



Ospedale
Papa Giovanni XXIII

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

CAPITOLATO TECNICO PER L' ASSICURAZIONE
"INFORTUNI CATEGORIE DIVERSE"

INDICE

| | |
|--|----|
| DEFINIZIONI [DEF] | 1 |
| CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA] | 3 |
| DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI | 3 |
| Art. 1 <i>Durata dell'Assicurazione – Proroga</i> | 3 |
| Art. 2 <i>Recesso Anticipato Annuale</i> | 3 |
| Art. 3 <i>Pagamento del premio e decorrenza dell'Assicurazione</i> | 4 |
| Art. 4 <i>Gestione della Polizza</i> | 5 |
| Art. 5 <i>Forma delle comunicazioni e modifiche dell'Assicurazione</i> | 5 |
| Art. 6 <i>Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio</i> | 5 |
| Art. 7 <i>Revisione del Prezzo</i> | 6 |
| Art. 8 <i>Recesso</i> | 7 |
| Art. 9 <i>Dichiarazioni Inesatte e Reticenze senza Dolo</i> | 7 |
| Art. 10 <i>Interpretazione della Polizza</i> | 7 |
| Art. 11 <i>Danni precedenti</i> | 7 |
| Art. 12 <i>Esonero denuncia infermità difetti fisici e mutilazioni</i> | 7 |
| Art. 13 <i>Esonero denuncia altre Assicurazioni</i> | 7 |
| Art. 14 <i>Oneri fiscali</i> | 8 |
| Art. 15 <i>Foro competente</i> | 8 |
| Art. 16 <i>Rinvio alle norme di legge</i> | 8 |
| Art. 17 <i>Coassicurazione e Delega</i> | 8 |
| Art. 18 <i>Regolazione del Premio</i> | 8 |
| NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO | 10 |
| Art. 19 <i>Denuncia dell'Infortunio</i> | 10 |
| Art. 20 <i>Criteri d'indennizzabilità e liquidazione del Danno</i> | 10 |
| Art. 21 <i>Legittimazione</i> | 10 |
| Art. 22 <i>Pagamento dell'Indennizzo</i> | 10 |
| Art. 23 <i>Anticipo indennizzi</i> | 10 |
| Art. 24 <i>Controversie</i> | 11 |
| Art. 25 <i>Rinuncia al diritto di rivalsa</i> | 11 |
| Art. 26 <i>Recesso in caso di Sinistro</i> | 11 |
| Art. 27 <i>Rendiconto</i> | 11 |
| RISCHI INDENNIZZABILI [RI] | 13 |
| Art. 1 <i>Oggetto dell'Assicurazione</i> | 13 |
| Art. 2 <i>Estensioni dell'Assicurazione</i> | 13 |
| Art. 3 <i>Rimborso Spese Mediche da Infortunio</i> | 14 |
| Art. 4 <i>Danni estetici</i> | 15 |
| Art. 5 <i>Spese di trasporto a carattere sanitario</i> | 15 |
| Art. 6 <i>Rientro Sanitario</i> | 15 |
| Art. 7 <i>Rimpatrio salma (valido in Italia ed all'Estero)</i> | 15 |

| | | |
|---|--|-----------|
| Art. 8 | <i>Ernie e sforzi</i> | 15 |
| Art. 9 | <i>Rischio Guerra</i> | 16 |
| Art. 10 | <i>Rischio Volo</i> | 16 |
| Art. 11 | <i>Limite Massimo d'Indennizzo</i> | 16 |
| Art. 12 | <i>Morte</i> | 16 |
| Art. 13 | <i>Morte presunta</i> | 17 |
| Art. 14 | <i>Invalidità Permanente – Invalidità superiore al 50% (Cinquanta per cento)</i> | 17 |
| Art. 15 | <i>Limiti d'età</i> | 18 |
| Art. 16 | <i>Persone non assicurabili</i> | 18 |
| Art. 17 | <i>Malattie professionali</i> | 18 |
| Art. 18 | <i>Validità territoriale</i> | 18 |
| ESCLUSIONI [E] | | 19 |
| CATEGORIE ASSICURATE [CA] | | 20 |
| LIMITI – SCOPERTI - FRANCHIGIE [LSF] | | 30 |

