo dei Sinistri ricevuti con indicazione delle seguenti informazioni:

1. Cognome e Nome della Controparte;
2. Data dell'evento;
3. Data della richiesta;
4. Quantificazione economica della richiesta, quando nota;
5. Azienda, Unità Operativa in cui si verificato l'evento oggetto della richiesta di risarcimento;
6. Descrizione dell'evento;
7. Aggiornamento delle posizioni riepilogate negli elenchi trasmessi nei mesi precedenti riportando eventualmente l'importo liquidato e la data di conclusione del contenzioso.

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

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

Resta infine convenuto tra le parti che è facoltà della Società effettuare *Audit* periodici presso l'Ente, al fine di poter condurre una verifica di tutti i sinistri non denunciati alla Società.

Nel caso in cui la Società valuti che il valore di uno o più sinistri superi l'importo della S.I.R., essa si riserva di chiedere all'Ente l'affidamento di tali sinistri; in tal caso, l'Ente si impegna entro 30 giorni dalla richiesta da parte della Società, a denunciarli alla stessa con le modalità stabilite dai precedenti articoli del presente contratto.

Art.13 Gestione delle vertenze di danno

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

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

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

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

Art.14 Costituzione del premio

Il premio annuo lordo di polizza di **€ 3.898.552,50** è costante, non soggetto a regolazione.

Art.15 Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art.16 Rinvio ad altre norme – Rinuncia alla rivalsa

Per tutto quanto non espressamente previsto nella presente polizza si richiamano le norme riportate nel Bando e nelle Norme di partecipazione alla gara da cui è originata la presente polizza, nonché le disposizioni vigenti, comunitarie e nazionali, in materia di appalti pubblici per la fornitura di beni e servizi ed in particolare la legge e il regolamento per l'amministrazione del patrimonio e per la contabilità generale dello Stato, nonché la normativa della Regione Friuli Venezia Giulia vigente nella stessa materia.

La Società dichiara di rinunciare al diritto di surrogazione nei confronti degli Amministratori, Dirigenti, dipendenti e preposti della Azienda salvo il caso di loro dolo o colpa grave.

CONDIZIONI OPERATIVE – ESTENSIONI DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

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

Art.17 Comitato Etico

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

Art.18 Responsabilità personale e professionale

La copertura assicurativa comprende la responsabilità personale e professionale:

- a) del personale della Azienda cui siano attribuiti gli incarichi e le mansioni di cui al D. Lgs. 626/1994, al D.Lgs. 494/1996 nel testo ora vigente D.Lgs. 81/2008, al D.Lgs. 195/2003 e loro successive modifiche e integrazioni, nei testi vigenti;
- b) del personale della Azienda cui siano attribuiti gli incarichi e le mansioni di cui al D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. per danni, anche patrimoniali puri, involontariamente cagionati a terzi;
- c) dei soggetti a rapporto convenzionale con la Azienda ai sensi della normativa vigente in materia, per i quali i corrispondenti AA.CC.NN.LL. prevedono la copertura assicurativa per i corrispondenti rapporti di impiego / servizio;
- d) dei:
 - d.1) dipendenti appartenenti all'area della *dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa*, anche in occasione dello svolgimento di libera professione intramuraria presso le sedi della Azienda e/o presso altre sedi autorizzate e/o convenzionate, nonché attraverso la telemedicina;
 - d.2) dipendenti non dirigenti di cui al Comparto del Personale del Servizio Sanitario Nazionale, o del Comparto Enti Locali operanti a favore della Azienda, anche in occasione dello svolgimento di libera professione intramuraria presso le sedi della Azienda e/o presso altre sedi autorizzate e/o convenzionate, nonché attraverso la telemedicina;
 - d.3) altri soggetti che a qualunque altro titolo (quali ad es.: volontari, tirocinanti, studenti, specializzandi, medici liberi professionisti ecc.) svolgano attività, anche di tipo sanitario e/o medico-veterinario, a favore e/o con il consenso della Azienda;
- e) dei soggetti – diversi da quelli sopra indicati – che svolgono attività di tipo socio-assistenziale a favore e/o con il consenso della Azienda;
- f) dei soggetti – diversi da quelli sopra indicati – di cui l'Azienda si avvale per il proprio funzionamento, purché i compiti loro affidati siano connessi con l'attività istituzionale della Azienda;
- g) delle famiglie affidatarie a cui la Azienda, direttamente o nell'ambito di iniziative con altre strutture pubbliche o di assistenza e/o ad esse assimilabili, abbia affidato minori o pazienti, nonché degli utenti dei servizi sanitari, di socializzazione, di inserimento lavorativo e di ogni altra attività di tipo assistenziale e/o socio-assistenziale promossa e/o gestita e/o erogata dalla Azienda;

restando convenuto che:

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

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

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

Art.19 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La Società non è tenuta a fornire la copertura, o a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO

Garanzia / Tipologia di danno

Limite di indennizzo per ogni sinistro e periodo assicurativo

Uso e/o detenzione di fonti radioattive per scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici	€ 2.000.000,00
Distribuzione e/o utilizzo e/o manipolazione di sangue o suoi derivati e prodotti o organi di natura umana o loro derivati	€ 2.000.000,00
Conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi	€ 1.500.000,00
Operazioni di smaltimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi svolte da Società terze, sempre che regolarmente autorizzate e abilitate ai sensi della normativa vigente in materia	€ 1.500.000,00
Danni patrimoniali conseguenti a violazione della privacy	€ 1.000.000,00

ALLEGATO

Elenco degli Enti e delle Aziende aderenti: periodi di retroattività, in funzione delle trasformazioni aziendali intercorse.

