



CAPITOLATO INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA
Via F. Alimena, 9
87100 Cosenza
P. IVA 02853720783

e

Compagnia di Assicurazione

Durata del contratto

Dalle ore 24,00 del 30.09.2014
Alle ore 24,00 del 30.09.2017

Con scadenza annuale al 30.09 di ogni anno

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 – Tracciabilità flussi finanziari
Art.3	Modifiche dell'assicurazione
Art.4	Aggravamento del rischio
Art.5	Diminuzione del rischio
Art.6	Interpretazione del contratto
Art.7	Recesso in caso di sinistro
Art.8	Oneri fiscali
Art.9	Clausola broker – Forma delle comunicazioni
Art.10	Foro competente
Art.11	Durata dell'assicurazione - Rinnovo
Art. 12	Rinvio alle norme di Legge

SEZIONE 3 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.13	Oggetto dell'Assicurazione
Art.14	Esclusioni
Art.15	Estensioni di garanzia
Art.16	Infotuni aereonautici
Art.17	Servizio militare
Art.18	Limiti territoriali e di indennizzo
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'infotunio ed obblighi relativi
Art. 24	Criteri di indennizzo
Art. 25	Morte
Art. 26	Invaldità Permanente
Art. 27	Inabilità Temporanea

Art. 28	Cumulo di indennità
Art. 29	Controversie e collegio arbitrale
Art. 30	Rinuncia alla rivalsa
Art. 31	Coassicurazione e delega
Art. 32	Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

SEZIONE 4 CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art.33	Identificazione degli assicurati
Art.34	Calcolo del premio – Regolazione premio
Art.35	Disposizione finale

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per SOCIETA' e le coassicuratrici;
per ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione;
per CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	il documento che prova l'assicurazione;
per CONTRAENTE	L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza 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 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

ART. 2 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO - TRACCIABILITA' FLUSSI FINANZIARI

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 novanta 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 termine di rispetto per il pagamento di premi relativi ad eventuali appendici emesse sulla presente polizza si intende fissato in 60 giorni dalla data di ricezione da parte della Contraente del relativo documento regolarmente emesso dalla Società.

Il pagamento dei premi alla Società verrà effettuato per il tramite del Broker.

Resta convenuto tra le Parti che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio di Tesoreria del Contraente, od altra Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente che metterà a disposizione della Società detto atto a seguito di semplice richiesta da parte della Società stessa.

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto. Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.

ART. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.

ART. 5 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

ART. 6 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

ART. 7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantaseiesimo giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di comunicare il proprio recesso dal contratto, rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore a 120 giorni.

Nel caso in cui trascorso tale termine non sia ancora intervenuta l'aggiudicazione del nuovo contratto l'Assicuratore concede una proroga tecnica alle medesime condizioni economico - contrattuali in corso per il tempo strettamente necessario all'attivazione del nuovo contratto e comunque per un periodo non superiore a 120 giorni.

Anche il Contraente può recedere dall'assicurazione nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il sessantaseiesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo , con le stesse modalità del primo comma del presente articolo, fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 8 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 9 - CLAUSOLA BROKER - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

L'Azienda Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla 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 è a proprio carico. Il Broker tratterrà, all'atto della rimessa dei premi alla Società, le commissioni di spettanza nella misura del 10 % 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 Società od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

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

ART. 10 - FORO COMPETENTE

Per le controversie diverse da quelle previste dall'art. 29, il Foro competente è esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede sociale dell'Assicurato. Inoltre, per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza sarà competente un Organismo che - abilitato a norma di legge a svolgere la mediazione ed istituito presso il tribunale e/o i consigli degli ordini professionali e/o la camera di commercio - abbia sede, a scelta della Contraente, nella medesima provincia della Stessa oppure dell'Assicurato. Nel

caso di eventuale successivo giudizio sarà competente, a scelta della Contraente, il Foro ove ha sede la Stessa oppure l'Assicurato

ART. 11 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE - RINNOVO

L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24,00 del 30.09.2014 ed efficacia fino alle ore 24,00 del 30.09.2017.

Si precisa che alla data del 30.09.2017, è previsto il rinnovo della presente polizza per una pari durata di 3 (tre) anni ex art. 29 del D. Lgs. 163/2006 e s.m.i., alle stesse condizioni normative ed economiche in corso.

E' inoltre facoltà del Contraente, entro la scadenza del contratto e/o entro la scadenza del rinnovo, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni.

La Società s'impegna a rinnovare e/o prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga/rinnovo.

Il contratto potrà essere disdetta dalle Parti a mezzo lettera raccomandata A.R. inviata almeno 120 giorni prima di ogni ricorrenza annuale.

L'assicurazione cesserà automaticamente alla scadenza del periodo di proroga/rinnovo senza obbligo di disdetta.

