



**VIA IMBIMBO 10/12 -83100 AVELLINO**

**P.IVA N. 02600160648**

CAPITOLATO PER L'ASSICURAZIONE

**“INFORTUNI CUMULATIVA”**

DECORRENZA: 31-12-2019

SCADENZA: 31-12-2022

**“LOTTO I”**



## **SOMMARIO**

### **SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI**

- Art.1 Definizioni
- Art.2 Identificazione degli Assicurati
- Art. 3 Norme che regolano l'Assicurazione

### **SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE**

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
- Art.3 Durata del contratto
- Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art.4 bis Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n.136/2010
- Art.5 Regolazione del premio
- Art.6 Recesso in caso di sinistro - rinuncia
- Art.7 Modifiche dell'assicurazione
- Art.8 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art.9 Oneri fiscali
- Art.10 Foro competente
- Art.11 Interpretazione del contratto
- Art.12 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
- Art.13 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
- Art.14 Coassicurazione e delega
- Art.15 Rinvio alle norme di legge

### **SEZIONE 3 RISCHI COPERTI**

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione
- Art.2 Rimborso spese mediche e farmaceutiche
- Art.3 Diaria di ricovero
- Art.4 Diaria per inabilità temporanea
- Art.5 Spese di trasporto a carattere sanitario
- Art.6 Rientro sanitario
- Art.7 Rimpatrio salma
- Art.8 Danni estetici
- Art.9 Rischio aeronautico
- Art.10 Rischio guerra
- Art. 11 Malattie contratte in servizio e per cause di servizio
- Art.12 Responsabilità del Contraente

### **SEZIONE 4 ESCLUSIONI**

- Art.1 Esclusioni
- Art.2 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

### **SEZIONE 5 GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**

- Art.1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
- Art.2 Criteri di indennizzabilità
- Art.3 Controversie
- Art.4 Liquidazione dell'indennità

Art.5 Rinuncia all'azione di surroga

## **SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO**

Art.1 Somme assicurate, scoperti e franchigie

Art.1.2 Categorie Assicurate

Art.2 Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Art.3 Limite massimo di indennizzo

Art.4 Disposizione finale

## **SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DEGLI ASSICURATI**

### **Art. 1 – Definizioni**

<b>Contraente</b>	
<b>Assicurato</b>	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
<b>Assicurazione</b>	Il contratto di assicurazione
<b>Polizza</b>	Il documento che prova l'assicurazione
<b>Beneficiario</b>	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso
<b>Società</b>	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Rischio</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
<b>Sinistro</b>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
<b>Franchigia</b>	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
<b>Scoperto</b>	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
<b>Annualità assicurativa o periodo assicurativo</b>	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione
<b>Infortunio</b>	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea

<b>Invalidità permanente</b>	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato
<b>Inabilità temporanea</b>	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
<b>Istituto di cura</b>	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
<b>Ricovero</b>	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
<b>Massimale per sinistro</b>	la massima esposizione della Società per sinistro

#### **Art. 2 – Identificazione degli Assicurati**

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente.

E' pure esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

#### **Art. 3 – Norme che regolano l'Assicurazione**

La presente assicurazione si intende prestata alle condizioni tutte previste dalla polizza, nonché dalle condizioni particolari che saranno pattuite tra la Società ed il Contraente.

Per ciascun Contraente saranno emessi un esemplare originale della polizza ed un certificato di assicurazione, sul quale saranno riportati il conteggio del premio di polizza e le condizioni particolari specificatamente pattuite con il Contraente.

Nessuna eccezione potrà essere opposta ad un Contraente/Assicurato diverso dal Soggetto cui è addebitabile il comportamento o l'omissione che l'abbia determinata.

## **SEZIONE 2 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 Cod. Civ.. 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 Cod. Civ., 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 del Contraente.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

#### **Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori**

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.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

#### **Art. 3 - Durata del contratto**

La polizza decorre dalle ore 24.00 del 31/12/2019 scadenza 31/12/2022 con la possibilità di rinnovo, a richiesta del Contraente, di un altro anno. Il contratto si risolverà di diritto, allo scadere di ogni periodo annuale a decorrere dalla scadenza del primo periodo di assicurazione qualora sopraggiungesse l'aggiudicazione e conseguente affidamento dei servizi assicurativi a seguito dell'espletamento di gara unica regionale e/o su area vasta, ovvero per sopravvenuta disposizione regionale e/o di [SO.RE.SA](#) SpA, anche nell'ambito di autofinanziamento del rischio.

