

PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI RCT/O

1. Premessa

Ferme restando tutte le condizioni contrattuali, finalità della presente procedura è quella di derogare a dette condizioni limitatamente alla gestione dei sinistri rientranti nella franchigia aggregata prevista in polizza.

Le condizioni generali in tema di sinistri non disciplinate dalla presente procedura s'intenderanno pertanto richiamate ed applicabili solo per i sinistri eccedenti la franchigia stessa.

All'uopo saranno da considerare rientranti in Franchigia i sinistri i cui importi liquidati, nel loro complesso, non superino l'ammontare della franchigia stessa.

Sino a quando le liquidazioni effettuate, nel loro complesso, non raggiungano la franchigia, s'intenderanno sottoposti alla presente procedura tutti i sinistri i cui importi a riserva, sommati alle liquidazioni già effettuate, non superino il valore della franchigia stessa.

2. Denuncia del Sinistro

Il contraente, e più nel dettaglio l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri nell'Azienda, in caso di ricevimento del "sinistro" (così come definito in polizza), trasmette regolare denuncia al Broker incaricato entro il termine previsto dal contratto (30 giorni) che, a sua volta, ne invia copia all'Ufficio Sinistri della Società Assicuratrice.

Tale termine si ridurrà a 10 giorni in presenza di denunce rivenienti dalla notifica all'assicurato di atti giudiziari dai termini particolarmente abbreviati

Tutte le comunicazioni tra le parti contraenti devono essere effettuate tramite il Broker.

3. Adempimenti dell'Azienda verso il danneggiato

L'Azienda, a sua volta, informa il danneggiato che la denuncia è stata regolarmente inoltrata richiedendo contestualmente allo stesso il consenso al trattamento dei dati sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03.

4. Adempimenti della Società Assicuratrice.

Ricevuta la denuncia, la Società provvederà, entro 10 giorni, a comunicare al Broker la presa in carico dello stesso ed il numero di pratica attribuitogli

Le comunicazioni dell'Assicuratore all'Azienda verranno effettuate tramite Broker.

La Società ha facoltà di partecipare attivamente al Comitato di Valutazione dei Sinistri di cui la contraente si avvale fornendo la propria collaborazione per la miglior gestione dei sinistri.

La Società è tenuta a contestare al Contraente le eccezioni di inoperatività della garanzia tempestivamente e comunque non oltre 90 giorni dalla denuncia del sinistro, salvo che non emergano successivamente a tale termine nuovi elementi probatori che rendano inoperante la garanzia prestata.

Tale termine deve considerarsi perentorio ed, una volta decorso, il sinistro si intende assunto in garanzia dalla Società a tutti gli effetti.

5. Documentazione

Dopo l'acquisizione del consenso da parte dell'interessato, l'Azienda trasmetterà all'assicuratore, per il tramite del Broker, una relazione riassuntiva sul sinistro comprensiva dell'eventuale Relazione Tecnica redatta dal dipartimento di Medicina Legale o dell'ufficio coinvolto.

E' facoltà della Società e del CVS richiedere all'azienda ogni ulteriore atto utile e necessario alla miglior istruzione del fascicolo

6. Modalità di gestione delle richieste di risarcimento

Allorquando la Società, per il mezzo dell'Azienda e del Broker, avrà acquisito la documentazione istruttoria utile alla gestione della vertenza, comunicherà al CVS le determinazioni circa la definibilità o la reiezione del danno.

Nell'istruttoria del sinistro la Società potrà avviare contatti diretti con le controparti ed avvalersi della miglior collaborazione dell'Azienda nell'acquisizione dei documenti all'uopo necessari.

Al termine dell'istruttoria la Società sottoporrà al parere vincolante del CVS le proprie determinazioni proponendo la reiezione o la definizione del danno in base all'intesa transattiva raggiunta con il danneggiato.

La definizione giudiziale o stragiudiziale delle richieste di risarcimento ricadenti nella franchigia aggregata saranno pertanto subordinate ad espressa autorizzazione aziendale su parere del CVS.

La Società, così come l'Azienda, non risponde dei maggiori importi o costi liquidati al terzo in caso di soccombenza giudiziale a seguito di mancata accettazione e definizione delle proposte transattive non condivise da quello dei contraenti che risultasse recalcitrante.

