

Lotto n°1
Capitolato Speciale

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

Stipulata tra:

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Piazza Ospedale Maggiore, 3

Cap 20162 Milano

P.IVA n° 09315660960

e

[Nome Società]

Via.....

Cap.....Città.....

P.IVA n°

Effetto: dalle ore 24.00 del 30.06.2019

Cessazione: alle ore 24.00 del 30.06.2022

Scadenza anniversaria al 30/06 di ogni anno

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Indice

| | |
|---|-----------|
| Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata..... | 5 |
| Art. 1 – Definizioni | 5 |
| Art. 2 - Soggetti assicurati | 6 |
| Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione..... | 7 |
| Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto | 7 |
| Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori | 7 |
| Art. 3 - Durata dell’assicurazione (opzione base con rescindibilità annuale bilaterale)..... | 7 |
| Art. 3 - Durata dell’assicurazione (opzione migliorativa con rescindibilità della contraente) | 8 |
| Art. 4 – Pagamento e decorrenza della garanzia..... | 8 |
| Art. 5 – Regolazione del premio | 9 |
| Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione | 9 |
| Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società | 10 |
| Art. 9 - Oneri fiscali | 10 |
| Art. 10 - Foro competente..... | 10 |
| Art. 11 - Interpretazione del contratto –Clausola di Buona fede (<i>opzione base</i>)..... | 10 |
| Art. 11 - Interpretazione del contratto –Clausola di Buona fede (<i>opzione base</i>)..... | 10 |
| Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società..... | 10 |
| Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto | 10 |
| Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio (<i>opzione base</i>) | 11 |
| Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio (<i>opzione migliorativa</i>)..... | 11 |
| Art. 15 - Clausola Broker | 12 |
| Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n°. 136/2010 | 12 |
| Art. 17 - Rinvio alle norme di legge..... | 13 |
| Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione | 13 |
| Art. 19- Trattamento dei dati | 13 |
| Art. 20 – Estensione territoriale | 13 |
| Art. 21 - Coassicurazione e Delega | 13 |
| Sezione 3 – Condizioni di assicurazione..... | 15 |
| Art.1 - Oggetto della copertura | 15 |

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

| | |
|--|-----------|
| Art.2 – Estensioni di garanzia | 16 |
| Art.3 – Esclusioni..... | 18 |
| Art.4 – Persone escluse dall’assicurazione o non assicurabili..... | 18 |
| Sezione 4 – Operatività della polizza infortuni..... | 19 |
| Art.1 – Casi assicurati..... | 19 |
| Art. 2 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi | 21 |
| Art.3 – Criteri di indennizzabilità | 21 |
| Art.4 – Controversie..... | 21 |
| Art.5 – Liquidazione dell’indennità..... | 22 |
| Art. 6 - Anticipo indennizzo | 22 |
| Sezione 5– Categorie, somme assicurate, franchigia, scoperti e calcolo del premio | 23 |
| Art. 1 – Categorie assicurate | 23 |
| A - CONDUCENTI MEZZI ENTE..... | 23 |
| B - PERSONALE IN MISSIONE - DIPENDENTI USO MEZZO PROPRIO..... | 23 |
| C - Volontari appartenenti alle Associazioni di Volontariato..... | 24 |
| D - DONATORI DI SANGUE (DGR 30 30061 del 18/07/1997)..... | 24 |
| E - Medici specialisti ambulatoriali e sostituti di incarico | 24 |
| F - Dipendenti addetti al servizio di elisoccorso e/o automedica..... | 25 |
| Art. 2 – Calcolo del premio..... | 25 |