<i>Azienda originaria</i>	<i>Retroattività dal</i>
A.S.S. 1 Triestina ¹	31.12.2001
A.S.S. 2 Isontina ²	30.10.2001
A.S.S. 3 Alto Friuli ³	30.11.1999
A.S.S. 4 Medio Friuli ⁴	26.04.2000
A.S.S. 5 Bassa Friulana ⁵	31.12.1999
A.S.S. 6 Friuli Occidentale ⁶	31.12.1999
A.O. "S. Maria degli Angeli" Pordenone ⁷	31.12.1999
A.O. "S. Maria Misericordia" Udine ⁸	01.06.2001
A.O. "Policlinico Universitario" Udine ⁸	30.06.1998
A.O. "Ospedali Riuniti" Trieste ⁹	30.06.2000
I.R.C.C.S. "Centro di Riferimento Oncologico" Aviano	01.07.2001
I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo" Trieste	31.12.2000
EGAS ¹⁰	31.12.2014

Trasformazioni intervenute

Per effetto di quanto disposto dalla normativa regionale in tema di riordino del Sistema Sanitario Regionale, si segnalano nel seguito le trasformazioni subite dalle Aziende.

1. *ASS 1 Triestina* è diventata *AAS 1 Triestina* il 01.01.2015 e quindi è confluita nella **ASUI di Trieste** dal 01.05.2016.
2. *ASS 2 Isontina* è stata soppressa ed è confluita nella **AAS 2 Bassa Friulana Isontina** il 01.01.2015.
3. *ASS 3 Alto Friuli* è stata soppressa ed è confluita nella **AAS 3 Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli** il 01.01.2015.
4. *ASS 4 Medio Friuli* è stata soppressa ed è confluita nella *AAS 4 Friuli Centrale* il 01.01.2015 e quindi è confluita nella **ASUI di Udine** dal 01.05.2016.
5. *ASS 5 Bassa Friulana* soppressa e confluita nella **AAS 2 Bassa Friulana Isontina** il 01.01.2015.
6. *ASS 6 Friuli Occidentale* soppressa e confluita nella **AAS 5 Friuli Occidentale** il 01.01.2015.
7. *AO Santa Maria degli Angeli Pordenone* soppressa e confluita nella **AAS 5 Friuli Occidentale** il 01.01.2015.
8. *AO S. Maria della Misericordia* e *AO Policlinico Universitario* sono accorpati nella *Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine* fino alla data del 01.05.2016 e quindi confluita nella **ASUI di Udine**.
9. *AO Ospedali Riuniti di Trieste* è confluita nella **ASUI di Trieste** dal 01.05.2016.
10. *EGAS* dal 01.01.2019 è confluita in **ARCS Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute**.
11. *ASUI Udine* dal 01.01.2020 è confluita in **ASU FC Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale di Udine**.
12. *ASUI Trieste* dal 01.01.2020 è confluita in **ASU GI Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina di Trieste**.
13. *AAS 2* dal 01.01.2020 è stata soppressa ed è confluita:
 - o in **ASU FC** relativamente ai presidi di Latisana e Palmanova;
 - o in **ASU GI** relativamente ai presidi di Gorizia e Monfalcone.
14. *AAS 3* dal 01.01.2020 è stata soppressa ed è confluita in **ASU FC**.

Per effetto delle trasformazioni sopra indicate, l'attuale assetto del SSR della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia è quello ripotato nelle Definizioni alla voce *Azienda/Azienda aderente*.

Fermo quanto sopra, relativamente alle Aziende AAS 2, AAS 3, AAS 5, ASUI Trieste e ASUI Udine, ARCS, ASU FC e ASU GI la retroattività decorre dalla data di costituzione delle stesse.

Polizza emessa con firma digitale, Milano 4 novembre 2020

Il Contraente

SHAM

Clausole Vessatorie

Condizioni Generali di Assicurazione

- Art. 1) – Durata del contratto
- Art. 2) – Gestione del contratto
- Art. 3) – Interpretazione delle norme contrattuali – Foro competente
- Art. 4) – Pagamento del premio – Termini di rispetto
- Art. 5) – Facoltà di recesso
- Art. 7) – Oggetto dell'Assicurazione
- Art. 8) – Efficacia della garanzia
- Art. 9) – Massimali di garanzia – S.I.R. (Self Insurance Retention)
- Art. 10) – Rischi esclusi dall'assicurazione
- Art. 11) – Denuncia dei sinistri
- Art. 12) – Accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri
- Art. 13) – Gestione delle vertenze di danno

Condizioni operative – estensioni della garanzia assicurativa

- Art. 19) – Responsabilità personale e professionale

Sottolimiti di indennizzo

Il Contraente

SHAM