DEFINIZIONI [DEF]

| | |
|---------------------------------|---|
| Assicurato | L'Ente Contraente e qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dalla presente assicurazione |
| Assicurazione | Il contratto di assicurazione |
| Beneficiario | La persona a cui deve essere pagata la somma assicurata in caso di morte dell'Assicurato |
| Broker | Il Broker al quale, per incarico conferito dalla Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione |
| Contraente | L'Ente – nella persona del Direttore Generale, nonché legale rappresentante pro-tempore che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta |
| Franchigia | L'importo stabilito contrattualmente che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto |
| Inabilità Temporanea | La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali |
| Indennizzo - Indennità | La somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza |
| Infortunio | L'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni obiettivamente constatabili |
| Invalità Permanente | La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato alla svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione |
| Limite di indennizzo | La somma massima dovuta dalla Società |
| Periodo di assicurazione | Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale |
| Polizza | Il documento che prova e regola l'assicurazione |

| | |
|-----------------|--|
| Premio | La somma dovuta dalla Contraente alla Società quale corrispettivo del presente contratto |
| Rischio | La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne |
| Sinistro | Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione |
| Società | La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione |

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI

Art. 1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PROROGA

La presente Polizza ha durata dalle ore 24.00 del 30/06/2026 e scadenza alle ore 24.00 del 30/06/2028; a tale data la Polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, ai sensi dell'art. 120, comma 10, del D.Lg. 36/2023 per un periodo massimo di 6 mesi. La Società s'impegna a prorogare l'Assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di Premio verrà corrisposto entro 90 (novanta) giorni dall'inizio della proroga, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti. Tale impegno da parte della Società decade qualora sia esercitato il recesso in caso di sinistro di cui alla successiva clausola.

Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 6 mesi. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

In casi eccezionali nei quali risultino oggettivi e insuperabili ritardi nella conclusione della procedura di affidamento del contratto, la polizza potrà essere prorogata alle medesime condizioni economiche e normative in corso per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo appaltatore qualora si verificano le condizioni indicate all'art. 120, comma 11, del D. Lgs. 36/2023.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

È attribuita alla Società la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 4 mesi prima di ogni scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale.

In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi di cui all'articolo DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PROROGA

Art. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il Contraente pagherà all'Intermediario incaricato:

-entro 3 mesi dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;

-entro 3 mesi da ciascuna successiva data di scadenza (annuale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;

-entro 3 mesi dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973, la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008, nonché della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008 ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973. costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza. Il Broker provvederà a segnalare alla Società tali situazioni.

Tracciabilità dei flussi finanziari. 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. 4 GESTIONE DELLA POLIZZA

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza ad Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Calindri 6 in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/2005.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Società) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.

In ragione delle delega all'incasso dei premi conferita dalla Società il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker e alle persone di cui deve rispondere si considera effettuato direttamente alla Società ai sensi dell'art. 118 comma 2 del D. Lgs. 209/2005.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt.120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n.40/2018.

La remunerazione del Broker è a carico della Società e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente

Art. 5 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto. Le comunicazioni tra le parti possono anche avvenire come previsto dall'art. 4.

Art. 6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze

aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. 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 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

Art. 7 REVISIONE DEL PREZZO

In conformità all'articolo 60 del D.Lgs. n. 36/2023 e all'Allegato II.2-bis, si prevede la possibilità di revisione del prezzo contrattuale del servizio assicurativo oggetto dell'appalto. In mancanza di indice specifico per i servizi assicurativi, le parti concordano che la variazione dei prezzi sarà calcolata con riferimento all'indice FOI (famiglie operai e impiegati) pubblicato da ISTAT. Decorso almeno 12 mesi dall'inizio dell'assicurazione, qualora l'indice ISTAT FOI vari in misura superiore al 5%, ciascuna parte potrà richiedere motivatamente la revisione del premio o delle condizioni contrattuali in aumento o in diminuzione, nella misura massima dell'80% della variazione eccedente la suddetta soglia del 5%.

La parte che ha ricevuto la segnalazione, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate dall'altra parte, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto, in aumento o in diminuzione, a decorrere dalla nuova annualità. In caso di mancato accordo, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione, secondo quanto previsto al successivo articolo RECESSO.

Art. 8 RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO tra le parti, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 2 mesi prima di ogni scadenza annuale.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.

Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Art. 9 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 3 mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli REVISIONE DEL PREZZO e RECESSO e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo REVISIONE DEL PREZZO dalla ricezione della citata dichiarazione.

Qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

Art. 10 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

In caso di interpretazione dubbia delle clausole di polizza, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all'Assicurato e/o Contraente.

Art. 11 DANNI PRECEDENTI

L'Assicurato e la Contraente sono esonerati dall'obbligo di dichiarare eventuali danni che avessero colpito i soggetti assicurati.

Art. 12 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

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

Art. 13 ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per i medesimi eventi.

Art. 14 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Contraente

Art. 15 FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, a scelta del Contraente, il Foro ove ha sede il Contraente oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.lgs 28/2010. La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art. 16 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 17 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.

Art. 18 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Con riferimento agli elementi di rischio variabili, indicati alle varie Categorie, entro il 31.10.2027 o entro i 4 (quattro) mesi successivi alla fine del periodo di assicurazione nel caso di anticipato recesso dalla presente polizza notificato da una delle Parti, la Contraente deve comunicare per iscritto alla Società i relativi dati consuntivi affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio. A tal fine, la Società formulerà al Contraente per tempo richiesta specifica.

La Società sarà tenuta ad emettere, entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della comunicazione, la relativa appendice di regolazione del premio.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate rispettivamente dalla Contraente entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricevimento, da parte della Contraente stessa, del documento di regolazione, correttamente emesso, o dalla Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data di emissione del documento di regolazione.

Nel caso in cui, tuttavia, il Contraente non effettui il pagamento nei suddetti termini a causa di un'inadempienza della Società che, in conformità con quanto disposto dall'Art. 48/bis del DPR 602/73 e s.m.i., abbia reso impossibile il regolare pagamento del premio, la garanzia assicurativa manterrà piena efficacia a condizione che il Contraente, nei termini previsti per il pagamento del premio, abbia formalmente reso nota tale circostanza. In tal caso sarà successivamente obbligo della Società trasmettere nulla osta al pagamento rilasciato dall'agente della riscossione o da altro soggetto avente titolo e il Contraente dovrà pagare la rata di premio entro i quindici giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'esecuzione dell'ordine di bonifico da parte del Servizio Economico-Finanziario della Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice TRN (Transaction Reference Number).

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

Nel caso di contratto definitivamente scaduto, se la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

Resta in ogni caso inteso che, nelle more della comunicazione dei dati consuntivi, l'assicurazione sarà valida ed efficace per tutti le persone, che al momento del sinistro, appartengono alle Categorie assicurate.

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 19 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia di infortunio deve essere fatta alla Società entro 30 giorni dall'infortunio stesso o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Tale denuncia deve indicare il luogo, il giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico ed eventualmente dalla descrizione delle modalità del sinistro e dalla indicazione degli eventuali responsabili.

L'Assicurato o, in caso di morte i suoi aventi diritto, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Art. 20 CRITERI D'INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL DANNO

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini della presente Polizza, indipendentemente quindi da malattia o da difetti fisici, preesistenti o sopravvenuti, o da mutilazioni preesistenti, in quanto 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 considerate conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, 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 derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 21 LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza ai CCNL vigenti e/o ad altre obbligazioni esistenti al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dalla Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

Art. 22 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni.

Art. 23 ANTICIPO INDENNIZZI

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 10% (dieci per cento) l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 (trenta) giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 30 (trenta) giorni successivi, provvederà ad

erogare un importo pari al 50% (cinquanta per cento) della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile.

Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi.

L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

Art. 24 CONTROVERSIE

Le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere su qualsiasi controversia sorta in merito ad un sinistro ad un Collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti remunera, a proprie spese, il Medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo Medico. In caso il parere del Collegio sia anche solo parzialmente favorevole all'Assicurato, la Società terrà a proprio carico anche le spese di competenza di quest'ultimo.

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.

E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro due anni, nel qual caso, però, il Collegio formalizza una somma che la Società è tenuta a liquidare entro 30 (trenta) giorni. Tale somma è da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

Art. 25 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato al diritto di rivalsa, nei confronti di eventuali Terzi responsabili dell'infortunio, spettante a termini dell'Articolo 1916 del Codice Civile.

Art. 26 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Non si applica alla presente polizza.