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata

Art. 1 – Definizioni

Le norme qui di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

| | |
|--------------------------------|---|
| Annualità assicurativa: | Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione. |
| Assicurato: | Persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione. |
| Assicurazione: | Il contratto di Assicurazione. |
| Beneficiario: | In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso. |
| Broker: | Marsh S.p.A |
| Comunicazioni: | Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile. |
| Contraente: | Il soggetto che stipula l'assicurazione. |
| Franchigia assoluta: | La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto esclusivamente per la parte eccedente, decurtando dall'indennizzo quanto ricompreso nella franchigia. |
| Franchigia relativa: | La soglia di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità al di sotto della quale il sinistro non viene indennizzato. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto per l'intero senza deduzione di alcuna franchigia. |
| Inabilità temporanea: | La perdita temporanea, a seguito di infortunio o malattia, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate. |
| Infortunio | Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea. |
| Indennizzo | La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro. |
| Invalidità permanente: | La diminuzione o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato. |
| Istituto di cura: | L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privata, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno. |
| Malattia: | Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche |

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

| | |
|--------------------------------|---|
| | oggettivamente constatabili |
| Massimale per anno: | La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo. |
| Massimale per sinistro: | La massima esposizione della Società per ogni sinistro. |
| Polizza: | Il documento che prova l'assicurazione. |
| Premio: | La somma dovuta dal Contraente alla Società. |
| Retribuzioni | Tutto quanto al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue retribuzioni (es. stipendio, altri elementi a carattere continuativo, provvigioni, premi di produzione, l'equivalente del vitto ed alloggio eventualmente dovuti al dirigente). Sono esclusi i rimborsi spese e emolumenti a carattere eccezionale. Come riferimento per la liquidazione dell'indennizzo, si considera retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, si considera la retribuzione annua presunta spettante a norma del relativo contratto di lavoro previa richiesta di apposita certificazione del datore di lavoro. |
| Ricovero: | La degenza in Istituto di cura (pubblici, accreditati o privati, in Italia e all'estero) che comporti almeno un pernottamento. |
| Rischio: | La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne. |
| Rischio in itinere: | La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati. |
| Scoperto: | La parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato. |
| Sinistro: | Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa. |
| Società: | L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici. |

Art. 2 - Soggetti assicurati

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

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate: per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente. Il Contraente è inoltre esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, e riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è obbligatoria ai sensi di legge o di CCNL, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

Per le categorie attivabili a richiesta la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente e scadrà alle ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo. Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione.

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione

Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. 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 variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio anch'esse operanti a primo rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza. Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C..

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C.

Art. 3 - Durata dell'assicurazione (opzione base con rescindibilità annuale bilaterale)

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni tre con effetto dalle ore 24.00 del 30/06/2019 e scadenza alle ore 24.00 del 30/06/2022.

Si precisa altresì che il Contraente si riserva di esercitare la facoltà, ai sensi dell'art. 106 comma 1 lett. a) del D.Lgs. 50/2016, così come previsto all'art. 4.2 del disciplinare, di rinnovare il contratto per un massimo di ulteriori 3 (tre) anni alle medesime condizioni contrattuali comunicandola alla Società mediante posta elettronica certificata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto originario. In questo caso la Società si riserva di accettare o meno la ripetizione del pertinente contratto, fermo restando il periodo di proroga tecnica di cui al punto 4.1 del disciplinare.

Le parti hanno la facoltà di recedere dal presente contratto a ogni scadenza anniversaria previa comunicazione da inviare alla società tramite raccomandata A/R o mezzi equiparati quali posta certificata (PEC), entro 180 o dalla scadenza del contratto.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

E' inoltre facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto o la cessazione per qualsiasi causa, richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 6 mesi decorrenti dalla scadenza o cessazione.

Art. 3 - Durata dell'assicurazione (opzione migliorativa con rescindibilità della contraente)

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni tre con effetto dalle ore 24.00 del 30/06/2019 e scadenza alle ore 24.00 del 30/06/2022.