Se quest'ultimo fosse l'Azienda tali maggiori spese o costi non eroderanno pertanto la franchigia prevista. La comunicazione al danneggiato della reiezione del danno così come l'emissione dell'atto di quietanza in caso di definizione condivisa dai contraenti, spetta alla Società che ne trasmetterà copia all'Azienda per il tramite del Broker

7. Liquidazione, pagamento e rimborso

Emessa la quietanza la Società procede al pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della stessa, completa in ogni sua parte e corredata dei documenti necessari alla definizione.

La Società comunicherà all'azienda l'avvenuto pagamento trasmettendole, pel tramite del Broker, copia della relativa quietanza liberatoria

8. Comitato Valutazione dei Sinistri (CVS)

L'azienda per la gestione dei sinistri in franchigia di cui al precedente art. 6, si avvale del Comitato di Valutazione dei Sinistri.

Detto Comitato è preposto a valutare la fondatezza delle richieste di risarcimento, ad esprimere pareri sugli importi posti a riserva ed a rappresentare le eventuali tesi difensive.

I componenti del Comitato sono rappresentativi delle seguenti aree interne ed esterne all'Azienda:

- Broker;
- Direzione Amministrativa;
- Responsabile UGR (Unità di Gestione del Rischio Clinico);
- Medicina Legale,
- Ufficio Legale,
- Legali incaricati nelle procedure giudiziali convenuti di volta in volta in virtù dei sinistri in esame;
- L'Assicuratore

L'assicuratore, all'interno del Comitato, avanzerà le proposte di definizione e/o reiezione maturate al termine dell'istruttoria svolta.

Entrambi i contraenti potranno quindi esercitare il proprio diritto di veto in caso di disaccordo sulla definizione o reiezione del danno.

In caso di veto, le conseguenze patrimoniali dei maggiori oneri e spese ricadranno sul contraente recalcitrante in ossequio al disposto del precedente art. 6.

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

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

Il Comitato di Valutazione con cadenza periodica, fissata di volta in volta, in un numero non inferiore alle 6 (sei) volte l'anno, salvi i casi di particolare necessità, valuta congiuntamente:

- la situazione sullo stato delle pratiche aperte e la loro istruzione;
- l'aggiornamento degli importi riservati;
- le proposte di gestione della vertenza, sia in sede giudiziale che stragiudiziale, indicando anche il massimo ammontare dell'offerta formulabile;
- le proposte di offerte alla controparte;
- le eventuali problematiche emerse al fine di individuare le possibili soluzioni.

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

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

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

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

9. Esaurimento della Franchigia di polizza

Una volta che l'importo delle liquidazioni e delle riserve poste ai sinistri avrà esaurito l'ammontare complessivo della franchigia aggregata prevista in polizza, il Comitato avrà esaurito la sua funzione, e per il tramite del Broker ne darà comunicazione all'Assicuratore limitandosi a gestire, fino ad esaurimento, i sinistri in carico non eccedenti la franchigia.

La gestione da parte dell'Assicuratore dei sinistri eccedenti la franchigia tornerà ad essere quindi regolata dalle norme generali di contratto e dai seguenti articoli.

10. Borderaux dei SINISTRI

La Società si impegna, inoltre, a predisporre borderaux trimestrali da trasmettersi all'Azienda per il tramite del Broker, contenenti quanto segue:

- Anagrafica: Dati della controparte;
- Date: Accadimento, denuncia del sinistro, definizione;
- Descrizione: tipologia, specialità, presidio;
- Importo: Entità della richiesta, preventivo iniziale, ammontare della franchigia impegnata, ammontare richiesto, erosione del massimale aggregato per la franchigia;
- Stato del sinistro: aperto, pendente in sede civile e/o penale, chiuso senza seguito, definito in attesa di pagamento, chiuso con avvenuto pagamento.

11. Procedimenti civili ed incarico ai legali

In caso di vertenza giudiziaria, l'Azienda contraente, dopo averne condiviso l'opportunità con la Società, invierà copia dell'atto introduttivo del giudizio al Broker ed all'assicuratore che nel termine massimo di 10 giorni dal ricevimento procederà alla nomina del legale cui affidare la lite nell'ambito dell'elenco di professionisti individuati di comune accordo tra l'azienda e la Società.

