

**Assicurazione Dipendenti Pubblici iscritti al Sindacato UIL
Federazione Poteri Locali**

Via San Cresenziano, 25 – 00199 Roma (RM)

Partita Iva / C.F. 97194030587

POLIZZA 85175/65/160116351

RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

Effetto: dalle ore 24.00 del 31/12/2018

Cessazione: alle ore 24.00 del 31/12/2021

SEZIONE I
ASSICURAZIONE DELLA COLPA GRAVE DELL'ESERCENTE LA
PROFESSIONE SANITARIA PRESSO LE AZIENDE SANITARIE
PUBBLICHE

GLOSSARIO SPECIFICO PER LA SEZIONE I

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

Assicurato: i Dipendenti iscritti al Sindacato UIL Federazione Poteri Locali esercenti la professione sanitaria compresi i dipendenti psicologi e ostetriche, escluso tutto il Personale Dirigente Medico.

Azienda Sanitaria Pubblica: struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica facente capo al Servizio Sanitario Nazionale, la cui attività è soggetta alla giurisdizione della Corte dei Conti.

Prestatore di lavoro: la persona fisica della cui opera l'Azienda Sanitaria Pubblica si avvale - nel rispetto delle norme di legge - per lo svolgimento dell'attività descritta nella Polizza e di cui deve rispondere ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile.

Sinistro: richiesta di Risarcimento per la quale è prestata l'Assicurazione avanzata nei confronti dell'Assicurato, rientrante tra le seguenti circostanze:

- l'azione di responsabilità amministrativa promossa avanti la Corte dei Conti contro l'Assicurato in relazione alla responsabilità previste dall'Art. 1.1 - Oggetto dell'assicurazione;
- la notifica dell'invito a dedurre mediante il quale l'Assicurato viene invitato a depositare le proprie deduzioni ed eventuali documenti;
- la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria Pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave e conseguentemente di agire in via di rivalsa o di surrogazione ai sensi dell'art. 9 della legge 24/2017.

Non si considera richiesta di Risarcimento e quindi non costituiscono Sinistro:

- la comunicazione inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria Pubblica o dall'impresa di assicurazione ai sensi dell'art. 13 della legge 24/2017;
- la richiesta di Risarcimento e/o l'azione giudiziale promossa dal terzo danneggiato direttamente nei confronti dell'Assicurato.

1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA COLPA GRAVE

Art. 1.1) - Oggetto dell'Assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, entro i Massimali convenuti, di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese), esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili totalmente o parzialmente allo stesso per colpa grave, nel caso di:

- Azione di responsabilità amministrativa per colpa grave svolta nei confronti dell'Assicurato, esercitata dal Pubblico Ministero presso la Corte dei Conti ai sensi dell'art. 9 comma 5 della legge 24/2017;
- Azione di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, 1° comma Codice Civile, esperita dalla Società di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Pubblica come previsto dall'art. 9 della legge 24/2017.

Nei limiti e nei termini sopra precisati, l'Assicurazione vale anche per quanto di seguito indicato:

- a) Lo svolgimento dell'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle leggi e regolamenti vigenti.
- b) Radiazioni ionizzanti, non ionizzanti, materiale radioattivo. A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 1.5) Esclusioni – lettere o) e q) la garanzia comprende la responsabilità derivante all'Assicurato dall'impiego a scopo diagnostico e terapeutico di apparecchi a raggi X e di dispositivi relativi ad altre tecniche rarianti e d'immagine, nonché l'utilizzo di sostanze radioattive, purché a scopo diagnostico e terapeutico. E' esclusa ogni responsabilità connessa con la detenzione del materiale radioattivo stesso. L'Assicurazione è efficace a condizione che l'attività dell'Assicurato sia intrapresa con l'osservanza delle norme vigenti in materia, nonché delle prescrizioni della competente Autorità.
- c) Garanzia AIDS, virus C, virus DELTA. L'Assicurazione comprende i Danni e le Perdite patrimoniali involontariamente cagionati a terzi, direttamente o indirettamente attribuibili:
 - all'HIV (virus da immunodeficienza umana) e/o a qualunque malattia collegata all'HIV incluso l'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) e/o a fattori derivanti da mutazioni o variazioni di qualunque genere da essi provocati;
 - al virus C e al virus DELTA.
- d) L'insorgenza di malattie conseguenti ad encefalopatia spongiforme (BSE), come a titolo esemplificativo l'encefalopatia spongiforme bovina o nuove varianti della malattia di Creutzfeld – Jacob.
- e) Lo svolgimento dell'attività di telemedicina, di sperimentazione e di ricerca clinica.
- f) Errato trattamento dati personali

L'Assicurazione vale anche per i Danni e le Perdite patrimoniali derivanti dal Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati e successive modifiche e integrazioni, involontariamente cagionati a terzi interessati in conseguenza del trattamento dei loro dati personali (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) non conforme alla normativa, purché conseguenti a fatti involontari e non derivanti da comportamento illecito continuativo.

g) Perdite patrimoniali

L'Assicurazione si estende alla responsabilità derivante all'Assicurato per le Perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi in conseguenza dello svolgimento dell'attività per conto dell'Azienda Sanitaria Pubblica di appartenenza, purché consequenti a Sinistro indennizzabile a termini di Polizza.

