

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**

**La presente Polizza è stipulata tra
stipulata tra**

AUSL DELLA ROMAGNA
VIA DE GASPERI, N.8
48121 RAVENNA (RA)
CF/P.IVA 02483810392
CIG

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	30.06.2021
Rateo alle ore 24:00 del	31.12.2021
Alle ore 24.00 del:	31.12.2025

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24:00 di ogni	31.12.
-------------------------------	---------------

SOMMARIO

Art.1 - Definizioni	3
Art.2 – Identificazione degli Assicurati	4
Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Aggravamenti-Diminuzioni del rischio -buona fede	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....	9
Art.3 - Durata dell'assicurazione - proroga - rinnovo- disdetta	5
Art.4 - Pagamento del premio e delle appendici con incasso premio - decorrenza dell'assicurazione.....	5
Art.6 - Recesso a seguito di sinistro	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art.7 - Modifiche dell'assicurazione	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art.8 - Forma delle comunicazioni tra le Parti.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art. 9 - Oneri fiscali.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art.10 - Foro competente.....	8
Art.13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art.15 – Gestione della polizza – Clausola Broker.....	6
Art.16 - Rinvio alle norme di Legge	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art. 17- Tracciabilità dei flussi finanziari.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art.18 - Prevalenza	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art.19– Tutela della Privacy.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art.3 – Diaria di ricovero (valida ove richiamata).....	12
Art.5 – Diaria per inabilità temporanea (valida ove richiamata).....	12
Art.7 – Spese di pronto soccorso e/o trasporto a carattere sanitario	13
Art.9 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero).....	13
Art.1 – Criteri di indennizzabilità	16
Art.2 – Valutazione del danno - Controversie	17
Art.3 – Liquidazione dell'indennità.....	18
Art. 6 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi	15
Art. 7 - Cumulo di indennità	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art.4 – Riparto di coassicurazione (<i>Valevole in caso di Coassicurazione</i>)	26

DEFINIZIONI

Art.1 - Definizioni

Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di Polizza.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione
Contraente:	Il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione, in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Assicurato:	Il Contraente e qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari (con intervento in quietanza dell'Ente), in tutti gli altri casi l'Assicurato stesso.
Ente:	L'Amministrazione Contraente e/o altre Amministrazioni
Società/Assicuratori/Impresa:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
Broker:	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'Assicurazione
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
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 la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società, in caso di Sinistro, all'Assicurato e/o agli aventi diritto.
Franchigia	La parte di danno espressa in misura fissa che resta a carico dell'Assicurato.
Scoperto:	La parte di danno espressa in misura percentuale che resta a carico dell'Assicurato.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'Assicurazione.
Danno	Il pregiudizio economico in capo all'Assicurato causato da un Sinistro indennizzabile sulla base delle condizioni tutte di Polizza, senza tenere conto di eventuali detrazioni (scoperti e franchigie) e limiti di Indennizzo
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 e/o un ricovero e/o un rimborso spese
Malattia	Ogni alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Morte presunta	Il mancato ritrovamento del corpo dell'Assicurato entro un anno dal verificarsi di un infortunio, deve intendersi parificata al caso di morte e parimenti indennizzata
Invalità permanente:	La diminuita capacità o la perdita, in misura definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea:	La perdita, temporanea, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e

	normale attività od 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 privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, nonché qualsiasi altro istituto e/o struttura per convalescenza o per lunga degenza, dotato di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di eventi morbosi o lesivi, autorizzato all'erogazione di assistenza socio-sanitaria e/o ospedaliera.
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale/Somma/capitale per sinistro	La massima esposizione economica della Società per sinistro.
Limite di indennizzo/risarcimento	La massima esposizione economica della Società in caso sinistro che coinvolga più Assicurati.
Sforzo	L'impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esulano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato
Atti di terrorismo	Una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico, o religioso, o ideologico o etnico.
Rischio in itinere	I trasferimenti, spostamenti, effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione, oppure a piedi, dall'Assicurato, tra la propria abitazione, anche se occasionale, o altro luogo ed il normale luogo di lavoro e/o abituale destinazione, sia all'andata che al ritorno, oppure qualsiasi altro luogo ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione e/o occupazione e/o attività assicurati e/o qualsiasi incarico e/o funzione, compresi spostamenti. La garanzia si intende operante anche durante le operazioni di salita e discesa dai mezzi di trasporto.

Art.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 5 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

La garanzia è inoltre operante per i dipendenti del Contraente che possono essere utilizzati (in comando, distacco o assegnazione temporanea), a tempo pieno o parziale, presso Enti/Società convenzionati e non, qualora ragioni organizzative dell'Ente/Società lo richiedano nell'ambito di accordi di collaborazione tra singoli Enti/Società o gestioni associate.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

SEZIONE 1

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGA - RINNOVO- RECESSO

La presente Assicurazione ha la durata indicata nel frontespizio di polizza cesserà automaticamente senza obbligo di disdetta.

E' facoltà del contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e per un periodo di sei mesi. La società s' impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo 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.

Ai sensi dell'art. 35 D.lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente Contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo a condizioni normo-economiche vigenti, per una durata di 3 anni, previa adozione di apposito atto e previo benessere della Società.

È attribuita alle Parti la facoltà di recedere dalla presente assicurazione ad ogni scadenza anniversaria, mediante comunicazione (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 6 (sei) mesi prima della predetta scadenza.

