



GARA D'APPALTO SERVIZI ASSICURATIVI CAPITOLATO TECNICO LOTTO N° 6

ASSICURAZIONE INFORTUNI

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA G

Via Tiburtina 22/A
00019 Tivoli
p.iva e cod. fisc . 04733471009

EFFETTO:	ore 24.00 del 31-12-2011
SCADENZA 1 ^a RATA:	ore 24.00 del 31-12-2012
RATEAZIONE	ANNUALE
SCADENZA:	ore 24.00 del 31-12-2014

INDICE

Art. 1	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - modifiche del rischio	<i>pag.</i>	4
Art. 2	Esonero dichiarazione altre assicurazioni	<i>pag.</i>	4
Art. 3	Esonero denuncia infermità preesistenti	<i>pag.</i>	4
Art. 4	Esonero denuncia generalità degli Assicurati	<i>pag.</i>	4
Art. 5	Legittimazione	<i>pag.</i>	4
Art. 6	Durata dell'assicurazione – proroga - disdetta	<i>pag.</i>	4
Art. 7	Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione	<i>pag.</i>	5
Art. 8	Pagamenti per variazioni con incasso di premio	<i>pag.</i>	5
Art. 9	Calcolo del premio – regolazioni del premio	<i>pag.</i>	5
Art. 10	Tracciabilità dei pagamenti	<i>pag.</i>	6
Art. 11	Gestione della polizza	<i>pag.</i>	6
Art. 12	Forma delle comunicazioni e modifiche dell'assicurazione	<i>pag.</i>	6
Art. 13	Aggravamento del rischio	<i>pag.</i>	6
Art. 14	Coassicurazione e delega	<i>pag.</i>	6
Art. 15	Limiti territoriali	<i>pag.</i>	7
Art. 16	Oneri fiscali	<i>pag.</i>	7
Art. 17	Foro competente	<i>pag.</i>	7
Art. 18	Rinvio alle norme di legge	<i>pag.</i>	7
Art. 19	Trattamento dei dati	<i>pag.</i>	7
Art. 20	Interpretazione della polizza	<i>pag.</i>	7
Art. 21	Obblighi in caso di sinistro	<i>pag.</i>	8
Art. 22	Criteri di indennizzo	<i>pag.</i>	8
Art. 23	Cumulo di indennità	<i>pag.</i>	8
Art. 24	Pagamento dell'indennizzo	<i>pag.</i>	8
Art. 25	Rinuncia al diritto di rivalsa	<i>pag.</i>	8
Art. 26	Recesso in caso di sinistro	<i>pag.</i>	8
Art. 27	Controversie sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni	<i>pag.</i>	9
Art. 28	Report sinistri	<i>pag.</i>	9
Art. 29	Oggetto dell'assicurazione	<i>pag.</i>	10
Art. 30	Esclusioni	<i>pag.</i>	10
Art. 31	Rimborso spese mediche da infortunio	<i>pag.</i>	10
Art. 32	Anticipo indennizzo	<i>pag.</i>	11
Art. 33	Mancinismo	<i>pag.</i>	11
Art. 34	Rientro sanitario	<i>pag.</i>	11
Art. 35	Rimpatrio salma	<i>pag.</i>	11
Art. 36	Rischio volo	<i>pag.</i>	11
Art. 37	Morte presunta	<i>pag.</i>	12
Art. 38	Rischio guerra	<i>pag.</i>	12
Art. 39	Esposizione agli elementi	<i>pag.</i>	12
Art. 40	Ernie e sforzi	<i>pag.</i>	12
Art. 41	Danni estetici	<i>pag.</i>	12
Art. 42	Malattie professionali	<i>pag.</i>	12
Art. 43	Responsabilità civile del Contraente	<i>pag.</i>	13
Art. 44	Limite di età e persone non assicurabili	<i>pag.</i>	13
Art. 45	Cessazione del rapporto di lavoro causato da infortunio o malattia	<i>pag.</i>	13
Art. 46	Morte	<i>pag.</i>	13
Art. 47	Invaldità permanente	<i>pag.</i>	13
Art. 48	Inabilità temporanea (ove prevista)	<i>pag.</i>	13
Art. 49	Calamità naturali	<i>pag.</i>	14
Art. 50	Categorie assicurate	<i>pag.</i>	14
	<i>Categoria A</i> : medici addetti al servizio di continuità assistenziale	<i>pag.</i>	14
	<i>Categoria B</i> : medici specialisti ambulatoriali	<i>pag.</i>	15
	<i>Categoria C</i> : psicologi, biologi e chimici ambulatoriali	<i>pag.</i>	16
	<i>Categoria D</i> : dipendenti in trasferta e/o adempimento di servizio	<i>pag.</i>	17
	<i>Categoria E</i> : volontari	<i>pag.</i>	18
	<i>Categoria F</i> : donatori di sangue	<i>pag.</i>	19
	<i>Categoria G</i> : specializzandi in medicina e chirurgia	<i>pag.</i>	20

CAPITOLATO TECNICO PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa che quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto salvo le eventuali schede riepilogative contenenti i riferimenti anagrafici dell'Assicurato/Contraente e della Società e del calcolo del premio.