Si precisa altresì che il Contraente si riserva di esercitare la facoltà, ai sensi dell'art. 106 comma 1 lett. a) del D.Lgs. 50/2016, così come previsto all'art. 4.2 del disciplinare, di rinnovare il contratto per un massimo di ulteriori 3 (tre) anni alle medesime condizioni contrattuali comunicandola alla Società mediante posta elettronica certificata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto originario. In questo caso la Società si riserva di accettare o meno la ripetizione del pertinente contratto, fermo restando il periodo di proroga tecnica di cui al punto 4.1 del disciplinare.

La Contraente ha la facoltà di recedere dal presente contratto a ogni scadenza anniversaria previa comunicazione da inviare alla società tramite raccomandata A/R o mezzi equiparati quali posta certificata (PEC), entro 180 giorni dalla scadenza del contratto.

E' inoltre facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto o la cessazione per qualsiasi causa, richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 6 mesi decorrenti dalla scadenza o cessazione.

Art. 4 – Pagamento e decorrenza della garanzia

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al 30/06/2019 e al 30/06 di ogni scadenza anniversaria.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 90 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza (31/12/2018), se la prima rata di premio è stata pagata entro i 90 giorni successivi.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

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

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

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

Art. 5 – Regolazione del premio

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile. Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 150 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società, e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs 231/2002 e smi..

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

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

Art. 6 - Recesso a seguito di sinistro (opzione base)

Dopo ogni sinistro e fino al 180esimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 (centottanta) giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 180 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

La Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 – "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati

Art 6 - Recesso a seguito di sinistro.(opzione migliorativa)

Non si applica al presente contratto.

Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

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

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente

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

Art. 11 - Interpretazione del contratto – Clausola di Buona fede *(opzione base)*

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 11 - Interpretazione del Contratto - Clausola di Buona fede *(Opzione migliorativa)*

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i 60 giorni. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc... L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benessere dell'Assicurato.

Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio (opzione base)

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
 2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
 3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
 4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati
- si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purchè editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio (opzione migliorativa)

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società:

5. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
 6. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
 7. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
 8. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati
- si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purchè editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- f) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- g) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- h) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

- i) sinistri senza seguito;
- j) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 15 - Clausola Broker

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh S.p.A. di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto della Stazione Appaltante dal broker.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Qualora l'Impresa aggiudicataria intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker. La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del 7%. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dall'impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione Aggiudicatrice.

Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n° 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

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

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

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

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione

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

Art. 19- Trattamento dei dati

Ai sensi della normativa vigente in ambito del trattamento dei dati, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 20 – Estensione territoriale

L'Assicurazione, per i casi di morte ed invalidità permanente, vale per il mondo intero. L'Assicurazione, per i casi di inabilità temporanea e per le diarie, vale per il territorio dell'Europa geografica fermo restando che gli indennizzi saranno corrisposti in Italia.

Art. 21 - Coassicurazione e Delega¹

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,

¹ L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.

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

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

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

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore. La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

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

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso.

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 22 – Disposizione finale

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

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

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Sezione 3 – Condizioni di assicurazione**Art.1 - Oggetto della copertura**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, compreso il rischio *in itinere*, e che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Limitatamente alle categorie assicurate per le quali è espressamente richiamata nella Sezione 5 l'estensione ai rischi extraprofessionali, si conviene che l'Assicurazione vale altresì nello svolgimento di ogni altra attività svolta dall'Assicurato senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- c) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- d) ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- e) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- f) l'annegamento;
- g) l'assideramento o congelamento;
- h) la folgorazione;
- i) i colpi di sole o di calore o di freddo;
- j) le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- k) gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, uso di armi anche non convenzionali, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- m) gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;
- n) gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- o) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di cicli, ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di abilitazione alla guida medesima;
- p) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- q) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- r) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici. Tale estensione di garanzia non si applica ai soggetti Assicurati durante lo svolgimento delle proprie mansioni professionali per conto della Contraente, ed in ogni caso non si applica a tutti i soggetti Assicurati, per gli infortuni subiti alla guida di veicoli a motore e/o natanti in genere;
- s) gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- t) gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- u) gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali;

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

- v) Le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.