L'assicurato, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), 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 ad 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 ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art.2 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DELLE APPENDICI CON INCASSO PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza anche se il pagamento del primo Premio potrà essere effettuato dal Contraente entro 90 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga il Premio o la rata di Premio successiva entro tali termini, l'Assicurazione resta sospesa, dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del Premio, e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di Premio potranno essere pagate entro 90 giorni dalla data di ricezione, da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Anche per questi casi resta convenuto che si applicano tutte le condizioni e le modalità di pagamento previste al secondo comma, restando altresì inteso che l'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato nel documento di variazione.

I premi devono essere pagati alla Società o all'Agenzia a cui fa capo la gestione della Polizza per il tramite del Broker incaricato della gestione della Polizza di Assicurazione.

Resta ferma la possibilità dell'Ente di pagare i premi direttamente alla società / agenzia presso la quale il contratto è appoggiato.

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

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 gennaio 2008 n° 40 e 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 DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. 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 di tutti i 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 artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Art.3 – GESTIONE DELLA POLIZZA – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza all'A.T.I. Aon S.p.A., (Ditta Mandataria) e Willis S.p.A. (Ditta Mandante) entrambe iscritte alla Sezione B, di cui al Registro Unico degli Intermediari, ai sensi dell'art. 109, D. Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii.

L'Assicurato e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente Assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente Polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/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/Assicurato stesso, salvo che per la comunicazione di recesso o disdetta che dovrà essere effettuata direttamente dalla Società al Contraente e viceversa, mettendo in copia il Broker. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il Broker è autorizzato ad incassare i Premi. La Società pertanto, riconosce che il pagamento dei Premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura del 3,99% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Qualora il pagamento dovesse essere fatto direttamente dal Contraente alla Società, quest'ultima dovrà darne avviso al Broker.

Resta inteso tra le Parti che al Broker, aggiudicatario dalla gara Broker indetta dal Contraente è affidata la gestione e l'esecuzione della presente Polizza.

Le comunicazioni a cui le parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite del Broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall'una all'altra parte, anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Gestione della Polizza in presenza di Corrispondente/Coverholder

Con la sottoscrizione del presente contratto di assicurazione si prende atto che il Contraente e/o l'Assicurato conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, al Broker indicato nella scheda di polizza e di cui all'articolo precedente, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/Coverholder indicato nel frontespizio di polizza. Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder si considererà come effettuata all'assicurato o al Contraente;
- b) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata dall'assicurato o dal Contraente.

La Società conferisce mandato al Corrispondente/Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

- aa) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata alla Società;
- bb) ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder al Broker, si considererà come effettuata dalla Società.

Art. 4 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte per iscritto mediante lettera raccomandata, e-mail, PEC (posta elettronica certificata) ed indirizzate al Broker e/o alla Società, salvo che per la comunicazione di recesso o disdetta che dovrà essere effettuata direttamente dalla Società al Contraente e viceversa tramite PEC, mettendo in copia il Broker.

Art. 5 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONI DI 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 dell'Assicurato in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. L'Assicurato 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 scritta da parte dell'U.O. competente per l'esecuzione del contratto e la gestione dei sinistri.

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 artt. 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. XX – VARIAZIONE DELLA NORMATIVA VIGENTE

Ad integrazione di quanto riportato all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONI DI RISCHIO*, la Società si impegna a riconoscere l'applicazione di eventuali modifiche alla normativa vigente riferita alla regolamentazione dei rapporti con gli Assicurati a far tempo dalla data in cui tali provvedimenti diventano esecutivi.

Si conviene quindi che qualora dette modifiche producano una variazione dei capitali assicurati presi come base per la determinazione dell'indennizzo, il premio conteggiato verrà proporzionalmente variato.

Per tutti gli altri casi, saranno concordate variazioni alle condizioni contrattuali qui previste e, conseguentemente, al premio convenuto.

ART. 6 – REVISIONE DEL PREZZO

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO*, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO –*

VARIAZIONE DEL RISCHIO e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs.50/2016 ss.mm.ii., la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.

- b) Il contraente, entro 30 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo *RECESSO*.

ART. 7 - RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione mediante comunicazione da effettuarsi al Contraente a mezzo posta elettronica certificata, inserendo in copia il Broker.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 giorni dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 30 giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

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 90 giorni. Il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini previsti all'articolo *Pagamento del Premio e delle appendici con incasso premio - decorrenza dell'Assicurazione*.

ART. 8 – 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 90 giorni 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, salvo che tale inesattezza della dichiarazione o la reticenza non abbia influito direttamente sul Sinistro stesso.

ART. 10- RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO

Il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente assicurazione.

ART. 11 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 lo stesso oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal d.lgs. 28/2010 s.m.i..

ART. 12 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. 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 9 dell'art. 3 della legge 136/2010. La Società è tenuta al pieno rispetto di quanto previsto dall'Art. 3 della Legge 136/2010 e ss.mm. ii.

In tale caso la risoluzione del contratto non pregiudica comunque le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione di diritto, restando immutato il regolare iter liquidativo.

ART. 13 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

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

ART. 14 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico della Contraente.

ART. 15 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 16 TUTELA DELLA PRIVACY

Ai sensi del Regolamento U.E. n. 679/2016 ss. mm. e ii., nonché del Dlgs. 30/06/2003 n. 196, laddove non in contrasto con il Regolamento, e del Garante per la Protezione dei Dati Personali 26.4.2007, si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

ART. 17 COASSICURAZIONE E DELEGA (VALEVOLE IN CASO DI COASSICURAZIONE)

In caso di coassicurazione l'Assicurazione è ripartita per quote tra gli Assicuratori indicati nel riparto di polizza.