Resta comunque esclusa la responsabilità amministrativa-contabile per le Perdite patrimoniali cagionate dall'Assicurato all'Azienda Sanitaria Pubblica di appartenenza.

h) Interruzione o sospensione, mancato o ritardato inizio di attività di terzi

L'Assicurazione comprende i Danni e le Perdite patrimoniali derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, artigianali, commerciali, agricole o di servizi esercitate da terzi, purché consequenti a Sinistro indennizzabile a termini di Polizza.

Art. 1.2) – Condizioni di validità dell'Assicurazione

L'Assicurazione è valida a condizione che l'attività professionale sia svolta in conformità alle leggi che la regolano e sempreché l'Assicurato sia iscritto all'Albo professionale del relativo Ordine, ove previsto. Inoltre l'Assicurazione è operante esclusivamente per l'attività professionale svolta dall'Assicurato nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale in qualità di Prestatore di lavoro dell'Azienda Sanitaria Pubblica di appartenenza.

La radiazione o la sospensione dell'Assicurato, per qualsiasi motivo, dall'Ordine professionale determinano la cessazione dell'Assicurazione a decorrere dalla data stessa della radiazione o sospensione.

Art. 1.3) - Persone non considerate terze

Non sono considerati terzi:

- a) il coniuge, i genitori e i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- b) i Prestatori di lavoro dell'Azienda Sanitaria Pubblica, salvo che fruiscono personalmente delle prestazioni del S.S.N. in qualità di pazienti.

Art. 1.4) - Esclusioni

L'Assicurazione non comprende i Sinistri:

- a) Verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici etc.) salvo che per l'attività diagnostica e terapeutica oggetto dell'assicurazione;
- b) Che insorgono in occasione di guerra, invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra) guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.

E' inoltre esclusa dall'Assicurazione la responsabilità dell'Assicurato relativa allo svolgimento dell'attività professionale extramoenia.

Art. 1.5) – Franchigia/Scoperto

L'Assicurazione viene prestata senza l'applicazione di alcuna Franchigia/Scoperto.

Art. 1.6) – Massimali

L'Assicurazione per ciascun Assicurato alla presente Sezione s'intende prestata sino alla concorrenza:

- di un Massimale per Sinistro pari a quanto previsto dall'art. 9 comma 5 della legge n. 24 dell' 8 marzo 2017 e successive modifiche e integrazioni;

Art. 1.7) - Validità temporale dell'Assicurazione

a) L'Assicurazione vale per le richieste di Risarcimento (come precedentemente definite) presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione con le modalità e con i termini previsti dall'Art. 3.1 "Obblighi del Contraente o dell'Assicurato in caso di Sinistro" delle "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri" a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data del 01/01/2007.

Nel caso in cui la richiesta di Risarcimento sia riferita a comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato nel suddetto periodo e già denunciati sulla precedente polizza stipulata dal Sindacato UIL FPL per il medesimo rischio con altra Compagnia, la presente Assicurazione non si intende operante per tali Sinistri.

b) Nei soli casi di cessazione definitiva dell'attività assicurata per qualsiasi causa, l'Assicurazione vale per le richieste di Risarcimento presentate all'Assicurato entro i 10 anni successivi alla data di cessazione dell'attività assicurata, purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di vigenza della Polizza. Il massimale per anno disciplinato all'Art. 1.7 – Massimali rappresenta la massima esposizione della Società per una o più richieste di Risarcimento presentate all'Assicurato nel suddetto periodo di proroga della garanzia.

La garanzia di cui al presente punto b) s'intende valida a condizione che venga emesso apposito documento di Polizza con incasso del relativo Premio, pari a 3 volte il premio annuo, per le sole ostetriche pari a 5 volte il premio annuo.

La richiesta dovrà essere presentata alla Società entro 90 giorni dalla data della cessazione dell'attività.

La presente ultrattivit  estesa agli eredi.

SEZIONE II

ASSICURAZIONE DELLA COLPA GRAVE DEL DIPENDENTE DI ENTI PUBBLICI, ESCLUSO IL PERSONALE MEDICO, PARAMEDICO, PSICOLOGI, INFERMIERI E OSTETRICHE

GLOSSARIO SPECIFICO PER LA SEZIONE II

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le Parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

Assicurato: i Dipendenti e Dirigenti Pubblici iscritti al Sindacato UIL Federazione Poteri Locali comprese le coordinatrici infermieristiche, escluso il personale Medico, Paramedico, Psicologi, Infermieri e Ostetriche.

Enti pubblici: lo Stato, gli Enti Locali, il Parastato, gli Enti pubblici economici e non economici, le Aziende Ospedaliere e le ASL, ogni Ente o Società la cui attività sia soggetta alla giurisdizione della Corte dei Conti.