Art. 27 RENDICONTO

La Società si obbliga a fornire alla Contraente, alla scadenza del 30 giugno di ogni anno, il dettaglio di tutti i sinistri denunciati così impostato:

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

- sinistri Respinti e Senza Seguito, con precisazione scritta delle motivazioni.

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

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia la chiusura di tutti i sinistri denunciati.

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

RISCHI INDENNIZZABILI [RI]

Art. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dall'Assicurato nei termini e limiti indicati alle singole Categorie anche se cagionati, a parziale deroga dell'articolo 1900 del Codice Civile, da colpa grave dell'Assicurato stesso, della Contraente e/o del Beneficiario.

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

Art. 2 ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE

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

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- b) le conseguenze delle folgorazioni,
- c) le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- d) il contatto con acidi e corrosivi;
- e) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
- f) l'asfissia;
- g) l'annegamento;
- h) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana ed in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- i) derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- j) il soffocamento;
- k) le conseguenze dei colpi di sonno;
- l) le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- m) le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;

- n) le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi, nonché in stato di malore od incoscienza;
- o) gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- p) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

L'assicurazione vale altresì:

- q) Durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e altresì a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, in tempo di pace, limitatamente ai casi di morte ed invalidità permanente;
- r) per infortuni derivanti dalla partecipazione in squadre antincendio;
- s) per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli verificatisi durante la guida di veicoli a motore;
- t) per infortuni derivanti dalla partecipazione ad associazioni di volontariato e Protezione Civile;
- u) per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, a condizione che l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei.

Art. 3 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Qualora espressamente richiamata, nella relativa Categoria, la voce "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" la Società, in caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo indicato, le spese mediche in genere sostenute dallo stesso e rimaste a suo effettivo carico in quanto non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale e/o non indennizzate da eventuali assicurazioni private e/o di Categoria.

Per spese mediche si intendono:

a) in caso di ricovero:

per la degenza in Istituto di cura (spese di ricovero, onorari dei medici, esami, diritti di sala operatoria materiale di intervento - comprese le endoprotesi, trattamenti rieducativi e riabilitativi, rette di degenza)

b) per prestazioni sanitarie extra-ricovero:

per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali e spese mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie, ottiche ecc. rese necessarie da infortunio, trasporto in ambulanza dell'Assicurato con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato.

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

Si precisa che fra le spese rimborsabili di cui sopra sono compresi i "ticket" pagati per le prestazioni usufruite dal S.S.N..

Art. 4 DANNI ESTETICI

L'assicurazione vale per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza e la Società rimborsa fino alla concorrenza di € 10.000,00, in caso di intervento riparatore del "danno estetico", le spese effettivamente sostenute di chirurgia plastica. Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di un Istituto di Cura) e non oltre un anno della scadenza del contratto.

Per "danno estetico" si intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

Il rimborso delle spese per "danno estetico" è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito dalla Società.

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 in Italia 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. Il rimborso avverrà fino al limite di Euro 5.000,00 per sinistro.

Art. 6 RIENTRO SANITARIO

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti delle spese sostenute dall'assicurato in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in struttura attrezzata in Italia. Il rimborso avverrà fino al limite di Euro 5.000,00 per sinistro

Art. 7 RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA ED ALL'ESTERO)

La Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo della sepoltura. Il rimborso avverrà fino al limite di Euro 5.000,00 per sinistro.

Art. 8 ERNIE E SFORZI

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

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

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

Art. 9 RISCHIO GUERRA

La garanzia è 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 dichiarata o non, guerra civile e insurrezioni a carattere generale, per il periodo massimo di 14 (quattordici) all'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

La presente estensione di garanzia non opera per coloro che prestano il servizio militare.

Art. 10 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite delle somme assicurate con il massimo di € 1.000.000,00 (unmilione) per singolo Assicurato e di € 10.000.000,00 (diecimilioni) complessivamente per aeromobile.

Qualora gli indennizzi eccedessero nel loro complesso tale limiti, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 11 LIMITE MASSIMO D'INDENNIZZO

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 30.000.000,00 (trentamilioni).

Qualora gli indennizzi eccedessero nel loro complesso tale limiti, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 12 MORTE

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 730 (settecentotrenta) giorni da quello dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto e qualora in polizza non siano indicati i

nominativi dei Beneficiari, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali fra i Beneficiari individuati applicando i criteri della successione legittima.