In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente Polizza le coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, Somma assicurata ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Società delegataria in ragione e/o a causa della presente Polizza.

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

ART. 18 ESTENSIONI TERRITORIALI

La presente Polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.

ART. 19 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente è esonerato dal comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione. Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future. Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

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

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

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

ART. 20 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche delle polizze debbono essere provate per iscritto.

ART. 21 VALIDITÀ DELLE NORME DATTILOSCRITTE

La firma apposta dal Contraente sui moduli a stampa della Compagnia vale solo quale presa d'atto; fanno fede esclusivamente le norme contenute nel presente capitolato di Polizza di Assicurazione.

ART. 22 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

ART. 23 SANZIONI E RESTRIZIONI INTERNAZIONALI

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 qualsiasi 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.

SEZIONE 2

RISCHI COPERTI

ART.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE ED ESTENSIONI DELLA COPERTURA

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4, 5 della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 5.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai restanti articoli della presente Sezione. Le garanzie sono prestate per Assicurato e per Sinistro, salvo ove diversamente specificato. E' considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Sono altresì considerati "infortuni" e quindi compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa, anche causata da fuga di gas o vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni e/o lesioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze o alimenti, anche aventi origine traumatica;
- contatto con acidi o corrosivi;
- le affezioni, alterazioni patologiche conseguenti a calci e/o morsi di animali in genere, rettili, nonché punture di aracnidi, insetti, contatto con piante e/o vegetali in genere, nonché le infezioni tutte (comprese quelle tetaniche); sono comprese anche le affezioni, alterazioni, patologiche conseguenti a tutti i predetti casi;
- le ustioni in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento ed il congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
- i colpi di sole o di calore o di freddo ed altre conseguenze termiche ed atmosferiche;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere, nonché quelli per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni sofferti e/o derivanti da malore od incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- gli infortuni subiti durante la partecipazione a squadre antincendio;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- gli infortuni subiti durante i viaggi aerei e su velivoli (rischio aeronautico), compresa la salita e la discesa su/dal mezzo, in caso di fermata e/o sosta del velivolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa del volo;
- gli infortuni derivanti da comportamenti colposi, anche gravi, degli Assicurati ai sensi dell'Art. 1900 c.c.;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di tutti i veicoli a motore e non, carrelli, natanti, compresa la salita e la discesa su/dal mezzo di trasporto, veicolo e natante, per gli infortuni subiti, in caso di fermata e/o sosta del veicolo o natante, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia;
- le infezioni, inclusi HIV, epatite B e C e malattie virali, conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente. L'operatività della garanzia è subordinata alla denuncia dell'infortunio entro 7 giorni dal fatto; la Società potrà richiedere un'analisi del sangue comprovante la sieronegatività, al momento del trauma, per la patologia sospettata; l'Assicurato dovrà rendersi disponibile alle analisi successive che la Società riterrà opportuno richiedergli nei 30 giorni dalla denuncia dell'infortunio. In caso di negatività, le analisi dovranno essere ripetute entro 180 giorni dalle

precedenti. Qualora anche quest'ultimo referto risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo; per il solo H.I.V.; tale accertamento sarà effettuato dopo 12 mesi dall'ultimo referto.

- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche;
- la “morte presunta”;
- gli infortuni causati da calamità e forze della natura (a titolo esemplificativo: terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, maree, mareggiate, esondazioni, inondazioni, frane, allagamenti, neve, grandine, smottamenti, valanghe, slavine, etc.).

ART.2 – DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA (VALIDA OVE RICHIAMATA)

La Società corrisponde, in caso di infortunio o malattia indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, fino al limite indicato nella relativa categoria di Assicurati di cui alla Sezione n. 5

L'indennità giornaliera viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dalle 24:00 del giorno dell'infortunio fino alle 24:00 dell'ultimo giorno di inabilità.

Per le categorie mediche l'indennizzo verrà calcolato come disposto dai relativi CCNL.

ART.3 – DIARIA DI RICOVERO (VALIDA OVE RICHIAMATA)

La Società corrisponde, in caso di infortunio o malattia indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero, fino al limite indicato nella relativa categoria di Assicurati di cui alla Sezione n. 5

L'indennità giornaliera viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dal giorno di entrata e sino a quello di uscita; al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

ART.4 – DIARIA DI GESSATURA (VALIDA OVE RICHIAMATA)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di gessature e/o di apparecchi gessati e/o di tutori immobilizzanti, l'indennità giornaliera per ogni giorno della loro effettiva applicazione, fino al limite indicato nella relativa categoria di Assicurati di cui alla Sezione n. 5.

L'indennità giornaliera viene corrisposta per un periodo massimo di 90 giorni, a decorrere dal giorno di effettiva applicazione e sino al giorno della rimozione; al fine del computo dei giorni, il giorno di applicazione e quello di rimozione sono computati come due giorni.

ART.5 – RIMBORSO SPESE MEDICHE E FARMACEUTICHE (VALIDA OVE RICHIAMATA)

La Società garantisce fino alla concorrenza del capitale espresso per assicurato e per sinistro, il rimborso delle spese per: onorari dei medici, dei chirurghi e di ogni altro soggetto componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, interventi chirurgici anche ambulatoriali, rette di degenza in ospedali e istituti/case di cura, analisi ed accertamenti medico-legali e diagnostici, strumentali, esami, esami di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa, terapie fisiche, apparecchi terapeutici ed endoprotesi, visite mediche, specialistiche, cure oculistiche, applicazione di gessature, apparecchi gessati, bendaggi, e docce di immobilizzazione, acquisto di medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, acustici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche, nonché per cure odontoiatriche, odontotecniche e protesi dentarie, e le spese per bagni, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), spese per prestazioni medico-infermieristiche, medicali, le spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio.