DEFINIZIONI

Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Polizza	Il documento che prova e regola l'assicurazione
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta
Assicurato	La Contraente e qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dalla presente assicurazione
Società	La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione
Broker	Il Broker al quale, per incarico conferito dalla Contraente, è affidata la gestione e l'esecuzione dell'assicurazione
Premio	La somma dovuta dalla Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate a termini della presente assicurazione
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Danno	Il pregiudizio economico causato da un sinistro indennizzabile sulla base delle condizioni tutte di polizza, senza tenere conto di eventuali detrazioni (scoperti e franchigie) e limiti di indennizzo
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Limite di Indennizzo	Il massimo indennizzo dovuto dalla Società
Franchigia	L'importo prestabilito che viene dedotto dal danno ed è a carico esclusivo dell'Assicurato
Scoperto	La percentuale del danno a carico esclusivo dell'Assicurato
Periodo di assicurazione	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza Annuale;
Rischio Professionale	Gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle proprie occupazioni professionali, compresi quelli subiti durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione al luogo di lavoro, nel tempo necessario alla sua effettuazione e sempre che gli infortuni stessi siano stati regolarmente denunciati all'INAIL
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che hanno per conseguenza la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea
Invalidità Permanente	Perdita, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria normale attività
Ricovero	Degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento
Istituto di cura	Ogni Struttura Sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera
Day Hospital	Degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno
Malattia	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

NORME GENERALI CHE REGOLANO IL CONTRATTO

Art. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO - BUONA FEDE - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile, sempre che il Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

Resta altresì convenuto che, a parziale deroga dell'Articolo 1897 del Codice Civile, nei casi di diminuzione di rischio, la riduzione di premio sarà immediata.

La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione e rinuncerà allo scioglimento del contratto ed alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini dell'Articolo 1897 di cui sopra.

Art. 2 - ESONERO DICHIARAZIONE ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di dichiarare l'esistenza di altre polizze per gli stessi rischi fermo restando che la polizza è operante indipendentemente dall'esistenza di altre.

Art. 3 - ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ PREESISTENTI

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'Articolo 22 "Criteri di indennizzo".

Art. 4 ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle Persone assicurate. Per l'identificazione di tali Persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

Art. 5 LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza ai CCNL vigenti e/o ad altre obbligazioni esistenti al riguardo, la presente polizza viene stipulata a favore degli Assicurati dalla Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa.

Per effetto di quanto precede la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

Art. 6 DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PROROGA - DISDETTA

La presente polizza ha durata di anni **3** dalle ore 24.00 del **31/12/2011** con scadenza alle ore 24.00 del **31/12/2014**; a tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

Alla data del **31/12/2014** ed entro tale termine, è facoltà del Contraente richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino a un periodo massimo 90 (novanta) giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il pagamento del rateo di premio verrà corrisposto entro 30 (trenta) giorni dall'inizio della proroga.

Sebbene il presente contratto sia stipulato per la durata di anni 3, è comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione al 31.12 di ogni anno, mediante disdetta da inviare tramite raccomandata A/R, spedita almeno 120 (centoventi) giorni prima della scadenza annuale.

Alla scadenza finale il contratto si intende automaticamente risolto, senza obbligo di comunicazione fra le parti.

Art. 7 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, sempre che il pagamento della prima rata di premio avvenga, in deroga all'Art. 1901 c.c., entro 90 (novanta) giorni dalla sopra citata data. In caso di pagamento del premio successivamente al novantesimo giorno, l'effetto dell'Assicurazione decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Le rate di premio successive devono essere pagate entro le ore 24.00 del novantesimo giorno dopo quello della scadenza. Se la Contraente non paga entro tali termini, l'Assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

La Società conviene che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato al Broker il premio dovuto, quella dell'Ordinativo di pagamento che conferisce tale ordine al Cassiere/Tesoriere del Contraente a condizione che, gli estremi dell'Ordinativo medesimo, vengano comunicati per iscritto alla Società, per il tramite del Broker, a mezzo raccomandata, telex o posta certificata.