E' inoltre facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 90 giorni decorrenti dalla scadenza

#### **Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della decorrenza sopra riportata per il premio iniziale o per le scadenze successive, e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art.1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

1. l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40e succ. mod. e/o integr., ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
2. il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

#### **Art. 4 bis Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi in base alla L.n. 136/2010 e succ. mod. e/o int.**

a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e succ. mod. e/o int.

b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, 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 la Stazione appaltante.

c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola 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. 5 – Regolazione del premio**

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) 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.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

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

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

#### **Art. 6- Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni mediante lettera raccomandata o PEC. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora la Società si avvalsesse di tale facoltà, la stessa dovrà produrre, pena l'invalidità del recesso stesso, anche il dettaglio dei sinistri con le modalità stabilite all' Art.13" Obbligo di fornire i dati sull'andamento sinistri"

#### **Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione**

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

#### **Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società**

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

#### **Art. 9 - Oneri fiscali**

Tutti gli oneri fiscali, 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. 10 - Foro competente**

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

#### **Art. 11 - 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 di polizza.

#### **Art. 12 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto**

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

#### **Art. 13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio**

La Società alle scadenze semestrali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

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

#### **Art. 14 - Coassicurazione e delega**

L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile \_\_\_\_\_ all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile \_\_\_\_\_ la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà che le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea impresa costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatario.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria. Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'impresa concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

## **Art. 15 - Rinvio alle norme di legge**

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

## **SEZIONE 3 - RISCHI COPERTI**

### **Art.1 – Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio *in itinere* che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

L'assicurazione vale altresì per tutte le garanzie di cui ai seguenti articoli della presente sezione ad eccezione che per le garanzie di cui agli artt. 3 e 4 che si intendono operanti solo se espressamente richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
3. contatto con corrosivi;
4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento o congelamento;
7. la folgorazione;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo;
9. le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
11. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, uso di armi anche non convenzionali, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
12. gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
13. gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
14. 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 in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
15. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
16. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
17. gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
18. gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
19. gli infortuni conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali.

### **Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche**

Per tutte le categorie assicurate, in caso di prestazioni sanitarie, rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 5.000,00 per persona.

Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'Assicurato per le spese sostenute in occasione di:

- § Onorari dei chirurghi e dell'équipe medica
- § Uso della sala operatoria
- § Rette di degenza in ospedali o cliniche
- § Medicinali prescritti dal medico curante
- § Onorari dei medici
- § Accertamenti diagnostici
- § Trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica o presidio medico più vicino
- § Esami di laboratorio
- § Cure e visite mediche
- § Cure di rieducazione, riabilitazione ecc.
- § Rimborso spese dentarie e per apparecchi ortodontici

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Le spese sostenute all'estero saranno rimborsate in Italia, in moneta corrente al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato.

### **Art. 3 – Diaria per ricovero (Operante se espressamente richiamata)**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

### **Art. 4 – Diaria per inabilità temporanea (Operante se espressamente richiamata)**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

### **Art. 5 – Spese di trasporto a carattere sanitario**

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo autoambulanza e/o mezzi speciali di soccorso. Il rimborso avverrà fino al limite di € 2.500,00 per trasporto e verrà limitato ad un massimo di due viaggi.

### **Art. 6 – Rientro sanitario**

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 2.500,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpisse nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

### **Art. 7 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)**

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 2.500,00

### **Art. 8 – Danni estetici**

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, la Società rimborserà comunque 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, il tutto entro il limite di € 5.000,00 per evento.

### **Art. 9 – Rischio aeronautico**

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico 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 il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

€ 2.100.000,00 per il caso di invalidità permanente

€ 2.100.000,00 per il caso morte

€ 500,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta

per persona e di:

€ 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente

€ 5.000.000,00 per il caso di morte

€ 5.000,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta complessivamente per aeromobile.



In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Sono equiparati agli "Infortuni Aeronautici" anche gli infortuni derivanti da dirottamenti, sabotaggi, atti di pirateria ed attentati.

#### **Art. 10 – Rischio guerra**

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, 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 no), 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.

#### **Art. 11 – Malattie contratte in servizio e per cause di servizio**

L'assicurazione viene estesa alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente. Sono altresì ricomprese in garanzia estesa le malattie tropicali di cui al Decreto ministeriale 14/01/38. Non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità residua.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell' atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

#### **Art. 12 – Responsabilità del Contraente**

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e 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 di causa sostenute dal Contraente.