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

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

ART.6 – 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.

ART.7 – SPESE DI PRONTO SOCCORSO E/O TRASPORTO A CARATTERE SANITARIO

La Società rimborsa, fino al limite di € 5.000,00=, le spese di pronto soccorso (anche se non consumate in Istituto di cura) e/o per il trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio o residenza dell'Assicurato a mezzo ambulanza e/o mezzo speciale di soccorso o altro mezzo ritenuto idoneo.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall'Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia "Malattie contratte in servizio e per cause di servizio" di cui all'art. 6 della presente Sezione.

ART.8 – RIENTRO SANITARIO

La Società rimborsa, fino al limite di € 5.000,00=, le 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 Istituto di cura attrezzato in Italia.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall'Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia "Malattie contratte in servizio e per cause di servizio" di cui all'art. 6 della presente Sezione.

ART.9 – RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

La Società rimborsa, fino al limite di € 5.000,00= per Assicurato, le spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura.

ART.10 – 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, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni, interventi – anche di chirurgia plastica ed estetica - effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico.

La presente garanzia è prestata fino limite di € 15000,00= per sinistro.

ART.10 – RISCHIO AERONAUTICO (relativamente alla categoria F PERSONE IN TRASFERTA, devono intendersi operanti le condizioni di cui all'art. 3 della Sez. 5)

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. 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:

- € 2.000.000,00= per il caso di invalidità permanente
- € 2.000.000,00= per il caso morte

- €. 500,00= al giorno per inabilità temporanea per persona e di:
- €.6.000.000,00= per il caso di invalidità permanente
- €.6.000.000,00= per il caso di morte
- €. 6.000,00= al giorno per inabilità temporanea complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali che si riferiscono 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. Agli effetti della garanzia, il viaggio si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

ART.11 – SERVIZIO MILITARE

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva, nonché quali volontari del servizio civile.

ART.12 – RISCHIO GUERRA

L'Assicurazione copre gli infortuni derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

ART.13 – ERNIE E LESIONI DA SFORZO

La garanzia è estesa alle ernie ed alle lesioni in genere conseguenti a sforzo.

Qualora l'ernia, anche bilaterale:

- sia operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata per la Invalidità Permanente; per il caso di Inabilità Temporanea viene corrisposta l'indennità fino ad un massimo di 30 giorni.
- non sia operabile, secondo parere medico, l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL precedentemente indicata, fermo restando un limite massimo pari al 10% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alla Sezione 3.

ART. 14 - DIABETE

L'assicurazione è operante anche per le persone affette da diabete a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

ART. 15 – SERVIZIO EMERGENZA E PROTEZIONE CIVILE

L'assicurazione è operante anche durante l'espletamento di incarichi e/o servizi svolti dagli Assicurati su incarico e/o autorizzazione dell'Ente Contraente nell'ambito di situazioni di emergenza e protezione civile.

ART. 16 – ESTROMISSIONE SOGGETTI ASSICURATI

La Società prende atto che il Contraente si riserva di richiedere l'esclusione dalla copertura di una o più categorie di soggetti assicurati. In tal caso, la richiesta di estromissione si intenderà quale cessazione di rischio ai sensi dell'art. 1896 codice civile e la Società provvederà, comunque, al rimborso del premio pagato e non goduto relativo al periodo di cessazione di rischio.

ART. 17 - CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE ED ATTIVITÀ PROFESSIONALI DIVERSE

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che il Contraente e/o Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta proporzione esistente tra il premio pagato ed il premio che avrebbe dovuto pagare in base alla nuova attività esercitata.

SEZIONE 3	ESCLUSIONI
------------------	-------------------

ART.1 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni sofferti in conseguenza di:

1. stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all' Art. Rischio Guerra;
2. dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato, salvo che per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
3. derivanti dalle conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, ad eccezione di quelli derivanti dall'impiego di apparecchiature specifiche a scopo analitico, diagnostico e terapeutico;
4. stato di ebbrezza alla guida di veicoli o natanti a motore;
5. abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
6. infezioni da COVID19, SARS COV2; a maggior precisazione la presente esclusione si intende operante anche relativamente all'art. 6) – Malattie contratte in servizio e per cause di servizio – Sez. 2).

ART.2 – PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI

Non sono coperte dalla presente polizza (salvo ove diversamente specificato nelle categorie di Assicurati), a prescindere dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Tuttavia, ove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizioni di Legge o in applicazione di CCNL o norme, le richiamate esclusioni non saranno operanti.

ART. 3 - LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione vale per sia per i minori che per le persone di età non superiore ad 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, 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 al Contraente. Tuttavia, ove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizioni di Legge o in applicazione di norme, il richiamato limite non sarà operante.

SEZIONE 4	NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO
------------------	---

ART. 1 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO E RELATIVA DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve farne denuncia all'Ente Contraente che provvederà al suo inoltro alla Società o all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza, per il tramite del Broker, entro 30 giorni lavorativi da quando l'Unità Organizzativa competente per l'esecuzione del contratto e la gestione dei sinistri ne è venuta a conoscenza scritta., ai sensi ed a parziale deroga dell'Art. 1913 del C.C..

La denuncia dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, ed essere corredata da certificato medico e/o del pronto soccorso.