Art.2 – Estensioni di garanzia

A. Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 2.500,00 (o come diversamente indicato nella scheda di offerta tecnica), delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato.

B. Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 2.500,00 (o come diversamente indicato nella scheda di offerta tecnica), delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

C. Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 2.500,00 (o come diversamente indicato nella scheda di offerta tecnica),

D. Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente o di riduzione dell'efficienza estetica, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 5.000,00 (o come diversamente indicato nella scheda di offerta tecnica), per evento.

E. Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

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

- € 2.100.000,00 = per il caso di invalidità permanente
- € 2.100.000,00 = per il caso morte
- 500,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta

per persona e di:

- €5.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €5.000.000,00.= per il caso di morte
- 5.000,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

complessivamente per aeromobile.

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

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

F. Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'articolo denominato "Esclusioni", la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

G. Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa alle malattie riconosciute come professionali e/o 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. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

H. Responsabilità del contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità.

L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.

I. Ernie traumatiche e da sforzo (operante se offerta nella scheda di offerta tecnica)

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art 1 (Oggetto della copertura), l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 4 - Controversie – della Sezione 4.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

J. RIMBORSO SPESE MEDICHE

Per le categorie assicurate, in caso di prestazioni sanitarie, rese necessarie da infortunio indennizzabile ai sensi della presente polizza, la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 5.000,00 per persona assicurata.

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

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

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

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

Art.3 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio guerra";
2. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
3. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
4. dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni con autorespiratore, gare con utilizzo di veicoli o natanti a motore (salvo i raduni automobilistici e gare di regolarità pura) nonché relative prove ed allenamenti, alpinismo e arrampicata libera oltre il terzo grado eseguiti senza accompagnamento di Guida professionista, Istruttore del Club Alpino Italiano o comunque riconosciuto da altro Club Alpino Nazionale.
5. in conseguenza di partecipazione ad imprese temerarie salvo, in quest'ultimo caso, che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;

Art.4 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottant'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;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Sezione 4 – Operatività della polizza infortuni

Art.1 – Casi assicurati

L'assicurazione vale per i casi assicurati di seguito elencati. A ciascun caso assicurato si applicano le somme assicurate rispettivamente previste per ciascuna categoria di assicurati come previsto nella successiva Sezione 5.

A. MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, l'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno dell'evento. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato.

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

B. MORTE PRESUNTA

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

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

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

C. INVALIDITA' PERMANENTE (opzione base)

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'evento è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria), con rinuncia, in caso di infortunio, alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

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

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

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 l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

C. INVALIDITA' PERMANENTE (opzione migliorativa)

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'evento è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria), con rinuncia, in caso di infortunio, alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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

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

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata (opzione migliorativa).

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 l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

D. DIARIA PER INABILITA' TEMPORANEA, RICOVERO

Qualora sia provato che l'infortunio, indennizzabile ai termini della presente polizza ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società, con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera prevista:

- integralmente, in caso di ricovero o di applicazione di gessatura, nonché per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni professionali;
- nella misura del 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali.

Il computo dei giorni per il quale si riconosce l'indennizzo decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio, se regolarmente denunciato, o in caso di ritardo dalle ore 24 del giorno della denuncia, dedotto il numero di giorni eventualmente in franchigia. L'indennizzo è dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in istituto di cura o applicazione della gessatura, fermo restando che la liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo rinnovo di certificati medici.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

- L'indennità viene corrisposta, in caso di inabilità temporanea, per il periodo massimo previsto di 365 giorni.
- L'indennità viene corrisposta, in caso di ricovero, per il periodo massimo previsto di 180 giorni.

Le diarie relative ad un medesimo periodo giornaliero non sono cumulabili tra loro, tuttavia in caso di indennizzabilità di più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella di importo maggiore.

D. RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte, l'inabilità permanente o l'inabilità temporanea dell'Assicurato, rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato: le spese e gli onorari sostenuti per prestazioni mediche e chirurgiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, accertamenti medico legali, terapie fisiche e trattamenti riabilitativi, acquisto di farmaci, tutori, presidi e protesi ortopediche ed oculari, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi.

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

Art. 2 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 9° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

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

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

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

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

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato di aver provveduto all'apertura del sinistro entro 15 giorni dalla ricezione della denuncia, segnalando il numero di riferimento assegnato. La Società si impegna ad individuare un unico centro di liquidazione danni per la gestione di tutti i sinistri che colpiscono la presente polizza ed a comunicare all'Assicurato il nominativo di un unico referente per la liquidazione dei danni.

Art.3 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art.4 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici,

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

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

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

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

Art.5 – Liquidazione dell'indennità

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

Art. 6 - Anticipo indennizzo

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 90 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% 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.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Sezione 5– Categorie, somme assicurate, franchigia, scoperti e calcolo del premio

Art. 1 – Categorie assicurate

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per i rischi, le garanzie, somme assicurate e massimali specificamente indicati.

Si conviene che per l'identificazione degli Assicurati e della loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli apposti atti del Contraente.

A - CONDUCENTI MEZZI ENTE

Infortuni subiti dai conducenti e dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i veicoli di proprietà o in uso all'Ente - compreso a titolo esemplificativo e non limitativo il leasing. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli automezzi. La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (Titolo X del D.Lgs. 209/2005).

| Garanzia | Somme Assicurate |
|--------------------------------|------------------|
| Morte | € 350.000,00 |
| Invalità permanente | € 400.000,00 |
| Diaria da inabilità temporanea | non prevista |

B - PERSONALE IN MISSIONE - DIPENDENTI USO MEZZO PROPRIO

La garanzia deve intendersi prestata, in conformità agli obblighi derivanti al Contraente ai sensi di legge nonché dalle disposizioni organizzative Delibere e Determine anche di fonte Aziendale, per garantire il personale per gli infortuni subiti durante lo svolgimento della missione o adempimenti di servizio fuori ufficio, qualora sia autorizzato l'utilizzo di mezzi di trasporto, purché non intestati al PRA a nome del Contraente (vedi categoria "Conducenti mezzi Ente"), quali autoveicoli e motoveicoli, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative. L'assicurazione garantisce anche gli infortuni alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

La garanzia deve intendersi estesa alla forzata sosta e alla ripresa della marcia.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (Titolo X del D.Lgs. 209/2005).

| Garanzia | Somme Assicurate |
|--------------------------------|------------------|
| Morte | € 350.000,00 |
| Invalità permanente | € 400.000,00 |
| Diaria da inabilità temporanea | non prevista |

C - Volontari appartenenti alle Associazioni di Volontariato

L'Assicurazione è valida per gli infortuni subiti dai Volontari appartenenti ad Associazioni di Volontariato durante lo svolgimento del servizio per conto dell'Azienda Ospedaliera sia presso le Strutture della Contraente che presso strutture esterne, nonché le Case Alloggio che ospitano i malati di mente, compreso il rischio in itinere, quello connesso all'accompagnamento in auto dei pazienti e quello connesso agli spostamenti da una struttura all'altra. Per identificazione dei soggetti assicurati si farà riferimento ai registri tenuti dalla Contraente.

| Garanzia | Somme Assicurate |
|------------------------------------|------------------|
| Morte | € 100.000,00 |
| Invalità permanente | € 100.000,00 |
| Diaria per ricovero per infortunio | € 50,00 |

D - DONATORI DI SANGUE (DGR 30 30061 del 18/07/1997)