Art. 13 MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà, seguendo il criterio di cui all'Articolo precedente, il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 (centottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Articoli 60 e 62 del Codice Civile.

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

Art. 14 INVALIDITÀ PERMANENTE – INVALIDITÀ SUPERIORE AL 50% (CINQUANTA PER CENTO)

Ferma restando l'applicazione delle eventuali franchigie e/o scoperti previste alle rispettive Categorie assicurate, qualora l'infortunio abbia:

- a) come conseguenza una invalidità permanente totale la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- b) come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che viene accertata facendo riferimento alla tabella delle percentuali d'invalidità permanente allegata al D.P.R. 30/06/1965, n. 1124 e con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio, ferma restando la franchigia prevista per il caso di malattia professionale.

Resta altresì convenuto quanto segue:

- per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste nella 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 trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- la perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita alla metà; quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi, in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;

- nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella saranno addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro un anno dal giorno dell'infortunio.

Resta comunque convenuto che l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% (cinquanta per cento), conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, verrà indennizzata al 100% (cento per cento) della somma assicurata.

Art. 15 LIMITI D'ETÀ

L'Assicurazione vale per le persone d'età non superiore a 85 (ottantacinque) anni.

S'intendono tuttavia assicurate, fino al limite di 90 (novanta) anni compiuti, le persone che abbiano superato gli 85 (ottantacinque) anni, a condizione che per loro sia stato inoltrato annualmente alla Società, prima del compimento dell'ottantesimo anno e di ogni compleanno successivo, un Certificato di "Buona Salute".

Art. 16 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco - depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni

Art. 17 MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione comprende le malattie professionali, riconosciute dall'INAIL e ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti colposi connessi ad eventi verificatisi durante il tempo dell'assicurazione e si manifestino, per la prima volta, in data successiva alla stipulazione della polizza ed entro i 12 (dodici) mesi successivi alla cessazione della garanzia o del rapporto di lavoro.

Art. 18 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per tutto il Mondo.

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

ESCLUSIONI [E]

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- b) gli infortuni direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non, guerra civile, insurrezione a carattere generale, salvo quanto previsto all'Articolo - Rischio Guerra;
- c) gli infortuni causati da ubriachezza alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione;
- d) gli infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
- e) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) gli infortuni che siano la conseguenza di infezioni da armi batteriologiche o di contaminazioni da armi chimiche;
- g) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici oggetto dell'attività della Contraente;
- h) gli infortuni che siano le conseguenze di malattie virali e di infezioni correlate al COVID 19;
- i) In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base della presente assicurazione, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la Società (o un suo dipendente o collaboratore) a divieti, sanzioni o restrizioni o possa comportare violazioni di divieti, sanzioni o restrizioni, secondo quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi o sanzioni economiche e commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CATEGORIE ASSICURATE [CA]

Categoria A – Medici Specialisti Ambulatoriali, Biologi, Psicologi e Chimici in convenzione

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale istituzionale o intramoenia, negli ambulatori in diretta gestione e nelle altre strutture aziendali, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio, sempre che il servizio sia prestato in Comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale; sono compresi i danni comunque verificatisi nell'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale.

Somme assicurate pro capite

| | |
|--------------------------------------|--|
| Morte | € 1.033.000,00 |
| Invalità Permanente | € 1.033.000,00 |
| Inabilità Temporanea | € 155,00 al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni; l'indennità giornaliera è ridotta al 50% (cinquanta per cento) per i primi 3 (tre) mesi. |
| Rimborso spese mediche da Infortunio | € 5.500,00 |

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Calcolo del Premio

- premio lordo procapite €
- n. assicurati preventivati n. 71
- premio lordo anticipato €

Categoria B – Personale in servizio

La garanzia è riferita al personale dipendente, a figure ad esso equiparato o ad altro Personale debitamente autorizzato dalla Contraente, che si rechi, anche in convenzione, a svolgere mansioni all'esterno dell'ufficio per adempimenti di servizio, alla guida o trasportati su mezzi di trasporto anche di proprietà della Contraente, nei termini e nei limiti previsti, ove esistenti, nella fattispecie dalle leggi in vigore.