Successivamente l'Assicurato, anche per il tramite del Contraente, deve inviare periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese sostenute ed eventualmente rimborsabili.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo quanto diversamente indicato nella presente Polizza.

L'Assicurato, o in caso di morte, il Beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari. Quando l'infortunio o malattia abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere data immediatamente comunicazione alla Compagnia.

ART.2 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL DANNO

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

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

a) MORTE

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

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

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'evento ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i Beneficiari designati, o in difetto di designazione, gli eredi testamentari o legittimi 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

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

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 del codice civile. Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre 2 (due) anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della Polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio 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.L. n. 38/2000 e ss.mm.ii. con rinuncia alla franchigia relativa stabilita per infortunio, ferma restando la franchigia prevista per il caso di malattia professionale.

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 di danno 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 liquidato un importo pari al 100% del capitale assicurato per infortunio.

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 legittimi o testamentari dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

d) DIARIE

In caso di sinistro che ha causato l'inabilità temporanea e/o il ricovero e/o l'applicazione di apparecchi gessati, e/o gessature e/o di tutori immobilizzanti, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera.

L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

Inabilità temporanea:

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni;

b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria di ricovero.

Diaria giornaliera da ricovero:

La diaria di ricovero viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di Cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero viene liquidato integralmente ed è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

Diaria giornaliera da applicazione di apparecchi gessati e/o gessature e/o tutori immobilizzanti

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della documentazione attestante l'applicazione di apparecchi gessati e/o gessature e/o tutori immobilizzanti.

L'indennizzo per la presente diaria viene liquidato integralmente ed è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso sinistro rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 5, le spese sostenute.

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

ART.3 – CONTROVERSIE

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'Assicurato o Beneficiario o da familiare/tutore in caso in cui l'Assicurato sia un minore. A tal fine la società invierà a quest'ultimo una proposta di indennizzo.

Qualora il beneficiario dell'assicurazione non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita a un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dal Beneficiario o da familiare/tutore in caso in cui l'Assicurato sia un minore e il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede il Contraente. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede del Contraente. I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza. La loro decisione

sarà impegnativa per le Parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione da parte del perito dissenziente.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio perito e metà di quelle del terzo.

ART.4 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta comunicazione della loro accettazione, provvederà al pagamento entro il termine di 30 giorni.

Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti in Euro (€). Il rimborso delle spese mediche, sostenute all'estero, in valuta diversa dall'Euro (€), avverrà in Euro (€) al cambio medio della settimana in cui è stata emessa la fattura e/o la ricevuta di spesa.

ART.5 – DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART.6 – ANTICIPI INDENNIZZO

A seguito di un infortunio indennizzabile contrattualmente, e dietro specifica richiesta dell'Assicurato, la Compagnia è tenuta ad anticipare il risarcimento/l'indennizzo sino ad un massimo di Euro 30.000,00=, sempreché sia presumibile una invalidità permanente liquidabile superiore al 5% di quella totale.

ART. 7 - RENDICONTAZIONE SINISTRI

La Società, entro i 60 giorni successivi ad ogni scadenza annuale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione del numero di sinistro, della data dell'evento, della data di denuncia, della tipologia e descrizione dettagliata dell'evento stesso e dei danni occorsi);
- b) sinistri riservati (con indicazione del numero di sinistro e dell'importo posto a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione del numero di sinistro, data liquidazione e importo liquidato);
- d) sinistri respinti e/o chiusi senza seguito (con indicazione del numero di sinistro e per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (file formato excel), utilizzabile ed editabile dal Contraente stesso. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui all'art. "Recesso in caso di sinistro" (*se operante*), o "Recesso" o recesso annuale (*se operante*) di cui all'art. "Durata dell'assicurazione, proroga, rinnovo, recesso", la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e, non oltre, 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

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 dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;

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 il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della Polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e, non oltre, 30 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica del Contraente e/o dal Broker.

SEZIONE 5	LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE, CATEGORIE, GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI, CALCOLO DEL PREMIO
------------------	--

ART.1 –LIMITI DI INDENNIZZO

La Compagnia non liquiderà indennizzi superiori ad € 20.000.000,00= qualora il sinistro coinvolga più persone assicurate.

Superato detto limite gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

ART. 2 - FRANCHIGIE

Invalidità Permanente:

nessuna franchigia per tutte le categorie di Assicurati salvo quanto diversamente previsto all'Articolo "Malattie contratte per ragioni di servizio" Sezione 2).

Inabilità Temporanea:

Per le categorie A, A1), B) le franchigie si intenderanno quelle eventualmente previste dal CCNL.

Per le restanti categorie di Assicurati: nessuna franchigia.

Fermo quanto sopra, le restanti garanzie di polizza si intendono prestate senza applicazione di franchigia alcuna per tutte le categorie di Assicurati.

ART.3 CATEGORIE DI ASSICURATI, RISCHI, GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per gli Assicurati, ovvero per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate, nonché per le garanzie e capitali assicurati specifici della singola categoria.

Rischio in itinere:

Per le categorie a), a1), b) la garanzia verrà applicata in conformità a quanto disposto dai relativi CCNL.

Per la categoria c) la garanzia verrà applicata in conformità a quanto ivi indicato.

Per la categoria d) la garanzia è operante esclusivamente per i dipendenti che sono in stato di "reperibilità professionale, pronta disponibilità" e per tutti coloro che sono in trasferta.

Per le categorie e), h), i), l), la garanzia è sempre operante e vale anche per coloro che sono in stato di "reperibilità professionale, pronta disponibilità". Per la categoria i) la garanzia è operante in base alla normativa di riferimento.