La Società conviene altresì che è facoltà della Contraente disdetta l'assicurazione, con i tempi e le modalità sopra indicati, qualora intervenga per la Contraente stessa l'opportunità e/o la necessità di aderire ad iniziative che, esperite a livello centralizzato/regionale, prevedano il trasferimento del rischio garantito dalla presente polizza, successivamente alla stipula del presente contratto, qualora dette coperture siano normo-economicamente migliorativi rispetto al contratto, tenuto conto dell'obbligo di pagamento del decimo delle prestazioni non ancora eseguite e qualora l'appaltatore non acconsenta ad una modifica delle condizioni economiche tale da rispettare il limite di cui all'art. 26 comma 3 della legge 23 Dicembre 1999, n. 488.

ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 13 - 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. 14 - 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. 15 - 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 professionale, 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. 15 - 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.

MALATTIE CONTRATTE IN SERVIZIO E PER CAUSE DI SERVIZIO

L'assicurazione viene estesa ai sensi del D.P.R. 27.03.1969 n. 130 anche alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente.

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.

Non si darà luogo ad indennizzo per l'invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

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 € 5.000,00 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.

ART. 16 - 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. 17 - SERVIZIO MILITARE

Durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta sospesa.

Entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio)

posteriore all'inizio del servizio di cui sopra il Contraente ha facoltà di chiedere il rimborso dei premi pagati relativi al periodo in cui l'assicurazione è rimasta sospesa; rimborso che verrà corrisposto al netto delle imposte.

ART. 18 - LIMITI TERRITORIALI E DI INDENNIZZO

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

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 alcolismo, 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 30 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.

26.

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 - INVALIDITA' 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. 29.

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 - CASO DI INABILITA' TEMPORANEA

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. L'indennità cessa con il giorno della 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.

ART. 28 - CUMULO DI INDENNITA'

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità

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

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

ART. 29 - 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 Broker 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. 30 - RINUNCIA 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. 31 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al broker

incaricato e le Società hanno convenuto di affidarne la delega alla Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

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 verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla direzione della Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

ART.32 – OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società si impegna a fornire con cadenza semestrale un tabulato riepilogativo dei sinistri denunciati specificando per ognuno:

- numero del sinistro della Società
- data di accadimento
- nome della controparte
- stato del sinistro (“in trattativa”, “liquidato”, “chiuso senza seguito”)
- importo a riserva
- importo liquidato e data della liquidazione

Nel tabulato riepilogativo di fine annualità assicurativa la Società indicherà:

- numero totale dei sinistri “in trattativa” / ”liquidati” / ”senza seguito”
- importo totale “liquidato”, “a riserva”.

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.

SEZIONE 4 - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART.33 – 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.= giornaliera (ridotta al 50% per i primi 3 mesi)

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.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 755.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 755.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00.= giornaliera

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

Rischi Assicurati: come da DPR 270 del 28/07/2000 - Accordo collettivo nazionale 23 Marzo 2005.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 755.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 755.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00.= giornaliera

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.= giornaliero (ridotta al 50% per i primi 3 mesi)

CAT. E) MEDICI VETERINARI ASSIMILATI 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.= giornaliero (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.= giornaliero

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	€ 258.500,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 258.500,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00.= giornaliera
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.

La presente garanzia è estesa al Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Commissari della Contraente.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 155.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 155.000,00

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

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	€ 55.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 77.500,00
Diaria da ricovero	€ 26,00 giornaliera

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	€ 155.000,00

ART.34 – CALCOLO DEL PREMIO – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio conteggiato in base ai costi e tassi finiti (inclusa l'imposta) sotto indicati, viene anticipato in via provvisoria sui seguenti preventivi annui denunciati dalla Contraente.

Entro 120 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il numero complessivo degli assicurati, i chilometri complessivamente percorsi dagli Assicurati, il numero complessivo delle donazioni ed il numero complessivo dei veicoli della Contraente, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 90 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore 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 all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente 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 il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Cat. A) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

€ x N. 200 assicurati

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

€..... x N. 40 assicurati

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

€..... X N. 450 assicurati

Cat. D) BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI

€..... X N. 10 assicurati

Cat. E) MEDICI VETERINARI ASSIMILATI SPECIALISTI AMBULATORIALI

€..... X N. 50 assicurati

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

€..... X N. 70 assicurati

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

€..... X N. 7.500 Donazioni

Cat. H) DIPENDENTI IN MISSIONE

€ x 3.000.000 Km percorsi con mezzo proprio = €.....

€ x n. 150 veicoli della contraente = €.....

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

€..... X N. 3 Assicurati

Cat. L) VOLONTARI

€..... X N. 300 Assicurati

Cat. M) PERSONALE INFERMIERISTICO CHE EFFETTUA ASSISTENZA DOMICILIARE

€..... X N. 150 Assicurati

ART.35 – 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.