Somme assicurate pro capite

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Morte | € 250.000,00 |
| Invalità Permanente | € 300.000,00 |
| Rimborso spese mediche da Infortunio | € 5.500,00 |

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Calcolo del Premio

- a. per trasferte e/o adempimenti di servizio effettuati con veicoli di proprietà della Contraente:
- veicoli di proprietà della Contraente o in noleggio a lungo termine o in comodato d'uso: n. 60
 - premio lordo per ogni veicolo: €
 - premio lordo anticipato: €
- b. per trasferte e/o adempimenti di servizio effettuati con veicoli non di proprietà della Contraente:
- chilometri preventivati: n. 50.000
 - premio lordo per chilometro: €
 - premio Lordo anticipato: €
- ➔ premio lordo totale per la presente Categoria (a. + b.): €

Categoria C – Donatori sangue

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 verificatesi entro 90 giorni dal prelievo.

L'assicurazione è altresì operante anche nei confronti dei donatori che dovessero sottoporsi a procedure di vaccinazione contro l'epatite B o contro il tetano e dovrà essere estesa a tutte quelle manifestazioni immediate o successive all'inoculazione praticata, purché non causate da condizioni patologiche preesistenti.

Inoltre deve essere garantito il costo delle cure mediche sostenute in Istituti di cura non accreditati dal Servizio sanitario nazionale, fino alla concorrenza del massimale indicato e comunque solo in eccedenza alle spese non riconosciute, in tutto e in parte, dal servizio sanitario. Per costi delle cure mediche si intendono :

- spese di ricovero ;
- onorari a medici e chirurghi ;
- spese per esami di laboratorio ed altri accertamenti diagnostici ;
- spese di trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso, dovute all'istituto di ricovero e cura o all'ambulatorio ;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie, salvo quelle necessarie per ripristinare a funzione masticatoria compromessa dall'infortunio.

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

Somme assicurate pro capite

| | | |
|--------------------------------------|-------------|---|
| Morte | €350.000,00 | |
| Invalidità Permanente | €350.000,00 | |
| Inabilità Temporanea | € 52,00 | al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalidità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni |
| Rimborso spese mediche da Infortunio | € 5.500,00 | |

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Calcolo del Premio

- premio lordo per donazione €
- donazioni preventivate n. 45.000
- premio lordo anticipato €

Categoria D – Medici addetti al servizio di continuità assistenziale e guardia turistica

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale, intendendosi per tali tutti gli infortuni subiti dagli assicurati mentre svolgono attività inerenti la loro funzione per conto del contraente, compreso il rischio in itinere se il servizio è prestato in comune diverso da quello di residenza, nonché eventuali attività esterne.

Sono compresi gli infortuni subiti durante l'uso di veicoli pubblici e privati e la guida di veicoli privati.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni.

Somme assicurate pro capite

| | |
|----------------------|---|
| Morte | € 775.000,00 |
| Invalità Permanente | € 775.000,00 |
| Inabilità Temporanea | € 52,00 al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni |
| RSMO | € 5.500,00 |

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Calcolo del Premio

- premio lordo procapite €
- n. assicurati preventivati n. 80
- premio lordo anticipato €

Categoria E – Medici addetti alla medicina dei servizi

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale, intendendosi per tali tutti gli infortuni subiti dagli assicurati mentre svolgono attività inerenti la loro funzione per conto del contraente, compreso il rischio in itinere se il servizio è prestato in comune diverso da quello di residenza, nonché eventuali attività esterne.

Sono compresi gli infortuni subiti durante l'uso di veicoli pubblici e privati e la guida di veicoli privati.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni.

Somme assicurate pro capite

| | |
|-----------------------|--|
| Morte | € 775.000,00 |
| Invalidità Permanente | € 775.000,00 |
| Inabilità Temporanea | € 52,00 al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'inabilità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni |
| RSMO | € 5.500,00 |

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Calcolo del Premio

- premio lordo procapite €
- n. assicurati preventivati n. 2
- premio lordo anticipato €

Categoria F – Volontari

La garanzia è riferita ai Volontari per gli infortuni subiti in occasione dell'espletamento delle mansioni (compresa la partecipazione a corsi, meeting, seminari etc.), per conto della Contraente ovunque esse siano svolte, ivi compreso il rischio "in itinere".