Per tutte le sopraindicate categorie, la garanzia è operante anche durante le operazioni di salita e di discesa dai mezzi di trasporto.

A) ASSICURATI: MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' AMBULATORIALI

La garanzia copre gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	1.033.000,00=
Caso Invalidità Permanente	1.033.000,00=
Inabilità Temporanea	155,00=

Numero Assicurati	250
--------------------------	------------

A1) ASSICURATI: MEDICI CHE SVOLGONO ATTIVITA' AGGIUNTIVA SIMILALPI

La garanzia copre gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione dello svolgimento di attività professionali aggiuntive, anche in emergenza, rispetto a quella istituzionale.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	1.033.000,00=
Caso Invalidità Permanente	1.033.000,00=
Inabilità Temporanea	155,00=

Numero Ore/Presenza	75.000
----------------------------	---------------

B) ASSICURATI: MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE COMPRESA LA GUARDIA MEDICA TURISTICA, MEDICI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE, MEDICI DELLA MEDICINA DEI SERVIZI- MEDICI USCA

La garanzia copre gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	775.000,00=
Caso Invalidità Permanente	775.000,00=
Inabilità Temporanea	52,00=

Numero Assicurati	450
--------------------------	------------

C) ASSICURATI: DONATORI DI SANGUE E SUOI COMPONENTI O DI ALTRO TIPO

La garanzia copre gli infortuni subiti dagli Assicurati nell'ambito e/o con riferimento alle donazioni ed operazioni connesse al prelievo del sangue, nonché durante le visite ed i controlli di idoneità richiesti ai donatori medesimi ed ai candidati donatori, durante i controlli periodici, sia che avvengano in centri fissi di raccolta, interni od esterni all'Azienda, sia che avvengano in centri mobili. L'assicurazione si intende estesa anche alle donazioni praticate al di fuori dell'ambito territoriale dell'Azienda.

Sono compresi in garanzia i casi di Morte ed Invalidità Permanente conseguenti e dipendenti dalle donazioni di sangue (a titolo esemplificativo si citano: collasso cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, periflebiti, infezioni, ematomi di notevole entità, ecc.) solo ed esclusivamente se verificatisi entro 90 giorni da quello della donazione.

La garanzia assicurativa è prestata anche per le conseguenze dovute a prelievi di plasma con plasmaferesi, prelievi di piastrine con piastrinoferesi, autodonazioni di ricoverati e qualunque altro tipo di donazione.

Resta comunque inteso che non rientrano in garanzia le infermità conseguenti a trasfusioni eseguite in epoca precedente alla stipulazione del presente contratto.

L'assicurazione è operante anche per il rischio "in itinere" e cioè durante il tempo necessario per il trasferimento, con l'uso di qualsiasi mezzo di locomozione pubblico o privato, nonché a piedi, dalla propria abitazione o luogo di lavoro o struttura dell'Azienda al punto in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa, per i donatori appartenenti ad Associazioni convenzionate, ovvero dal punto di effettuazione del prelievo alla propria abitazione o luogo di lavoro e viceversa, per i donatori occasionali.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	250.000,00=
Caso Invalidità Permanente	350.000,00=
Inabilità Temporanea	55,00=
Spese mediche e farmaceutiche	5.000,00=

Numero Assicurati	35.000
--------------------------	---------------

D) ASSICURATI: DIPENDENTI E NON DIPENDENTI, IN QUALITA' DI CONDUCENTI E TRASPORTATI DI/SU MEZZI:

- **IN PROPRIETA' DELL'AZIENDA O IN COMODATO O USO A QUALSIASI TITOLO ALL'AZIENDA**
- **PRIVATI, IN PROPRIETA' DEGLI STESSI (DIPENDENTI E NON DIPENDENTI) O DI TERZI**

La garanzia copre gli infortuni che gli Assicurati - i dipendenti e non dipendenti (intendendosi per questi ultimi chiunque effettui a diverso titolo un'attività in nome e per conto dell'Azienda, purché formalmente autorizzato dall'Azienda stessa) - subiscano, in occasione di trasferte, missioni, adempimenti di servizio per conto e/o a favore dell'Azienda, durante la guida di veicoli (compresi a titolo esemplificativo e non limitativo: cicli, ciclomotori, motocicli, natanti e velocipedi), limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative.

La garanzia opera nel caso in cui i conducenti, come sopra individuati, siano alla guida di veicoli di proprietà del Contraente, in comodato o uso al medesimo a qualsiasi titolo, nonché di veicoli privati siano essi di proprietà degli stessi o di terzi.

Si intendono Assicurati – e quindi garantiti - anche le persone di cui sia autorizzato il trasporto.

Sono garantiti anche gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante la circolazione, in caso di sosta o fermata del mezzo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia, le operazioni di rifornimento e ogni altra operazione ad essa assimilabile.

Si precisa che relativamente al personale non dipendente, formalmente autorizzato dall'Azienda, la presente garanzia opera qualora non già coperta da altre Categorie di Assicurati di polizza.

Si precisa che la garanzia 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 (ex Dlgs. n. 209 del 7 settembre 2005-Nuovo Codice delle Assicurazioni Private- e ss.mm.ii.).

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	300.000,00=
Caso Invalidità Permanente	300.000,00=

Numero Assicurati - in via forfetaria in ragione dell'intero rischio (*)	3.400
---	--------------

(*) La categoria non è soggetta a regolazione del premio.

