

LOTTO N. 3

CAPITOLATO DI POLIZZA

INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO
	Via Vinicio Cortese, 25
	88100 Catanzaro
	C.f. 02865540799

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del	
Alle ore 24.00 del	

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI

Definizioni

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art.2	Decorrenza dell'Assicurazione – pagamento del premio
Art.3	Durata del contratto
Art.4	Regolazione del premio
Art.5	Modifiche dell'assicurazione
Art.6	Forma delle comunicazioni del e modifiche dell'assicurazione
Art.7	Oneri fiscali
Art.8	Foro competente
Art.9	Interpretazione del contratto
Art.10	Coassicurazione e delega
Art.11	Clausola broker
Art. 12	Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa
Art. 13	Clausola di raccordo
Art. 14	Rinvio alle norme di Legge

SEZIONE 3 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.15	Oggetto dell'Assicurazione
Art.16	Esclusioni
Art.17	Estensioni di garanzia
Art.18	Limiti territoriali e di risarcimento
Art.19	Limiti di età
Art.20	Persone non assicurabili
Art. 21	Esonero denuncia generalità degli assicurati
Art. 22	Altre assicurazioni
Art. 23	Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi
Art. 24	Criteri di indennizzo
Art. 25	Morte
Art. 26	Invaldità Permanente
Art. 27	Cumulo di indennità
Art. 28	Controversie e collegio arbitrale
Art. 29	Rinuncia alla rivalsa
Art. 30	Recesso in caso di sinistro
Art. 31	Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

SEZIONE 4 CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art.32	Identificazione degli assicurati
Art.33	Calcolo del premio
Art.34	Disposizione finale

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per SOCIETA'	;
per ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione;
per CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	il documento che prova l'assicurazione;
per CONTRAENTE	l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, che stipula l'assicurazione;
per ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
per PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
per RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro;
per INDENNITA'	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

SEZIONE 1 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Art. 2 - Decorrenza dell'assicurazione – pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. l'Ente Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza fermo restando l'effetto della copertura assicurativa.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello delle scadenze annuali o intermedie e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

Il pagamento dei premi alla Società verrà effettuato per il tramite del Broker, fatta salva la possibilità del pagamento diretto da parte Contraente previa specifica richiesta.

Art. 3 - Durata del contratto

Il presente contratto ha validità dalle ore 24,00 del [] alle ore 24,00 del [] (con frazionamento annuale) e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Il contratto potrà essere disdetto dalle Parti, alla scadenza del [], a mezzo lettera raccomandata A.R. inviata almeno 90 giorni prima.

Si conviene inoltre che, in caso di rescissione del contratto al termine delle annualità intermedie, o alla sua scadenza o in caso di rescissione per sinistro, al Contraente spetterà la facoltà di chiedere una proroga per un periodo massimo di 180 giorni, al fine di consentire il regolare espletamento di una nuova gara; in tal caso è facoltà della Società prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, previo pagamento del premio dovuto in pro-rata temporis.

Art. 4 - Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria, sulla base di un preventivo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo e cioè il numero degli assicurati (o altro dato) per ognuna delle categorie previste in polizza.

L'eventuale differenza attiva risultante dalla regolazione, deve essere pagata nei sessanta giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se l'Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 5 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. 6 - Forma delle comunicazioni del e modifiche dell'assicurazione

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata anche a mano od altro mezzo (telefax e simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. 7 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 8 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 9 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 10 - Coassicurazione e delega (opzionale)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Aon S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla Aon S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento, se avvenuto per il tramite del broker, verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella di riparto.

Art. 11 - Clausola Broker

L'Ente Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza all' Società Aon S.p.A., in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs 209/2005 e s.m.i.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente 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 stesso.

Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per la Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker e' a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 5% (cinque per cento) sul premio imponibile.

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il suddetto servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso di validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo poliennale residuo.

Parimenti il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la compagnia di assicurazione od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

Art. 12 – Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa

- La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i.;
- Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede il Contraente.
- Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla Società e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

- Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, qualora, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dalla Società sia rilevato il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c..

La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola presente risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto

Art. 13 – Clausola di raccordo

Non operante

Art. 14 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 15 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali) compreso il rischio in itinere.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.

Art. 16 - Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'art. 16 - Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.
- g) i rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (NUCLEAR ENERGY RISKS EXCLUSION CLAUSE NMA 1975° 1994);
- h) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;

Art. 17 - Estensioni di garanzia

Rischio Guerra

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Morte Presunta

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

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

Danni Estetici

In caso di infortunio non escluso dal presente contratto, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 5.200,00 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Infortuni aeronautici

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.033.000,00 per il caso di morte, € 1.033.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e € 258,23 giornalieri per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di € 5.200.000,00 per il caso morte, € 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.200,00 giornalieri per il caso di inabilità temporanea assoluta.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 18 - Limiti territoriali e di risarcimento

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 8.000.000,00

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 19 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settantacinque anni.