Art. 8 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione da parte della Contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società. La Società conviene anche per questi casi che è considerata a tutti gli effetti come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato al Broker il premio dovuto, quella dell'Ordinativo di pagamento che conferisce tale ordine al Cassiere/Tesoriere del Contraente a condizione che, gli estremi dell'Ordinativo medesimo, vengano comunicati per iscritto alla Società, per il tramite del Broker, a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail.

Art. 9 CALCOLO DEL PREMIO – REGOLAZIONI DEL PREMIO

Per i premi che sono quantificati in base ad elementi di rischio variabili, come indicato alle singole Categorie assicurate, il Contraente è tenuto, entro 120 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, a comunicare alla Società delegataria i dati consuntivi, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

La regolazione avverrà sulla base degli aumenti o delle diminuzioni dei dati utilizzati per la costituzione del premio anticipato con la precisazione che in caso di abbuono non potranno essere rimborsate le imposte governative.

Resta altresì convenuto tra le Parti che per quanto attiene le variazioni intercorse relativamente al numero di Veicoli di Proprietà dell'Azienda e del numero di Assicurati, di cui rispettivamente alla Categoria D) ed alla Categoria E), il Contraente e la Società saranno tenuti a corrispondere o a rifondere, rispettivamente, il 50% del premio annuo ad essi relativo.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate rispettivamente dal Contraente entro 90 giorni dalla data di ricevimento, da parte del Contraente stesso, del documento di regolazione correttamente emesso o dalla Società, entro 30 giorni dalla data di emissione del documento di regolazione.

Si considera come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato l'ammontare del premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine Cassiere/Tesoriere del Contraente a condizione che gli estremi dell'ordinativo di pagamento vengano comunicati per iscritto al Broker a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine di 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate future viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

Art. 10 TRACCIABILITÀ DEI PAGAMENTI

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 3 Legge 13.08.2010 n. 136 e s.m.i., la Società assicuratrice aggiudicataria della polizza si assume l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari. L'inadempimento da parte dell'aggiudicataria costituisce causa di risoluzione della polizza.

La risoluzione del contratto non andrà a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla dichiarazione di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

La prassi dei pagamenti nel mercato assicurativo fra le imprese di assicurazione, i Broker e le Pubbliche Amministrazioni loro clienti, consente al Broker di incassare i premi per il tramite di un conto corrente separato di cui all'art. 117 D.lgs 07.09.2005, n. 209 (Codice delle Assicurazioni); detto conto corrente viene identificato quale conto "dedicato", senza che sia necessario chiedere l'accensione di un altro conto dedicato in via esclusiva per i pagamenti effettuati dalle stazioni appaltanti e, in via generale, dalle Pubbliche Amministrazioni.

Art. 11 GESTIONE DELLA POLIZZA

L'Assicurato/Contraente, con la sottoscrizione della presente polizza, conferisce mandato alla società di brokeraggio, indicata all'atto della sottoscrizione del contratto, di rappresentarlo ai fini della presente polizza, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e s.m.i.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e riconoscono che tale atto è liberatorio per l'Assicurato/Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico e dichiara che tale compenso mai costituirà pertanto un aumento dei premi per l'Ente/Contraente. Il Broker tratterà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura dell'12% (dodici per cento) sul premio imponibile.

Art. 12 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 13 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Qualora nel corso dell'assicurazione si verificano variazioni di rischio il Contraente o l'Assicurato deve darne immediata comunicazione alla Società.

Se la variazione implica un aggravamento del rischio tale che la Società non possa consentire l'assicurazione, essa ha diritto di recedere dall'assicurazione, in conformità dell'articolo 1898 del Codice Civile con preavviso di 120 (centoventi) giorni.

Se la variazione implica diminuzione delle somme assicurate per qualsiasi motivo (esclusa l'assicurazione presso altri Assicuratori), diminuzione di rischio o cessazione di rischio o dell'attività, la riduzione del premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'erario) entro 30 giorni dalla comunicazione.

Il premio sarà inoltre ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione.

Art. 14 COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora risulti dalla polizza che l'assicurazione è divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro la Società Delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società Coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società Delegataria, concorreranno nel pagamento dell'indennizzo calcolato a termini delle condizioni tutte in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Con la firma della Polizza le Coassicuratrici danno mandato alla Società Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto a condizione che il Broker abbia preventivamente pattuito le modifiche stesse anche con le Coassicuratrici come con la Delegataria.
Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Coassicuratrici.

Art. 15 LIMITI TERRITORIALI

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 16 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi ai vari contratti di assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 17 FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la Parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del regolamento di conciliazione da questo adottato.

Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono. In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede il Contraente oppure, in alternativa, l'Assicurato.

Art. 18 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 19 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del DLgs 196/03 le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 20 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 21 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle generalità del danneggiato, del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di Certificato Medico, nonché con l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, deve essere inoltrata alla Società, per il tramite del Broker, entro 30 (trenta) giorni da quando l'Ufficio competente dell'Assicurato/Contraente ne sia venuto a conoscenza.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sia sopravvenuta durante il periodo di cura, di essa deve essere dato avviso alla Società il più presto possibile.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire la visita di Medici, nominati dalla Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari a tal fine sciogliendo dal segreto professionale verso la Società stessa, i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e/o coloro che hanno svolto tali indagini ed accertamenti.

Se il Contraente o l'Assicurato o i suoi familiari o aventi diritto, intenzionalmente non adempiano all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità.

Se a tali obblighi colposamente non adempiono l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 22 CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 23 CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o in difetto agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte ove questa sia superiore e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 24 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni.

Art. 25 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

Art. 26 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o la Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 (centoventi) giorni.

Nei casi di anticipato recesso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso stesso, rimborsa la parte di premio al netto dell'imposta governativa relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dalla Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

Art. 27 CONTROVERSIE SULLA NATURA E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente le parti si obbligano a conferire mandato con scrittura privata ad un Collegio di tre medici per decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di Legge.

La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto entro 30 giorni da quello in cui e' stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato dopodiché, la Società comunica all'Assicurato entro 30 giorni il nome del medico che a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai due primi; in caso di disaccordo viene designato dal Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.

Nominato il terzo medico la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio medico risiede nel luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro due anni.

La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 28 REPORT SINISTRI

La Società si obbliga a fornire alla Contraente, alle scadenze del 30/06 e 31/12 di ogni anno, il dettaglio dei sinistri con le seguenti informazioni:

- elencazione dei sinistri denunciati;
- sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso;
- sinistri liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- sinistri senza seguito.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro, di tipologia dell'evento, di indicazione del nominativo dell'Assicurato coinvolto nel sinistro, di data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire alla Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

GARANZIE PRESTATE

Art. 29 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati nei termini e limiti indicati alle singole Categorie.

La garanzia è altresì operante per il "rischio in itinere" e cioè per gli infortuni che si verificano a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro o qualsiasi altro luogo, ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria attività, mansione o incarico per conto della Contraente.

Premesso che è compreso in garanzia, sempre che non esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di "infortunio", sono altresì considerati "infortuni":

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- b) le conseguenze delle folgorazioni;
- c) le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- d) il contatto con acidi e corrosivi;
- e) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
- f) l'asfissia;
- g) l'annegamento;
- h) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- i) le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- j) le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
- k) le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi, nonché in stato di malore od incoscienza;
- l) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

L'assicurazione vale altresì:

- m) per infortuni derivanti dalla partecipazione in squadre antincendio;
- n) per infortuni derivanti dalla partecipazione ad associazioni di volontariato e Protezione Civile;
- o) per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, a condizione che l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei;
- p) per gli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dal verificarsi degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 30 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
- a) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- b) gli infortuni che siano la conseguenza di infezioni da armi batteriologiche;
- c) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d) dalle conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra. Per atto terroristico s'intende un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.

Art. 31 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, rimborsa le spese mediche necessarie e sostenute in Istituti di Cura non accreditati dal Servizio

Sanitario Nazionale nonché l'eccedenza delle spese mediche non riconosciute, in tutto o in parte, dal Servizio Sanitario Nazionale stesso fino alla concorrenza dell'importo indicato alla rispettiva voce.

La garanzia è operante per:

- a) le spese di ricovero;
- b) gli onorari a medici e chirurghi;
- c) le spese di laboratorio ed altri accertamenti diagnostici;
- d) le spese di trasporto su ambulanze e/o mezzi di soccorso;
- e) le spese per la prima protesi, escluse quelle dentarie, salvo quelle necessarie per ripristinare la funzione masticatoria compromessa dall'infortunio.

Rimangono escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente, nonché le cure fisioterapiche e le spese per l'acquisto dei farmaci.

Art. 32 ANTICIPO INDENNIZZO

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata una invalidità permanente di grado superiore al 20% e a condizione che non sorgano dubbi sulla sua indenizzabilità, la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indenizzabile con il massimo di Euro 200.000,00.

Art. 33 MANCINISMO

Qualora l'Assicurato fosse mancino, saranno invertite le percentuali spettantigli per il caso di Invalidità Permanente.