E) ASSICURATI: DIRETTORE GENERALE, DIRETTORE AMMINISTRATIVO, DIRETTORE SANITARIO, SINDACI REVISORI

La garanzia copre gli infortuni subiti dagli Assicurati, per il solo rischio professionale senza limiti temporali, in occasione o in conseguenza dell'espletamento dell'incarico e/o mandato o attività ad esso correlate, nessuna esclusa né eccettuata, di missioni e trasferimenti.

Sono garantiti anche gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante la circolazione, in caso di sosta o fermata del mezzo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia, le operazioni di rifornimento e ogni altra operazione ad essa assimilabile.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	775.000,00=
Caso Invalidità Permanente	1.050.000,00=

Numero Assicurati	6
--------------------------	----------

La categoria non è soggetta a regolazione del premio.

F) ASSICURATI: RISCHIO AERONAUTICO PERSONE IN TRASFERTA

La garanzia copre gli infortuni subiti dagli Assicurati ed è prestata in ottemperanza alle vigenti normative riguardanti il trattamento economico di missione per i dipendenti dell’Azienda UsI Contraente.

La garanzia sarà valida per le persone nominativamente comunicate dalla Contraente in via preventiva tramite fax, mail o PEC almeno 24 ore prima dell’inserimento in copertura; la Contraente dovrà comunicare il nominativo dell’Assicurato e le giornate previste per i viaggi su aeromobili nonché i capitali Morte ed Invalidità Permanente da assicurare, tenendo conto che gli stessi saranno pari a 10 volte la retribuzione annua percepita dal dipendente.

Si precisa che la garanzia sarà operante in favore dell’Assicurato, per il rischio aeronautico anche qualora i viaggi avvengano su voli e/o in giornate diverse da quelli/e indicate dal Contraente nella comunicazione alla Compagnia, a causa ad esempio di ritardi, cambiamenti di volo, ecc.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	10 volte la retribuzione annua lorda =
Caso Invalidità Permanente	10 volte la retribuzione annua lorda =
Retribuzione Annuale lorda €	100.000,00

G) ASSICURATI: ASSISTITI AFFETTI DA EMOFILIA E DIABETICI E RELATIVI ACCOMPAGNATORI PRESSO SOGGIORNI ESTIVI

La garanzia copre gli infortuni subiti da soggetti (sia adulti che minori) affetti da emofilia, da diabete e relativi accompagnatori durante i soggiorni di “vacanze educativo-terapeutiche” dal momento in cui vengono affidati al servizio gestito dalla Contraente e/o da terzi e fino alla conclusione del servizio stesso. Per gli accompagnatori la garanzia vale per gli infortuni subiti durante lo svolgimento del servizio per conto della Contraente e/o di terzi.

Sono garantiti anche gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto. L’assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante la circolazione, in caso di sosta o fermata del mezzo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia e ogni altra operazione ad essa assimilabile.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	50.000,00=
Caso Invalidità Permanente	150.000,00=
Diaria di Ricovero	50,00=
Spese mediche e farmaceutiche	5.000,00=
Numero Assicurati	50

H) ASSICURATI: OPERATORI DI VOLONTARIATO

La garanzia è prestata per gli infortuni che gli Assicurati, appartenenti ad associazioni di volontariato e/o i singoli anche non appartenenti ad associazioni di volontariato, autorizzati allo svolgimento di attività di volontariato presso il Contraente e/o per conto del Contraente subiscano durante, in occasione ed in conseguenza dello svolgimento dell’attività di volontariato presso e/o per conto della Contraente. Le attività possono essere svolte anche presso terzi.

Sono garantiti anche gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto. L’assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante la circolazione, in caso di sosta o fermata del mezzo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia, le operazioni di rifornimento e ogni altra operazione ad essa assimilabile.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	100.000,00=
Caso Invalidità Permanente	130.000,00=
Diaria da ricovero	25,00=

Numero Assicurati(*)	1
-----------------------------	----------

(*) Si precisa che il premio su base annua verrà riparametrato in giornata/persona nel caso in cui le giornate di presenza degli Assicurati nello svolgimento dell'attività sia inferiore all'anno.

I) ASSICURATI: FREQUENTATORI PER TIROCINIO, SPECIALIZZANDI, E SOGGETTI IN FORMAZIONE

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati che frequentano l'Azienda per attività di tirocinio, formazione, aggiornamento, specializzazione, perfezionamento, nonché per attività di partecipazione a corsi organizzati e/o patrocinati e/o promossi dal Contraente.

La garanzia è operante anche per gli infortuni subiti a bordo dei veicoli utilizzati per ragioni di servizio e/o lavoro in qualità di conducenti o trasportati (questi ultimi solo qualora non già compresi nell'assicurazione obbligatoria RCA).

Sono garantiti anche gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante la circolazione, in caso di sosta o fermata del mezzo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia, le operazioni di rifornimento e ogni altra operazione ad essa assimilabile.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	300.000,00=
Caso Invalidità Permanente	300.000,00=

Numero Assicurati (*)	1
------------------------------	----------

(*) Si precisa che il premio su base annua verrà riparametrato in giornata/persona nel caso in cui le giornate di presenza degli Assicurati nello svolgimento dell'attività sia inferiore all'anno.

L) ASSICURATI: MINORI E ALTRI SOGGETTI IN AFFIDO ED ASSISTITI, NONCHE' GLI ASSISTITI PRESSO STRUTTURE DI ASSISTENZA E SOCIO-RIABILITATIVE

La garanzia copre, 24 ore su 24, gli infortuni subiti dagli Assicurati affidati all'Azienda e/o tramite essa a famiglie o strutture apposite, direttamente dall'Autorità preposta o nell'ambito di iniziative coordinate con altre strutture pubbliche o di assistenza e/o ad esse assimilabili, ivi compreso l'affido diurno, nonché subiti dagli Assicurati durante l'attività, sia essa di affido che socio-assistenziale, presso strutture protette e/o in appositi servizi.