Richiesta di Risarcimento: si intendono esclusivamente:

- la notifica all'Assicurato in quanto presunto responsabile del danno, nei procedimenti per responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione, avanti la Corte dei Conti, dell'invito a dedurre (cioè dell'invito a depositare le proprie argomentazioni difensive ed eventuali documenti).
- La comunicazione con la quale la struttura pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale e/o stragiudiziale

Sinistro: la richiesta di Risarcimento per la quale è prestata l'assicurazione.

2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA COLPA GRAVE

Art. 2.1) - Oggetto dell'assicurazione

La presente Polizza assicura i dipendenti di Enti pubblici, ad eccezione di coloro che svolgono attività medica, paramedica, infermieristica, ostetrica e i Psicologi ma comprese le coordinatrici infermieristiche tenendoli indenni di quanto questi siano tenuti a pagare (capitale, interessi e spese), quali civilmente responsabili ai sensi di legge esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili a colpa grave per i quali l'assicurato sia stato dichiarato in tutto o in parte responsabile con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato verificatisi nell'espletamento delle proprie funzioni.

La garanzia copre le somme che l'Assicurato debba corrispondere all'Ente Pubblico e/o Pubblica Amministrazione per quanto da questi risarcito al terzo danneggiato a seguito di fatto commesso dall'Assicurato e accertato con sentenza passata in giudicato emessa dalla Corte dei Conti.

Art. 2.2) - Soggetti non considerati terzi - Esclusioni

Non sono considerati terzi:

- Il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine con lui convivente.

- mancata, errata o insufficiente stipulazione di garanzie o assicurazioni, nonché mancato o ritardato pagamento dei relativi premi;
- mancato raggiungimento delle finalità e degli obiettivi perseguiti dall'Ente di appartenenza, nonché dei criteri di funzionalità ed economicità della gestione;
- Verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione o fusione nucleare, isotopi radicattivi, macchine acceleratrici etc.) salvo che per l'attività diagnostica e terapeutica oggetto dell'assicurazione;
- Che insorgono in occasione di guerra, invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra) guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.

Art. 2.3) - Massimali

La presente Assicurazione si intende prestata nel limite del Massimale di € 1.000.000 per dipendente assicurato/anno.

La garanzia è prestata senza Franchigie e/o Scoperti.

Art. 2.4) - Validità temporale dell'assicurazione

a) L'Assicurazione vale per le richieste di Risarcimento (come precedentemente definite) presentate per la prima volta all'Assicurato e denunciate alla Società nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione con le modalità e con i termini previsti dall'Art. 3.1 "Obblighi del Contraente o dell'Assicurato in caso di Sinistro" delle "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri", a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il 1.1.2007.

Nel caso in cui la richiesta di Risarcimento sia riferita a comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato nel suddetto periodo e già denunciati sulla precedente polizza stipulata dal Sindacato UIL FPL per il medesimo rischio con altra Compagnia, la presente Assicurazione non si intende operante per tali Sinistri.

In caso di più richieste di Risarcimento originate da una stessa causa, verrà considerata esclusivamente la data della prima richiesta.

b) Nei soli casi di cessazione definitiva dell'attività assicurata per qualsiasi causa, l'Assicurazione vale per le richieste di Risarcimento presentate all'Assicurato entro i 10 anni successivi alla data di cessazione dell'attività assicurata, purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di validità della Polizza. Il massimale per anno disciplinato all'Art. 1.7 – Massimali rappresenta la massima esposizione della Società per una o più richieste di Risarcimento presentate all'Assicurato nel suddetto periodo di proroga della garanzia.

La garanzia di cui al presente punto b) s'intende valida a condizione che venga emesso apposito documento di Polizza con incasso del relativo Premio, pari a 5 volte il premio annuo.

La richiesta dovrà essere presentata alla Società entro 90 giorni dalla data della cessazione dell'attività.

La presente ultrattivit    estesa agli eredi.

3. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 3.1) – Obblighi del Contraente o dell'Assicurato in caso di Sinistro

Il Contraente o l'Assicurato devono:

- comunicare entro 3 giorni per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto o alla Direzione della Società la data, ora, luogo dell'evento all'origine del Sinistro, le modalità di accadimento e la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze e l'importo approssimativo del danno, allegando alla denuncia tutti gli elementi utili per la rapida definizione delle responsabilità e per la quantificazione dei danni;
- astenersi nella fase dell'istruzione del Sinistro da qualsiasi riconoscimento di responsabilità a meno che non risulti comprovata dalle prove emerse.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).

Art. 3.2) - Gestione delle vertenze di danno - Spese di resistenza

La Società può assumere a nome dell'Assicurato la gestione delle vertenze, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso e con facoltà di designare legali, periti, consulenti o tecnici, in sede stragiudiziale e in sede giudiziale civile, fino alla definizione del Sinistro.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato entro i limiti di un importo pari al quarto del Massimale per Sinistro indicato nella scheda di polizza. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto Massimale, le spese vengono ripartite tra la Società e il Contraente e/o Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali, periti, consulenti o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

L'Assicurato è tenuto a comparire personalmente in giudizio nei casi in cui le leggi lo prevedano o la Società lo richieda.