Art. 34 RIENTRO SANITARIO

Qualora le condizioni dell'Assicurato a seguito di infortunio rendano necessario il Suo trasporto per il rientro in ospedale in Italia presso una struttura sanitaria o alla sua residenza, la Società rimborserà le spese sostenute per il rientro col mezzo ritenuto più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea di classe economica eventualmente in barella, treno di prima classe e, occorrendo, il vagone letto).

La garanzia è prestata sino alla concorrenza della somma di Euro 2.500,00.

Art. 35 RIMPATRIO SALMA

L'assicurazione comprende per ogni infortunio indenizzabile a termini di polizza avvenuto all'estero che provochi il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al luogo della sepoltura in Italia. La garanzia è prestata sino alla concorrenza della somma di Euro 1.500,00.

Art. 36 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa (con esclusione per le partite la cui garanzia è limitata alla guida di veicoli) agli infortuni che l'Assicurato subisce durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti tranne che da :

- società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- aeroclubs.

Il viaggio si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile od elicottero e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di altre assicurazioni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, individuali e cumulative non può superare i capitali di :

a) per persona :

- Euro 1.032.913,79 per il caso morte
- Euro 1.032.913,79 per il caso invalidità permanente totale
- Euro 258,22 al giorno per inabilità temporanea

b) complessivamente per aeromobile:

- Euro 5.164.569,00 per il caso morte
- Euro. 5.164.569,00 per il caso invalidità permanente totale
- Euro 5.165,00 al giorno per inabilità temporanea

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche le somme riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni cumulative stipulate con la Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro sono adeguate in riduzione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 37 MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso morte.

La liquidazione avverrà trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 C.C. Resta inteso che se successivamente alla liquidazione dell'indennità l'Assicurato risultasse vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 38 RISCHIO GUERRA

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia guerra dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero. La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

Art. 39 ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso morte ed invalidità permanente anche nel caso in cui non siano la conseguenza diretta dell'evento ma della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (ad es.: perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesione organiche permanenti.

Art. 40 ERNIE E SFORZI

L'assicurazione è estesa alle ernie determinate da causa violenta nonché alle lesioni muscolari da sforzo, con l'intesa che:

- a) nel caso di ernia operata o operabile, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente;
- b) nel caso di ernia non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci) della somma assicurata caso di invalidità permanente.

Nel caso insorga una contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'articolo 27.

Art. 41 DANNI ESTETICI

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso non risulti altrimenti indennizzabile ai termini della presente polizza, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino alla concorrenza di Euro 2.600,00 per evento.

Art. 42 MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione viene estesa ai sensi del D.P.R. 27.03.196 n. 130 alle malattie professionali intendendosi per tali sia quelle previste dal DPR 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i., sia le malattie contratte nell'esercizio ed a causa delle mansioni attinenti all'attività del Contraente incluse quelle contratte dal personale che, ai termini del D.Lgs. 17/03/1995 n. 230 e s.m.i., è esposto ai rischi derivanti da radiazioni, contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente e che si manifestino nel corso di validità della presente polizza o, entro un anno dalla cessazione della stessa e riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale. Qualora la percentuale di riduzione fosse superiore al 10% l'indennizzo verrà corrisposto integralmente.

Art. 43 RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o in caso di morte i beneficiari designati, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese sostenute dal Contraente

Art. 44 LIMITE DI ETÀ E PERSONE NON ASSICURABILI

L'Assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 75 anni e cessa dalla prima scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.

L'Assicurazione non vale inoltre per le persone affette da sindromi organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, tossicodipendenze, alcoolismo e di conseguenza l'assicurazione cessa col manifestarsi di tali affezioni.

Art. 45 CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO CAUSATO DA INFORTUNIO E/O MALATTIA PROFESSIONALE

Nel caso di invalidità permanente cagionata da infortunio e/o da malattia professionale che determini la cessazione del rapporto di lavoro dell'Assicurato dalla Contraente, la Società corrisponderà un indennizzo in misura pari al 100% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Art. 46 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari designati; in difetto di designazione la Società liquida la detta somma agli eredi.

È considerata morte anche lo stato dichiarato il "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Art. 47 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla base delle percentuali di Invalidità Permanente previste nell'allegato 1 del D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla stessa tabella INAIL .

Qualora l'invalidità definita con i criteri di cui sopra sia di grado uguale o maggiore al 60% verrà liquidato l'intero massimale previsto dalla presente polizza .

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione esercitata dall'Assicurato.

Art. 48 INABILITÀ TEMPORANEA (ove prevista)

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida l'indennità assicurata integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle occupazioni medesime.