### **SEZIONE 4 - ESCLUSIONI**

#### **Art. 1 – Esclusioni**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. in conseguenza 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;
3. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
4. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. in conseguenza di partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; 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 gare di regolarità pura.

#### **Art. 2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili**

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 80 (ottanta) 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.



## **SEZIONE 5 - GESTIONE DEI SINISTRI**

### **Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi**

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata alla Società od alla Agenzia competente, entro il 15° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui la Unità Operativa Preposta del contraente ne abbia avuto formale conoscenza mediante apposizione del proprio timbro di protocollo.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato ovvero il Contraente deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

### **Art. 2 – Criteri di indennizzabilità**

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere 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 casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

#### **a) MORTE**

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

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 aventi diritto l'importo liquidato o offerto.

#### **b) MORTE PRESUNTA**

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché a seguito di qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

#### **c) INVALIDITA' PERMANENTE**

##### **a) Invalidità Permanente Assoluta**

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si



verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

**b) Invalidità Permanente Parziale**

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle seguenti percentuali della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato:

	destro	sinistro	
Per la perdita totale di un arto superiore o per la perdita della mano	70%	60%	
Per la perdita dell'avambraccio	60%	50%	
Perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%	
Perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	50%	
Perdita di un piede	40%	40%	
Perdita di un pollice	18%	16%	
Perdita dell'indice	14%	12%	
Perdita del mignolo	12%	10%	
Perdita del medio	8%	6%	
Perdita dell'anulare	8%	6%	
Perdita di un alluce			5%
Perdita di ogni altro dito del piede			3%
Per sordità completa di un orecchio			10%
Per sordità completa di ambedue le orecchie			40%
Per perdita totale della facoltà visiva di un occhio			25%

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale.

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

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

- se l'ernia è operabile: fino a trenta giorni d'indennità per inabilità temporanea, se tale indennità è contemplata in polizza;

- se non risulta operabile: indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

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.

In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

#### **d) DIARIE**

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria integralmente.

L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

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

#### **e) SPESE MEDICHE**

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 3, art.2, le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

#### **Art. 3 – Controversie**

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

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



Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

#### **Art. 4 – Liquidazione dell'indennità**

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

#### **Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

### **SEZIONE 6**

## **SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO**

#### **Art. 1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti**

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate, e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

#### **Art. 1.2 Categorie Assicurate**

- **CATEGORIA 1 MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE AMBULATORIALI (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)**

L'assicurazione è operante nei modi e nei termini di cui all'art. 41 dell'Accordo collettivo nazionale sottoscritto dalla parti il 4 maggio 2009 e successive modifiche, correzioni ed integrazioni, assicurando gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale ai sensi del predetto ACN ivi compresi i danni eventualmente subiti dagli Specialisti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio.

La copertura opera inoltre:

- se il servizio è prestato nel comune diverso da quello di residenza
- se il servizio è prestato nel comune di residenza, secondo i termini dell'Accordo Integrativo Regionale
- per i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal predetto Accordo

<b>Garanzia</b>	<b>Massimale</b>
Caso Morte	€ 1.032.913,80
Caso Invalidità Permanente	€1.032.913,80
Invalidità Temporanea	€ 154,94 al giorno con decorrenza dalla data di inizio invalidità da corrispondersi per un periodo max di giorni 300 (trecento); l'indennità giornaliera è ridotta al 50% per i primi 3 mesi

- **CATEGORIA 2 MEDICI ADDETTI AI SERVIZI DI EMERGENZA TERRITORIALE "118"**

L'assicurazione è operante nei modi e nei termini di cui all'Accordo Collettivo Nazionale sottoscritto dalla parti il 23 marzo 2005 (art. 99) e successive modifiche, correzioni ed integrazioni, assicurando gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale ai sensi del predetto ACN.

La copertura opera inoltre:

- se il servizio è prestato nel comune diverso da quello di residenza
- se il servizio è prestato nel comune di residenza, secondo i termini dell'Accordo Integrativo Regionale



- per i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal predetto Accordo
- in favore dei medici addetti ai servizi di emergenza territoriale 118 per gli infortuni occorsi in occasione dello svolgimento dell'attività intra moenia ai sensi dell'art. 95 del suddetto accordo.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 775.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000,00
Invalidità Temporanea	€ 52,00 al giorno con decorrenza dalla data di inizio invalidità da corrispondersi per un periodo max di giorni 300 (trecento) ;

• **CATEGORIA 3 MEDICI ADDETTI AI SERVIZI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

L'assicurazione è operante nei modi e nei termini di cui all'Accordo Collettivo Nazionale sottoscritto dalla parti il 23 marzo 2005 (art. 73) e successive modifiche , correzioni ed integrazioni, assicurando gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale ai sensi del predetto ACN.