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 20 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

Art. 21 - 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. 22 - Altre assicurazioni

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Art. 23 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di trenta giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 24 - 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, fermo quando stabilito dall'art. 27.

Art. 25 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art.60 comma 3 del Codice Civile (vedi precedente art. 15 di polizza).

Art. 26 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 28.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Art. 27 - Cumulo di indennità

L'indennità per invalidità permanente è cumulabile con quella per morte. 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. 28 - Controversie e collegio arbitrale

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso il Contraente al quale è assegnato il contratto di assicurazione. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

Art. 29 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (V. art. 1916 C.C.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

Art. 30 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

Art. 31 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società, con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso e completo dei dati identificativi del danneggiato e del numero di repertorio assegnato:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato e data liquidazione);
- d) sinistri respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

E' fatto inoltre obbligo alla Società entro 180 giorni dalla ricezione di ogni denuncia segnalare l'esistenza di eventuali scoperture assicurative in quanto in assenza di tale dichiarazione il sinistro sarà considerato in garanzia ed assoggettato alle ordinarie procedure di liquidazione.

SEZIONE 3 - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 32 - Identificazione degli assicurati

Sono assicurati gli appartenenti alle seguenti categorie per i capitali e le garanzie di seguito indicati:

Cat. A) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

Rischi assicurati: come da Accordo Collettivo Nazionale del 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78 e dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.033.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00
Caso Inabilità Temporanea	€ 155,00/die (ridotta al 50% per i primi 3 mesi) per un massimo di 300 giorni

Cat. B) MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI E FISCALI

Rischi assicurati: come da DPR 484 del 22/07/1996 - Accordo collettivo nazionale 23 Marzo 2005 infortuni professionali.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 775.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000,00
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00/die per un massimo di 300 giorni

Cat. C) MEDICI CHE ESPLICANO IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Rischi Assicurati: come da DPR270 del 28/07/2000 - Accordo collettivo nazionale 23 Marzo 2005.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 775.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000,00
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00/die per un massimo di 300 giorni

Cat. D) BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI

Rischi assicurati: come da Accordo collettivo nazionale del 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art.8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.033.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00
Caso Inabilità Temporanea	€ 155,00/die (ridotta al 50% per i primi 3 mesi) per un massimo di 300 giorni

Cat. E) MEDICI VETERINARI AMBULATORIALI

Rischi assicurati: come da Accordo collettivo nazionale del 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art.8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.033.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 155,00/die (ridotta al 50% per i primi 3 mesi) per un massimo di 300 giorni

Cat. F) MEDICI ADDETTI AI SERVIZI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118

Rischi assicurati: come da Accordo collettivo nazionale del 23 marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs.n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni:

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 775.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000,00
Caso Inabilità Temporanea	€ 78,00/die

Cat. G) DONATORI DI SANGUE, DONATORI DI PIASTRINE, DI PLASMOFERESI E DI CELLULE STAMINALI

Rischi assicurati: Infortuni avvenuti durante la donazione sia durante le visite di controllo negli ambulatori, inclusi il rischio in itinere e le conseguenze derivanti dalla donazione, compresa la plasmafelisi del sangue e le conseguenze derivanti dalle operazioni di citoafelisi e leucoafelisi. Inoltre è garantito il rimborso delle spese mediche sostenute in Istituti di cura non accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale, fino a concorrenza del massimale assicurato ed in eccedenza alle spese non riconosciute, in tutto o in parte, dal Servizio Sanitario Nazionale, per:

- onorari dei medici, chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami di laboratorio ed altri accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'assicurato.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 300.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00/die
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 2.600,00

Cat. H) DIPENDENTI IN MISSIONE

Rischi assicurati: come da DPR 384 del 28/11/1990 e successivi CCNL comparto stipulato il 07.04.1999 – art. 25 e CCNL Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica ed Amministrativa stipulato il 08.06.2000 – art. 24: Infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di conducente di veicoli, per incidenti di circolazione dal momento in cui sale a bordo del veicolo a quello in cui ne discende; l'assicurazione vale anche mentre egli, in caso di fermata accidentale, si trova a terra per eseguire le operazioni necessarie a consentire al veicolo di riprendere la marcia.