Sono compresi gli infortuni subiti dagli assistiti (sia adulti che minori) inseriti nelle strutture di assistenza e socio-riabilitative, sia gestite dall'Azienda Contraente che in convenzione o "accolte" presso famiglie affidatarie nell'ambito di progetti di affido/accoglienza o partecipanti alle attività coordinate dai servizi dell'Azienda medesima, nell'ambito di programmi di inserimento educativo e/o assistenziale e/o socializzante e/o riabilitativo e/o terapeutico e che possono prevedere anche uscite e viaggi delle persone assicurate, necessari allo svolgimento di tali programmi. Tali persone devono intendersi assicurate anche qualora partecipino a Borse Lavoro nell'ambito dei programmi sopradescritti.

Sono garantiti anche gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante la circolazione, in caso di sosta o fermata del mezzo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia, le operazioni di rifornimento e ogni altra operazione ad essa assimilabile.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	75.000,00=
Caso Invalidità Permanente	110.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche	5.200,00=

Numero Mesi/presenza	800
-----------------------------	------------

Poiché la presente Polizza è stipulata dall'Azienda Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi Accordi Collettivi Nazionali, gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

ART.4 CALCOLO DEL PREMIO E MODALITÀ DI APPLICAZIONE DELLA REGOLAZIONE

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella tabella “elementi per il calcolo del premio” rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

Al termine di ogni annualità la Società provvederà, sulla base degli elementi variabili di polizza presi come base per la determinazione del premio, a redigere la regolazione del premio nei termini di cui all'Art. 5 della Sezione 1) di polizza.

ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO (PER TUTTI GLI AMBITI TERRITORIALI)

Categoria di Assicurati	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo per: Assicurato, ora/persona, giornata/persona, mesi/presenza, tasso lordo pro-mille	Totale €
A) Medici Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre Professionalità Ambulatoriali	Numero Assicurati	250		
A1) Dirigenti medici che svolgono attività aggiuntiva Similalpi	Numero ore/presenza per l'attività aggiuntiva	75.000		
B) Medici addetti alla Continuità Assistenziale compresa Guardia Medica Turistica, dei Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale e dei Medici della Medicina dei Servizi	Numero Assicurati	450		
C) Donatori e candidati donatori	Numero Assicurati	35.000		
D) Conducenti	Numero Assicurati <i>non soggetta a regolazione</i>	3.400		
E) Direttori e Sindaci revisori	Numero Assicurati <i>non soggetta a regolazione</i>	6		
F) Rischio aeronautico persone in trasferta	Retribuzioni (*)	100.000,00		
G) Assistiti affetti da emofilia e diabetici e relativi accompagnatori presso soggiorni estivi	Numero Assicurati	50		
H) Operatori di volontariato	Numero Assicurati	1		
I) Frequentatori per tirocinio, specializzandi e soggetti in formazione	Numero Assicurati	1		
L) Minori ed altri soggetti in affidamento ed	Numero mesi/presenza	800		

Assistiti, nonché Assistiti presso strutture di assistenza e socio-riabilitative				
TOTALE €				

(*) Per tale categoria la regolazione premio verrà conteggiata dalla Compagnia effettuando la sommatoria dei premi pro-capite (premio pro-capite conteggiato applicando il tasso alle retribuzioni comunicate di volta in volta dall'Azienda), riferiti ad ogni assicurato comunicato dall'Azienda Contraente nel corso dell'annualità assicurativa.

Scomposizione del premio:

Premio annuo imponibile	€	.	=
Imposte	€	.	=
TOTALE	€	.	=

ART. 4 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal/i conteggio/i esposto/i in polizza nell'apposita Tabella di cui alla presente Sezione ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

Fermo quanto sopra precisato per la categoria F) il Contraente è esonerato dall'obbligo della comunicazione delle variazioni (inclusioni/esclusioni) intervenute nel corso di ogni annualità assicurativa, pertanto ogni persona appartenente alla categoria assicurata si intende automaticamente compresa e/o esclusa a tutti gli effetti; a tale proposito relativamente alla data di entrata e/o uscita fanno fede i documenti ufficiali che l'Azienda si impegna ad esibire in qualsiasi momento.

In sede di regolazione, si conterà la differenza derivante tra i premi anticipati ed i premi effettivi a consultivo, per le categorie soggette a regolazione.

A tale scopo entro 4 mesi dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per il conteggio del premio di conguaglio.

In caso di regolazione:

- ➔ attiva il Contraente dovrà versare il relativo premio di conguaglio nei termini di cui all'Art.4 che decorreranno dal giorno successivo a quello di ricevimento da parte del Contraente della appendice di regolazione emessa dalla Società ritenuta formalmente corretta.
- ➔ passiva la Compagnia dovrà rimborsare il relativo premio di conguaglio (al netto delle imposte già versate all'Erario) nei termini di cui all'Art.4 che decorreranno dal giorno successivo a quello di ricevimento da parte del Contraente della appendice di regolazione emessa dalla Società ritenuta formalmente corretta.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine comunque non inferiore ad 1 mese dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto ed a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il contraente non abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 1 mese trascorso il quale, avrà diritto di agire giudizialmente.

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

ART. 5 RIPARTO DI COASSICURAZIONE (VALEVOLE IN CASO DI COASSICURAZIONE)

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