

APPENDICE ADEGUAMENTO POLIZZE ASSICURATIVE STRUTTURE SANITARIE, SOCIOSANITARIE, ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE (L. 24/2017 Gelli-Bianco e succ. Decreto n°232 del 15 Dic.2023 Pubblicazione G.U. 1 Marzo 2024)

Con la presente appendice che forma parte integrante della polizza N. **2023RCG00307-1212808** si prende atto tra le parti delle seguenti modifiche relative alle condizioni di assicurazione, in ottemperanza ed adeguamento delle Leggi, Decreti e Regolamenti (L.24/2017 Gelli-Bianco, di seguito anche “Legge”; Decreto n°232 del 15 Dicembre 2023 e G.U 1 Marzo 2024, di seguito anche “Decreto”) per la determinazione dei requisiti minimi della polizza assicurativa collettiva.

Di seguito articoli e glossario che modificano, abrogano e integrano le condizioni di polizza:

GLOSSARIO:

- a)** assicurato: il titolare dell’interesse coperto dall’assicurazione, la struttura o l’esercente la professione sanitaria o l’esercente attività libero professionale;
- b)** contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga a pagarne il premio;
- c)** assicuratore: l’impresa autorizzata all’esercizio dell’attività assicurativa nel ramo responsabilità civile generale ai sensi del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209;
- d)** contratto di assicurazione: il contratto, regolato dall’articolo 1882 e ss. del codice civile, avente ad oggetto i rischi descritti all’articolo 3 derivanti dall’attività della struttura sanitaria o dell’esercente la professione sanitaria;
- e)** denuncia: atto con il quale l’assicurato deve dare avviso scritto del sinistro, di cui alla successiva lettera o) all’assicuratore;
- f)** esercente la professione sanitaria: il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all’esercizio di una professione sanitaria;
- g)** esercente attività libero professionale: attività svolta dall’esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, al di fuori della struttura o all’interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto;
- h)** struttura: la struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica e privata che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi;
- i)** fondo rischi: fondo della struttura con appostazione in bilancio di somme riferentesi ai rischi in corso nell’anno di esercizio e che si protrarranno nell’esercizio successivo;
- j)** fondo riserva sinistri: fondo della struttura con appostazione in bilancio della messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati;
- k)** revisore legale: una persona fisica abilitata a esercitare la revisione legale ai sensi del codice civile e delle disposizioni del decreto legislativo 27 gennaio 2010 n. 39 e iscritta nel Registro ovvero una persona fisica abilitata ad esercitare la revisione legale in un altro Stato membro dell’Unione europea ai sensi delle disposizioni di attuazione della direttiva 2006/43/CE, come modificata dalla direttiva 2014/56/UE, vigenti in tale Stato membro;
- D)** Legge: legge 8 marzo 2017 n. 24;

- m)** massimale di garanzia: la somma massima per importi non inferiori a quelli stabiliti all'articolo 4 del Decreto liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro o nei casi di cui all'ultimo periodo della successiva lettera o) ;
- n)** premio: l'importo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore;
- o)** sinistro: la richiesta di risarcimento danni per i quali è prestata l'assicurazione (criterio c.d. « *claims made* ») ossia qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi in vigenza di polizza o durante il periodo di ultrattività di cui all'articolo 5, comma 2, nei confronti dell'assicurato (o, nel caso di azione diretta, nei confronti dell'assicuratore), per il risarcimento dei danni subiti come conseguenza della sua attività; costituisce sinistro anche la citazione dell'assicurato in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato. In caso di polizza di cui all'articolo 10, comma 3, della Legge, il sinistro è costituito dall'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga previste dagli articoli 9, commi 5 e 6, e 12, comma 3, della Legge. In questi casi, costituisce sinistro anche il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei Conti, nonché, per la rivalsa civilistica delle strutture sanitarie, la richiesta scritta avanzata per la prima volta dalla struttura in vigenza di polizza nei confronti dell'assicurato, con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato. Fatti diversi da quelli elencati non costituiscono sinistro, ivi inclusa la richiesta della cartella clinica, l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, la querela e l'avviso di garanzia. Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula *claims made* altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso);
- p)** misure analoghe: misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera che prevedono l'assunzione diretta, totale o parziale, del rischio da parte della struttura;
- q)** SIR: (*Self Insurance Retention*) quota di rischio non trasferita al mercato assicurativo e gestita in proprio dalla struttura assicurata anche in termini di corrispondente gestione, istruzione e liquidazione del sinistro;
- r)** franchigia: elemento integrante della polizza di assicurazione che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato ed espressa in valore assoluto. La opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro.

LIMITI DI INDENNIZZO

L'Assicurazione è prestata fino alla concorrenza del Massimale indicato nella Scheda di Polizza, distinguendosi tra:

Massimale per sinistro:

La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che obbliga la Compagnia e che quest'ultima sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ogni Sinistro;

Massimale per anno:

La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che obbliga la Compagnia e che quest'ultima è tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i Sinistri relativi ad un medesimo Periodo di Assicurazione, indipendentemente da quante siano le Richieste di Risarcimento ed il numero delle persone danneggiate. Salvo il caso di Assicurazione limitata alla sola garanzia "Colpa Grave" in tutti gli altri casi il massimale annuo è pari al triplo del massimale per sinistro

RESPONSABILITA' SOLIDALE:

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non), gli **Assicuratori** rispondono per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Ad ogni scadenza contrattuale, previo preavviso di almeno 90 giorni, è prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale, avendo specifico riferimento alla tipologia e al numero di sinistri chiusi con accoglimento della richiesta.

È inoltre prevista la variazione in diminuzione in relazione alle azioni intraprese per la gestione del rischio e di analisi sistemica degli incidenti.

Le variazioni del premio di tariffa devono essere in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso, anche tenuto conto del fabbisogno finanziario delle imprese assicuratrici.

RECESSO PER SINISTRO

Il recesso per sinistro si intende abrogato.

La Società Assicuratrice può recedere dal contratto prima della scadenza solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell' esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto assicurativo ha la durata e rateizzazione esposta nel certificato e/o frontespizio di polizza.

Nei contratti poliennali o annuali con tacito rinnovo, La Società ed il Contraente possono recedere anticipatamente dal presente contratto, al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante disdetta con lettera raccomandata e/o pec da inviare con 30 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità.

In caso di contratto avente durata annuale senza tacito rinnovo lo stesso cesserà alla naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge (L.24/2017 Gelli-Bianco, di seguito anche "Legge"; Decreto n°232 del 15 Dicembre 2023 e G.U 1 Marzo 2024)

PREMIO

Rimane convenuto tra le parti che non è previsto alcun supplemento di premio per l'adeguamento del contratto in base alla presente appendice.

FERMO IL RESTO

Data.....

LA COMPAGNIA

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

CLAUSOLA DA APPROVARE SPECIFICAMENTE

ECCEZIONI OPPONIBILI

Sono opponibili al danneggiato, previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificamente per iscritto, le seguenti eccezioni:

- a. i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
- b. fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5 del Decreto;
- c. le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere q) ed r) del Decreto, con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge;
- d. il mancato pagamento del premio.

Resta fermo quanto previsto dall'articolo 38-bis del decreto legge 6 novembre 2021, n. 152. Convertito con modificazioni dalla legge 29 dicembre 2021, n. 233.

Data.....

LA COMPAGNIA

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