Somme assicurate pro capite

| | | | |
|--------------------------------------|---|------------|---|
| Morte | € | 250.000,00 | |
| Invalidità Permanente | € | 300.000,00 | |
| Inabilità Temporanea | € | 26,00 | al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalidità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni |
| Rimborso spese mediche da Infortunio | € | 5.500,00 | |

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Calcolo del Premio

- premio lordo pro-capite €
- assicurati preventivati n. 700
- premio lordo anticipato €

Categoria G – Assistenti religiosi

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti in occasione dell'attività di assistenza religiosa espletata presso e/o per conto della Contraente, compreso il rischio in itinere.

Somme assicurate pro capite

| | | | |
|--------------------------------------|---|------------|---|
| Morte | € | 250.000,00 | |
| Invalidità Permanente | € | 250.000,00 | |
| Inabilità Temporanea | € | 26,00 | al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalidità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni |
| Rimborso spese mediche da Infortunio | € | 5.500,00 | |

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Calcolo del Premio

- premio lordo procapite €
- n. assicurati preventivati n. 6
- premio lordo anticipato €

Categoria H – Personale convenzionato

Collaboratori esterni, dipendenti pubblici, che lavorano per accordi tra Enti in convenzione con la Contraente, compreso il rischio in itinere.

Somme assicurate pro capite

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Morte | € 250.000,00 |
| Invalità Permanente | € 300.000,00 |
| Rimborso spese mediche da Infortunio | € 5.500,00 |

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Calcolo del Premio

- premio lordo procapite €
- n. assicurati preventivati n. 1
- premio lordo anticipato €

Categoria I – Bambini al Parco Giochi

Infortuni sofferti dai bambini ricoverati presso l'ASST durante la permanenza presso l'area "Parco giochi", allestita all'esterno, per attività ludiche sotto la supervisione di volontari.

Somme assicurate pro capite

| | | |
|--------------------------------------|---|-----------|
| Morte | € | 50.000,00 |
| Invalità Permanente | € | 50.000,00 |
| Rimborso spese mediche da Infortunio | € | 2.000,00 |

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Calcolo del Premio

- premio lordo procapite €
- n. assicurati preventivati n. 10
- premio lordo anticipato €

Categoria L – Specializzandi professioni sanitarie non mediche

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti durante l'attività prestata per conto della Contraente incluso il rischio in itinere.

Somme assicurate pro capite

| | | |
|--------------------------------------|--------------|---|
| Morte | € 250.000,00 | |
| Invalidità Permanente | € 250.000,00 | |
| Inabilità Temporanea € | 26,00 | al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalidità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni |
| Rimborso spese mediche da Infortunio | € 2.000,00 | |

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Calcolo del Premio

- premio lordo procapite €
- n. assicurati preventivati n. 6
- premio lordo anticipato €

LIMITI – SCOPERTI - FRANCHIGIE [LSF]

I valori sono espressi in **Euro**.

| | Scoperti per sinistro | Franchigie per sinistro | Limiti indennizzo |
|---|------------------------------|--------------------------------|---|
| Limite massimo d'indennizzo | | | 30.000.000 per sinistro |
| Ernie e sforzi | | | <ul style="list-style-type: none"> - massimo 5% somma assicurata in caso di ernia operata o operabile per sinistro - massimo 10% della somma assicurata in caso di ernia non operabile per sinistro |
| Danni estetici | | | 10.000 |
| Spese di trasporto a carattere sanitario | | | 5.000 |
| Rientro sanitario | | | 5.000 |
| Rimpatrio salma | | | 5.000 |
| Rischio volo | | | 1.000.000 per Assicurato 10.000.000 per aeromobile |
| Caso Morte – Categorie A, B, C, D, E, F, G, H, I, L | nessuno | nessuna | |
| Caso I.P. – Categorie A, B, C, D, E, F, G, H, I, L | nessuno | nessuna | |
| Caso I.T. – Categoria A | nessuno | nessuna | 155 al giorno per massimo 300 giorni – l'indennità è ridotta del 50% per i primi 3 mesi |

| | | | |
|--|---------|---------|-------------------------------------|
| Caso I.T. – Categorie C, D, E | nessuno | nessuna | 52 al giorno per massimo 300 giorni |
| Caso I.T. – Categorie F, G, L | nessuno | nessuna | 26 al giorno per massimo 300 giorni |
| Rimborso spese mediche – Categorie A, B, C, D, E, F, G, H | nessuno | nessuna | 5.500 |
| Rimborso spese mediche – Categorie I,L | nessuno | nessuna | 2.000 |