La copertura opera inoltre:

- se il servizio è prestato nel comune diverso da quello di residenza
- se il servizio è prestato nel comune di residenza , secondo i termini dell'Accordo Integrativo Regionale
- per i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal predetto Accordo
- in favore dei medici addetti ai servizi di emergenza territoriale 118 per gli infortuni occorsi in occasione dello svolgimento dell'attività intramoenia ai sensi dell'art. 95 del suddetto accordo.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 775.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000,00
Invalidità Temporanea	€ 52,00 al giorno con decorrenza dalla data di inizio invalidità da corrispondersi per un periodo max di giorni 300 (trecento) ;

• **CATEGORIA 4 MEDICI ADDETTI ALL'ATTIVITA' DI MEDICINA DEI SERVIZI**

L'assicurazione è operante nei modi e nei termini di cui all'Accordo Collettivo Nazionale sottoscritto dalla parti il 23 marzo 2005 e successive modifiche , correzioni ed integrazioni, assicurando gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale ai sensi del predetto ACN.

La copertura opera inoltre:

- se il servizio è prestato nel comune diverso da quello di residenza
- se il servizio è prestato nel comune di residenza , secondo i termini dell'Accordo Integrativo Regionale
- per i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal predetto Accordo
- in favore dei medici addetti ai servizi di emergenza territoriale 118 per gli infortuni occorsi in occasione dello svolgimento dell'attività intra moenia ai sensi dell'art. 95 del suddetto accordo.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 775.000,00



Caso Invalidità Permanente	€ 775.000,00
Invalidità Temporanea	€ 52,00 al giorno con decorrenza dalla data di inizio invalidità da corrispondersi per un periodo max di giorni 300 (trecento)

• **CATEGORIA 5 PERSONALE IN MISSIONE**

L'assicurazione è operante per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante l'uso (in qualità di conducente o trasportato) di mezzi di trasporto a chiunque appartenenti.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente.

Secondo il disposto del **DPR 384 del 28/11/1990e 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**, e succ. mod. e/o integr. l'assicurazione è operante per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente subiscano in qualità di conducente di veicoli, e per incidenti di circolazione, in occasione di missioni e/o adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, dal momento in cui il soggetto 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: i dipendenti autorizzati dalla Azienda 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.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 350.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 400.000,00

**FRANCHIGIE**

La garanzia è prestata senza l'applicazione di franchigia., **ad esclusione della garanzia Invalidità Permanente** la quale prevede l'applicazione di una **franchigia fissa del 3%** .

Si precisa che, agli effetti assicurativi, per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fissi, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura.

Per la liquidazione delle indennità, è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per 12; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 mesi precedenti, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

• **CATEGORIA 6 PERSONALE NON DIPENDENTE**

L'assicurazione è operante per gli infortuni che il personale non dipendente dell'Ente ma che svolga attività per conto dell'Ente stesso a qualunque titolo ( es. consulenti, esperti, etc.) autorizzato dal Contraente subisca in occasione dello svolgimento di tale attività professionale, compreso il rischio in itinere e quello connesso agli spostamenti da una struttura all'altra.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente.



Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 500.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 500.000,00

### FRANCHIGIE

La garanzia è prestata senza l'applicazione di franchigia., **ad esclusione della garanzia Invalidità Permanente** la quale prevede l'applicazione di una **franchigia fissa del 3%** .

#### • **CATEGORIA 7 VOLONTARI APPARTENENTI ALLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO**

L'Assicurazione è valida per gli infortuni subiti dai Volontari appartenenti ad Associazioni di Volontariato durante lo svolgimento del servizio per conto dell'Azienda Ospedaliera sia presso le Strutture della Contraente che presso strutture esterne ma ad essa collegate, compreso il rischio in itinere, quello connesso all'accompagnamento in auto dei pazienti e quello connesso agli spostamenti da una struttura all'altra.

Per l'identificazione dei soggetti assicurati si farà riferimento ai registri tenuti dalla Contraente.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00
Diaria per ricovero per infortunio e malattia professionale a decorrere dal 7° giorno di ricovero	€ 50,00

Oltre al caso di morte ed invalidità permanente la garanzia è prestata anche per la indennità giornaliera a seguito di ricovero in Istituti di Cura legalmente riconosciuti, a seguito di malattia, intendendosi per tale ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Sono indennizzabili le sole malattie professionali, purché insorte successivamente alla stipula del contratto e manifestatisi entro 12 mesi dal termine del contratto stesso.