La Società garantisce, per le somme indicate di seguito, ogni donatore di sangue che si rechi presso l'Ente contraente o in qualsiasi altro luogo per conto dell'Ente stesso, da qualunque infortunio connesso o derivante dal prelievo/donazione di sangue (e suoi derivati) sia durante la donazione sia durante le visite di controllo negli ambulatori, inclusi 11 rischio in itinere e le conseguenze derivanti dalla donazione, compresi, a titolo esemplificativo e non limitativo: collasso cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, paraflebiti, infezioni, plasmaferesi del sangue e le conseguenze derivanti dalle operazioni di citoafelisi e leucoafelisi. Sono equiparate alle donazioni di sangue, quindi garantite dal contratto, anche le visite di idoneità effettuate dagli aspiranti donatori.

| Garanzia | Somme Assicurate |
|--|------------------|
| Morte | € 260.000,00 |
| Invalità permanente | € 260.000,00 |
| Diaria da inabilità temporanea | € 55,00 |
| Rimborso Spese Mediche (in aggiunta alla somma prevista all'art. 2 della sez..3) | € 500,00 |

E - Medici specialisti ambulatoriali e sostituti di incarico

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Il contratto assicura gli infortuni subiti dai medici specialisti e sostituti di incarico in occasione delle attività professionali, compreso l'accesso da e per la sede dell'ambulatorio, nonché in occasione dello svolgimento di attività al di fuori della sede abituale di lavoro, il tutto svolto per conto della Contraente. La garanzia comprende anche il rischio in itinere da e per la sede dell'ambulatorio.

| Garanzia | Somme Assicurate |
|--------------------------------|------------------|
| Morte | € 1.033.000,00 |
| Invalità permanente | €1.033.000,00 |
| Diaria da inabilità temporanea | € 155,00 |

F - Dipendenti addetti al servizio di elisoccorso e/o automedica

Il contratto assicura gli infortuni subiti dai dipendenti durante la fase di intervento sia su Elisoccorso, escluso però il rischio volo, che su Automedica, restando inteso che possono coincidere anche in un unico servizio entrambe le tipologie di trasporto, ferma restando l'operatività della garanzia esclusivamente per gli infortuni a terra.

Relativamente al personale comandato su Elisoccorso, resta convenuto che il rientro dall'operazione ne può essere effettuato anche su Automedica o qualsiasi altro mezzo di terra.

Relativamente al personale addetto al servizio su Automedica, resta convenuto che il servizio stesso può essere prestato anche con qualsiasi mezzo di soccorso di terra.

| Garanzia | Somme Assicurate |
|--------------------------------|------------------|
| Morte | € 500.000,00 |
| Invalità permanente | € 500.000,00 |
| Diaria da inabilità temporanea | € 104,00 |

Art. 2 – Calcolo del premio

Il premio, **finito di accessori e imposte**, risulta così determinato

| Cat.ri a | Descrizione | Parametro (Preventivato per gara) | Premio unitario | Premio complessivo |
|-------------|---|---|--------------------|-----------------------|
| A | Conducenti mezzi Ente | n°44 veicoli | € | € |
| B | Personale in missione - dipendenti uso mezzo proprio | n°25.000 Km annuali | € | € |
| C | Volontari appartenenti alle Associazioni di Volontariato | n. 100 assicurati | € | € |
| D | Donatori di sangue | 2.200 n. donazioni | € | € |
| E | Medici specialisti | n.23 medici | € | € |

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

| Cat.ri a | Descrizione | Parametro (Preventivato per gara) | Premio unitario | Premio complessivo |
|-------------|--|--|--------------------|-----------------------|
| | ambulatoriali e sostituti di incarico | | | |
| F | Dipendenti addetti al servizio di elisoccorso e/o automedica | n. 9 addetti (di cui n.3 elisoccorso; n. 6 automedica) | € | € |
| € | | | | |

• **SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO**

| | |
|-------------------------|----------------|
| Premio annuo imponibile | € |
| Imposte | € |
| Totale | € |

Il Contraente

La Società

.....

.....

Data..... Timbro e firma per accettazione.....