L'indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni per evento, a decorrere dalle ore 24,00 del giorno dell'infortunio fino alle ore 24.00 dell'ultimo giorno di inabilità, salvo quanto previsto alle specifiche partite di polizza.

L'indennità, al di fuori dell'Unione Europea è liquidabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero, tale limitazione cessa dalle ore 24.00 del giorno di rientro nel territorio dell'Unione Europea.

Art. 49 CALAMITÀ NATURALI

La garanzia comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, frane e valanghe, con l'intesa che l'esborso massimo della Società non potrà superare l'importo di Euro 15.500.000,00 per sinistro, qualunque sia il numero delle persone infortunate. Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 50 CATEGORIE ASSICURATE

Descrizione del rischio:

La garanzia è prestata per gli infortuni, delle persone assicurate indicate nelle schede che seguono subiti nell'espletamento delle mansioni loro affidate, dai quali derivi la morte, l'invalidità permanente o, limitatamente alle categorie per le quali è prevista l'inabilità temporanea o il rimborso delle spese di cura.

Categoria A : MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, ALL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE ED ALLA MEDICINA DEI SERVIZI

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale, ivi compresi gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede di servizio e del conseguente rientro, nonché in occasione dello svolgimento di attività istituzionale extramoenia.

Sono compresi i danni subiti in occasione dell'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale. Sono compresi gli infortuni occorsi nella salita e nella discesa dal veicolo, nonché durante i guasti e le riparazioni di emergenza dello stesso.

Sono inoltre compresi gli infortuni subiti per raggiungere o rientrare delle Sedi dei Comitati e/o e delle Commissioni.

INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di presentare preventiva comunicazione delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione delle persone assicurate si farà, riferimento alla documentazione dei competenti uffici che l'Ente si impegna a far pervenire alla Società in caso di richiesta.

SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE

Per ciascun Assicurato, i capitali garantiti sono i seguenti:

- Euro 774.685,35 morte
- Euro 774.685,35 invalidità permanente
- Euro 51,65 inabilità temporanea

Franchigie : nessuna

Inabilità temporanea: da corrispondersi per un periodo massimo di 300 giorni.

CALCOLO DEL PREMIO LORDO

Per la presente sezione, il premio annuo è calcolato sulla base al numero delle ore annuali dei medici assicurati.

A fine annualità, in base a quanto previsto in merito alla regolazione premio, il Contraente comunicherà il dato consuntivo.

▪ numero di ore annuali (comprese festive e prefestive) preventivate	n° 100.000
▪ premio lordo unitario per singola ora	Euro
▪ premio lordo anticipato complessivo	Euro

Categoria B : MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale, ivi compresi gli infortuni eventualmente subiti dagli specialisti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio sempre che il servizio sia prestato in un Comune diverso da quello della residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività extra-moenia ovvero di attività al di fuori della Sede abituale di lavoro quale risulta dalla lettera d'incarico.

INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di presentare preventiva comunicazione delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione delle persone assicurate si farà, riferimento alla documentazione dei competenti uffici che l'Ente si impegna a far pervenire alla Società in caso di richiesta.

SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE

Per ciascun Assicurato, i capitali garantiti sono i seguenti:

- Euro 1.032.913,80 morte
- Euro 1.032.913,80 invalidità permanente
- Euro 154,94 inabilità temporanea

Franchigie : nessuna

Inabilità temporanea: da corrispondersi per un periodo massimo di 300 giorni.

La relativa indennità decorrerà dal 1° giorno del mese successivo all'inizio della stessa e sarà ridotta del 50% per i primi 3 (tre) mesi.

CALCOLO DEL PREMIO LORDO

Per la presente sezione, il premio annuo è calcolato sulla base al numero delle ore annuali dei medici assicurati; a fine annualità, in base a quanto previsto in merito alla regolazione premio, la contraente comunicherà il dato consuntivo.

▪ numero di ore annuali preventivate	n° 120.000
▪ premio lordo unitario per singola ora	Euro
▪ premio lordo anticipato complessivo	Euro

Categoria C : PSICOLOGI, BIOLOGI E CHIMICI AMBULATORIALI

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale, ivi compresi gli infortuni eventualmente subiti in occasione del raggiungimento dell'ambulatorio, sempre che agli stessi competa il "rimborso delle spese di accesso" regolamentato dal predetto accordo.

INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di presentare preventiva comunicazione delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione delle persone assicurate si farà, riferimento alla documentazione dei competenti uffici che l'Ente si impegna a far pervenire alla Società in caso di richiesta.

SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE

Per ciascun Assicurato, i capitali garantiti sono i seguenti:

- Euro 774.685,35 morte
- Euro 774.685,35 invalidità permanente
- Euro 77,47 inabilità temporanea

Franchigie : nessuna

Inabilità temporanea: da corrispondersi per un periodo massimo di 300 giorni.

CALCOLO DEL PREMIO LORDO

Per la presente sezione, il premio annuo è calcolato sulla base al numero delle ore annuali dei medici assicurati; a fine annualità, in base a quanto previsto in merito alla regolazione premio, il Contraente comunicherà il dato consuntivo.

▪ numero di ore annuali preventivate	n° 5
▪ premio lordo unitario per singola ora	Euro
▪ premio lordo anticipato complessivo	Euro

Categoria D : DIPENDENTI IN TRASFERTA E/O ADEMPIMENTO DI SERVIZIO
--

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

La garanzia è riferita al personale dipendente, o a figure ad esso equiparato, che si rechi, anche in convenzione, a svolgere mansioni all'esterno dell'ufficio per adempimenti di servizio, alla guida o trasportati su mezzi di trasporto anche di proprietà della Contraente, nei termini e nei limiti previsti, ove esistenti, nella fattispecie dalle leggi in vigore. Sono compresi gli infortuni occorsi nella salita e nella discesa dal veicolo, nonché durante i guasti e le riparazioni di emergenza dello stesso.

SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE

Per ciascun Assicurato, i capitali garantiti sono i seguenti:

- Euro 150.000,00 morte
- Euro 150.000,00 invalidità permanente

Franchigie : nessuna

CALCOLO DEL PREMIO LORDO

A Per trasferte e/o adempimenti di servizio effettuati con veicoli di proprietà del Contraente	
▪ numero di veicoli di proprietà dell'Azienda preventivati	n° 35
▪ premio lordo per ogni veicolo	Euro
▪ premio lordo anticipato	Euro

B Per trasferte e/o adempimenti di servizio effettuati con veicoli non di proprietà del Contraente	
▪ numero di chilometri preventivati	n° 650.000
▪ premio lordo per chilometro	Euro
▪ premio lordo anticipato	Euro

▪ premio lordo anticipato complessivo A + B	Euro
--	------------

Categoria E : VOLONTARI

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

La garanzia è riferita agli infortuni occorsi agli Assicurati durante lo svolgimento delle specifiche mansioni assegnate dalla Contraente. Sono compresi anche gli infortuni occorsi agli Assicurati mentre, sempre nello svolgimento delle specifiche mansioni, si trovino alla guida di mezzi di trasporto, anche di proprietà della Contraente stessa, o a bordo degli stessi come trasportati. Sono compresi gli infortuni occorsi nella salita e nella discesa dal veicolo, nonché durante i guasti e le riparazioni di emergenza dello stesso.

INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di presentare preventiva comunicazione delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione delle persone assicurate si farà, riferimento alla documentazione dei competenti uffici che l'Ente si impegna a far pervenire alla Società in caso di richiesta.

SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE

Per ciascun Assicurato, i capitali garantiti sono i seguenti:

- Euro 309.874,14 morte
- Euro 309.874,14 invalidità permanente
- Euro 5.000,00 rimborso spese di cura

Franchigie : rimborso spese di cura Euro 50,00 per evento

CALCOLO DEL PREMIO LORDO

Per la presente sezione, il premio annuo è calcolato sulla base al numero delle persone assicurate.

A fine annualità, in base a quanto previsto in merito alla regolazione premio, il Contraente comunicherà il dato consuntivo.

▪ numero assicurati preventivati	n° 10
▪ premio lordo per persona	Euro
▪ premio lordo anticipato complessivo	Euro

Categoria F : DONATORI DI SANGUE

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

La garanzia è riferita agli infortuni subiti durante lo svolgimento dell'attività correlata, dipendente e riguardante la qualità di "donatore di sangue" di tutti gli iscritti alla relativa Associazione di Volontariato od occasionali.

Sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tempo necessario a percorrere l'itinerario per via ordinaria dalla propria abitazione al luogo di donazione e viceversa, o luogo di lavoro. La garanzia è operante per le donazioni effettuate nell'ambito di tutte le strutture del Contraente.

Sono compresi in garanzia tutti gli eventi anche non esterni che siano conseguenti o dipendenti dal prelievo e/o dalla donazione di sangue (a titolo esemplificativo e non limitativo: collasso cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, paraflebiti, infezioni in genere) che si verifichino entro 90 (novanta) giorni da quello del prelievo e/o dalla donazione e dai quali derivino la morte, l'invalidità permanente o temporanea.

INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di presentare preventiva comunicazione delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione delle persone assicurate si farà riferimento alla documentazione dei competenti uffici che l'Ente si impegna a far pervenire alla Società in caso di richiesta.

SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE

Per ciascun Assicurato, i capitali garantiti sono i seguenti:

- Euro 309.874,14 morte
- Euro 309.874,14 invalidità permanente
- Euro 51,64 inabilità temporanea
- Euro 5.000,00 rimborso spese di cura

Franchigie : rimborso spese di cura Euro 50,00 per evento

Inabilità temporanea: da corrispondersi per un periodo massimo di 300 giorni.

CALCOLO DEL PREMIO LORDO

Per la presente sezione, il premio annuo è calcolato sulla base al numero delle donazioni effettuate.

A fine annualità, in base a quanto previsto in merito alla regolazione premio, il Contraente comunicherà il dato consuntivo.

▪ numero delle donazioni preventivate	n° 4.000
▪ premio lordo per ogni donazione	Euro
▪ premio lordo anticipato complessivo	Euro

Categoria G : SPECIALIZZANDI IN MEDICINA E CHIRURGIA

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

La garanzia è prestata per gli infortuni, subiti dagli Assicurati nell'espletamento dell'attività universitarie quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo, tutte le attività tipiche connesse con lo svolgimento degli studi (DL 257/91 e succ. modificazioni), dai quali derivi la morte, l'invalidità permanente o il diritto alla inabilità temporanea.

La garanzia opera per gli infortuni che si verifichino a causa e/o in occasione:

- delle attività prestate, per conto dell'Azienda Contraente, anche se svolte all'esterno del proprio ufficio e/o dell'orario ambulatoriale o di servizio predeterminato;
- di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi, da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro o qualsiasi altro luogo, ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione, o incarico, per conto dell'Azienda Contraente e/o dell'Associazione.

INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di presentare preventiva comunicazione delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione delle persone assicurate si farà riferimento alla documentazione dei competenti uffici che l'Ente si impegna a far pervenire alla Società in caso di richiesta.

SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE

Per ciascun Assicurato, i capitali garantiti sono i seguenti:

- Euro 1.032.913,80 morte
- Euro 1.032.913,80 invalidità permanente
- Euro 154,94 inabilità temporanea

Franchigie : nessuna

Inabilità temporanea: da corrisponderci per un periodo massimo di 300 giorni.

La relativa indennità decorrerà dal 1° giorno del mese successivo all'inizio della stessa e sarà ridotta del 50% per i primi 3 (tre) mesi.

CALCOLO DEL PREMIO LORDO

Per la presente sezione, il premio annuo è calcolato sulla base al numero delle persone assicurate; a fine annualità, in base a quanto previsto in merito alla regolazione premio, la contraente comunicherà il dato consuntivo.

▪ numero dei soggetti assicurati preventivato	n° 1
▪ premio lordo per ogni assicurato	Euro
▪ premio lordo anticipato complessivo	Euro

RIEPILOGO DELLE CATEGORIE ASSICURATE E PREMIO LORDO COMPLESSIVO

▪ Categoria A	MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, ALL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE ED ALLA MEDICINA DEI SERVIZI	Euro
▪ Categoria B	MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	Euro
▪ Categoria C	PSICOLOGI, BIOLOGI E CHIMICI AMBULATORIALI	Euro
▪ Categoria D	DIPENDENTI IN TRASFERTA E/O ADEMPIMENTO DI SERVIZIO	Euro
▪ Categoria E	VOLONTARI	Euro
▪ Categoria F	DONATORI DI SANGUE	Euro
▪ Categoria G	SPECIALIZZANDI IN MEDICINA E CHIRURGIA	Euro
	Totale premio lordo annuo	Euro

LA SOCIETA'

IL
CONTRAENTE

Data

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il Contraente sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti:

- Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 6 Durata dell'assicurazione – proroga – disdetta
- Art. 9 Calcolo del premio – regolazione del premio
- Art. 11 Gestione della polizza
- Art. 18 Rinvio alle norme di legge
- Art. 21 Obblighi in caso di sinistro
- Art. 26 Recesso in caso di sinistro

L'Assicurato dichiara inoltre di aver preso visione e sottoscritto la nota informativa ai sensi dell'art. 123 del D.lgs. 17/03/1995 nr. 175 e l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30/06/2003 nr. 196. Il Sottoscritto dichiara espressamente di avere preso atto, di ricevere e di avere sottoscritto contestualmente al presente contratto anche tutto quanto previsto dagli artt. 49, 50, 51, 52, 53, 55 del Regolamento ISVAP n° 5/2006.

IL
CONTRAENTE