Sono esclusi dalla garanzia i ricoveri determinati da:

☐ Nevrosi e/o malattie mentali

☐ Intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o dall'uso di psicofarmaci, stupefacenti e/o sostanze allucinogene ritenute tali per definizione scientifica e/o di legge;

☐ Cure ed interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico, per le cure e le protesi dentarie.

Sono altresì esclusi i ricoveri in Stabilimenti Termali, Case di Soggiorno e di Convalescenza.

Ai fini della liquidazione del danno si terrà conto delle notti trascorse in regime di ricovero.

### FRANCHIGIE

La garanzia è prestata senza l'applicazione di franchigia., **ad esclusione della garanzia Invalidità Permanente** la quale prevede l'applicazione di una **franchigia fissa del 3%**

#### • **CATEGORIA 8 DONATORI DI SANGUE VOLONTARI OD OCCASIONALI**

**(ai sensi dall'art.22 del DPR 24371 n.1256 e successive modifiche e/o integrazioni)**

La Società garantisce, per le somme indicate di seguito, ogni donatore di sangue che si rechi presso l'Ente contraente o in qualsiasi altro luogo per conto dell'Ente stesso, da qualunque infortunio connesso o derivante dall'operazione di prelievo/donazione di sangue (e suoi derivati) sia durante la donazione sia durante le visite di controllo negli ambulatori, inclusi il rischio in itinere e le conseguenze derivanti dalla donazione, compresi, a titolo esemplificativo e non limitativo:



collasso cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, paraflebiti, infezioni, ematomi, plasmateresi del sangue e le conseguenze derivanti dalle operazioni di citofelisi e leucofelisi.

Sono equiparate alle donazioni di sangue, quindi garantite dal contratto, anche le visite di idoneità effettuate dagli aspiranti donatori.

L'assicurazione è estesa sia ai Donatori facenti parte di associazioni o sezioni su diretta chiamata del Centro trasfusionale, sia ai donatori occasionali che si sottopongono al prelievo del sangue presso il centro Trasfusionale dell'Ente

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 550.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 550.000,00
Diaria per inabilità temporanea al giorno ( max 365 gg)	€ 50,00
Rimborso spese mediche (in aggiunta alla somma prevista all'art. 2 della sez. 3)	€ 500,00

### FRANCHIGIE

La garanzia è prestata senza l'applicazione di franchigia., **ad esclusione delle Spese Mediche** le quali prevedono l'applicazione di una **franchigia di € 52,00 e della garanzia Invalidità Permanente** la quale prevede l'applicazione di una **franchigia fissa del 3%**

#### **Art. 2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione**

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 5 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art. 1 della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

#### **RIEPILOGO DATI**

**Cat. 1) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERRINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE**

**Numero assicurati preventivati : 75**

**Cat. 2) MEDICI ADDETTI AI SERVIZI DI EMERGENZA TERRITORIALE " 118"**

**Numero assicurati preventivati :85**

**Cat. 3) MEDICI ADDETTI AI SERVIZI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

**Numero assicurati preventivati :42**

**Cat. 4) MEDICI ADDETTI AI SERVIZI DI MEDICINA DEI SERVIZI**

**Numero assicurati preventivati:3**

**Cat. 5) PERSONALE IN MISSIONE**

**- Preventivo Km percorsi su base annuale :600.000**

**- Tasso annuo lordo per Km: .....**



**Categoria 6) PERSONALE NON DIPENDENTE**

- Preventivo numero giorni di attività preventivati su base annuale : 300
- Premio Annuo: € .....

**Categoria 7) VOLONTARI APPARTENENTI ALLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO**

- Preventivo numero di volontari assicurati su base annuale : n 70
- Premio annuo lordo per volontario: € .....

**Categoria 8) DONATORI DI SANGUE**

**Preventivo numero assicurati : 120**

Premio annuo lordo per donazione: € .....

**Art.3 – Limite massimo di indennizzo**

**Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della società non potrà superare la somma complessiva di Euro 10.000.000,00 (diecimilioni) per sinistro. Qualora gli indennizzi eccedessero nel loro complesso tale limite, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.**

**Art. 4– Disposizione finale**

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

La firma apposta dalla 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.

**IL CONTRAENTE**

**LA SOCIETÀ**