Successivamente alla nomina del legale da parte dell'assicuratore, che ne dà notizia tramite il Broker all'Azienda, quest'ultima provvederà a rimettere l'originale dell'atto, con procura in calce, all'indirizzo del legale designato onde consentire la costituzione in giudizio.

Per eventuali chiarimenti l'Azienda od il Broker contatterà direttamente il legale tenendo in copia l'assicuratore.

La vertenza verrà gestita dall'avvocato nominato che informerà contestualmente la Società Assicuratrice e l'Azienda contraente, quest'ultima tramite il Broker, sugli sviluppi della causa, mediante invio in copia di tutti gli atti depositati e dei documenti più significativi di causa (comparse, verbali testi, CTU e memorie. Qualora l'atto di citazione sia stato notificato anche ad uno o più operatori, i singoli interessati potranno avvalersi dei medesimi legali dell'elenco sopra detto, salvo che non preferiscano designare, ed in tal caso a proprie cure e spese, legali di propria fiducia.

E' obbligo dei singoli interessati denunciare il sinistro anche ai propri assicuratori se in possesso di Polizza RC professionale, avendo cura di informare l'Azienda che, a sua volta, lo comunicherà all'assicuratore tramite il Broker.

In nessun caso la Società sopporterà spese ed onorari di legali non rientranti nell'elenco condiviso con l'Azienda.

12. Accertamenti tecnici non ripetibili

In caso di Accertamenti tecnici non ripetibili qualora vi siano i presupposti, l'avvocato designato, su accordo dell'Azienda contraente e della Società Assicuratrice, provvederà alla nomina formale del Medico Legale tra quelli presenti nell'elenco concordato.

Quest'ultimo presenzierà all'accertamento tecnico per cui è stato nominato e relazionerà all'Avvocato le risultanze del medesimo, previo coinvolgimento della Medicina Legale e/o della S.C. di Anatomia Patologica.

Qualora non sia possibile da parte dell'Azienda un preventivo accordo con l'Assicuratore, l'Azienda procederà direttamente non mancando di tenere informato la Società, per tramite del Broker.

Qualora, nel corso di un procedimento giudiziale, emergesse responsabilità attribuibile all'Azienda, il legale incaricato alla gestione giudiziale della vertenza esperirà il tentativo di definizione della posizione per remissione degli atti, al fine di evitare prolungamenti processuali gravosi, purché concertato con le parti (Assicuratore, Broker e Azienda).

Le comunicazioni avverranno sempre tramite il Broker

13. Ambiti valutativi della consulenza medico - legale

Le consulenze medico legali e gli ambiti valutativi delle stesse avranno ad oggetto:

A. tematiche di responsabilità con possibile danno alla persona derivanti da attività professionale medica e/o genericamente sanitaria; ovvero da possibili difetti organizzativi;

B. valutazione del danno (previa eventuale visita medico-legale del danneggiato) alla persona del soggetto reclamante ristoro economico.

Più specificamente:

A. Le valutazioni in tema di responsabilità professionale medica o da possibili difetti organizzativi avranno ad oggetto:

a.1) la qualificazione delle condotte professionali (con eventuale giudizio orientativo in tema di eventuale colpa grave del professionista, se ed in quanto preconizzabile), e/o delle situazioni organizzative poste alla base della contestazione;

a.2) un giudizio sui nessi di causalità fra condotte e/o situazioni anzidette ed i reclamati eventi di danno alla persona;

a.3) valutazione orientativa di 'prognosi' del contenzioso con relativi suggerimenti gestionali (ci noi favorevole = resistere / di esito incerto = trattare / a noi sfavorevole = transigere).

B Le valutazioni-quantificazioni di danno sulla persona del postulante verteranno su:

b.1) inabilità temporanea e invalidità permanente, sia in tema di danno biologico che di eventuale danno lavorativo;

b.2) sussistenza o meno di presupposti medico-bio-psicologici (che saranno oggetto di quantificazione e monetizzazione in sede liquidativa e non medico-legale);

b.3) valutazione di congruità degli eventuali danni emergenti di pertinenza medica (spese vive, esborsi per prestazioni non convenzionate, assistenza domiciliare, ecc)