Sono assicurati nella presente categoria:

1. i dipendenti autorizzati dalla Contraente a servirsi in occasione di missioni e per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio di veicoli propri o di altro familiare convivente, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio; per la identificazione degli Assicurati e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti della Contraente attestanti:

- I. data e luogo della missione e/o servizio;
- II. generalità dell'assicurato autorizzato alla missione/servizio;
- III. numero dei chilometri percorsi limitatamente alla missione - adempimento di servizio effettuati con utilizzo di veicoli privati (esclusi quelli della Contraente);
- IV. dichiarazione redatta dalla Contraente, e da presentare alla Società in caso di sinistro,
attestante che il conducente era in missione/servizio con il proprio veicolo per conto e su autorizzazione della stessa Contraente

2. i conducenti dei veicoli in proprietà o in locazione, uso, comodato alla Contraente.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00

Cat. I) DIRETTORE GENERALE, SANITARIO, AMMINISTRATIVO, COMMISSARIO

Rischi Assicurati: infortuni subiti dalle figure apicali della Contraente a causa ed in occasione dell'attività svolta per conto della stessa, compreso il rischio in itinere. Per l'individuazione degli assicurati faranno fede i registri dell'Ente.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 1.000.000,00
Caso Inabilità Temporanea	€ 250,00/die
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 5.000,00

Cat. L) VOLONTARI

Rischi Assicurati: la garanzia è riferita agli infortuni subiti dai volontari durante l'attività di volontariato presso tutte strutture della Contraente.

Per la loro identificazione si farà riferimento all'apposito registro tenuto dall'associazione di Volontariato nel rispetto di quanto previsto dalla Legge Quadro n. 266 dell'11.08.1991 e relativo DM del 14.02.1992.

Tra le attività di volontariato rientrano, tra gli altri, anche i seguenti servizi:

- accompagnamento in auto al domicilio di pazienti dimessi dalle strutture della Contraente;
- accompagnamento di pazienti dal loro domicilio alle strutture della Contraente per terapie ambulatoriali;
- accompagnamento di pazienti dimessi presso istituti di riabilitazione in genere fuori dalle strutture della Contraente.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali la Contraente è tenuta ad esibire in qualsiasi momento l'elenco dei volontari che hanno accesso alle strutture tutte della Contraente.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00

Cat. M) PERSONALE INFERMIERISTICO CHE EFFETTUA ASSISTENZA DOMICILIARE

Rischi Assicurati: la garanzia è riferita agli infortuni subiti da personale infermieristico anche non dipendente che effettua in forza di specifiche convenzioni con la Contraente, servizio di assistenza domiciliare presso pazienti con gravissime patologie. La garanzia viene estesa anche al rischio in itinere.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00

Cat. N) PERSONE CHE SVOLGONO LAVORI SOCIALMENTE UTILI

Rischi Assicurati: ai sensi dell'art. 25, comma 5, della Legge 223 del 23/07/1991 e s.m.i..

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00

Cat. O) PERSONALE CHE SVOLGE MANSIONI DI PORTAVALORI, ESPRESSAMENTE INCARICATO DALL'AZIENDA

Rischi Assicurati: la garanzia è riferita agli infortuni subiti dal personale dipendente con mansioni di portavalori.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00

Art. 33 - Calcolo del premio annuo

Il premio viene conteggiato in base ai costi finiti (inclusa l'imposta) sottoindicati e per le categorie di seguito specificate e viene anticipato in via provvisoria sulla base dei seguenti dati preventivi annui denunciati dalla Contraente:

Cat. A) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

€ x n. 60 assicurati = €.....

Cat. B) MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI E FISCALI

€ x n. 10 assicurati = €.....

Cat. C) MEDICI CHE ESPLICANO IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

€ x n. 100 assicurati = €.....

Cat. F) MEDICI ADDETTI AI SERVIZI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118

€ x n. 60 assicurati = €.....

Cat. G) DONATORI DI SANGUE, DONATORI DI PIASTRINE, DI PLASMOFERESI E DI CELLULE STAMINALI

€ x n. 4500 donazioni = €.....

Cat. H) DIPENDENTI IN MISSIONE

€ x 900.000 Km percorsi con mezzo proprio = €.....

€ x n. 142 mezzi della contraente = €.....

Cat. I) DIRETTORE GENERALE, SANITARIO, AMMINISTRATIVO, COMMISSARI

€ x n. 3 assicurati = €.....

Cat. L) VOLONTARI

€ x n. 50 assicurati = €.....

Cat. O) PERSONALE CHE SVOLGE MANSIONI DI PORTAVALORI, ESPRESSAMENTE INCARICATO DALL'AZIENDA

€ x n. 50 assicurati = €.....

Art. 34 - Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.