POLIZZA PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

CATEGORIE DIVERSE

LOTTO 2)

CIG A01CC8AD51

CONTRAENTE	AZIENDA ULSS N. 4 "VENETO ORIENTALE" P.zza A. De Gasperi, 5 30027 San Donà di Piave (Ve) C.F. / P.IVA 02799490277
DECORRENZA	ORE 24.00 DEL 31.12.2023
SCADENZA	ORE 24.00 DEL 31.12.2026
RATEAZIONE	Annuale

Si conviene fra le Parti che le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa nella modulistica utilizzata dall'Assicuratore in aggiunta al presente capitolato di polizza, per cui le stesse si devono intendere abrogate e prive di qualsiasi effetto. Pertanto, le condizioni riportate nel presente capitolato sono le uniche a valere tra le Parti del presente contratto.

I moduli prestampati della Società, allegati al presente capitolato di polizza all'emissione del contratto, benché sottoscritti dal Contraente, valgono esclusivamente per i dati identificativi riferiti al Contraente, al conteggio del premio, alla durata contrattuale, al trattamento dei dati personali, nonché per l'indicazione delle eventuali quote di coassicurazione

D E F I N I Z I O N I

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato.

ASSICURATO: il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione.

BENEFICIARI: la persona o le persone cui è destinata, per volontà espressamente dichiarata nella polizza dall'Assicurato, o, in mancanza di designazione, per eredità legittima o testamentaria, la somma garantita per il caso di morte dell'Assicurato.

CONTRAENTE: il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula l'assicurazione.

DAY HOSPITAL: ricovero a regime diurno che comporta la cartella clinica o documento sanitario equivalente.

FRANCHIGIA: l'importo fisso, dedotto dall'ammontare del danno liquidabile, che rimane obbligatoriamente a carico dell'Assicurato.

GESSATURA: mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti, purchè applicati in Istituti di Cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati.

INABILITA' TEMPORANEA: la temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate in polizza.

INDENNIZZO: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea e/o il ricovero in un istituto di cura e/o delle cure mediche.

INVALIDITA' PERMANENTE: la perdita o la riduzione definitiva ed irrecuperabile della capacità generica dell'Assicurato di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

ISTITUTO DI CURA: Ospedale, Clinica, Casa di Cura, sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

MALATTIA: ogni obiettabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

PARTI: la contraente/Assicurato e la Società.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

RICOVERO: la degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno sei ore consecutive.

RISCHIO: la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SCOPERTO: l'importo in percentuale sull'ammontare del danno liquidabile, dedotto dallo stesso, che rimane obbligatoriamente a carico dell'Assicurato.

SFORZO: l'impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitino per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato.

SOCIETA': l'Impresa di Assicurazione o l'Impresa Delegataria e le Coassicuratrici.

VEICOLO A USO PRIVATO: autovettura, autocarro, autoveicolo ad uso speciale, motocarro, motociclo, ciclomotore, non adibito ad uso pubblico, né a noleggio, né a scuola guida, né ad autotassametro.

1 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEL CONTRATTO

1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

1.2 – Buona Fede

L'omissione da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non comportano la decadenza del diritto all'indennizzo né la riduzione dello stesso, sempreché la contraente/Assicurato non abbia agito con dolo.

Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza, al momento del sinistro, di lavori di ordinaria manutenzione e/o di ristrutturazione.

La Società ha peraltro diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

1.3 – Altre assicurazioni

La contraente/Assicurato è esonerata dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro la contraente/Assicurato deve darne tuttavia avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

1.4 – Danni precedenti

La mancata dichiarazione di danni che avessero colpito le persone assicurate nell'ultimo decennio precedente la stipulazione della polizza di assicurazione non può essere invocato dalla Società come motivo di non risarcibilità di un eventuale sinistro, salvo il caso di manifesta malafede.

1.5 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza a prescindere dal pagamento della prima rata di premio che comunque deve avvenire entro il 60° giorno successivo a tale data.

Se la contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. I premi devono essere pagati alla Direzione della Società o all'Agenzia della stessa alla quale è stata assegnata la polizza.

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

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. 72bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

I termini di pagamento del presente articolo valgono anche per le eventuali variazioni comportanti un incasso premio.

1.6 – Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha validità dalle ore 24.00 del 31.12.2023 fino alle ore 24.00 del 31.12.2026, con possibilità di proroga di un ulteriore anno.

Pur essendo il contratto di durata poliennale, le Parti si riservano la facoltà di risolverlo alla scadenza di ciascun periodo assicurativo annuo mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 120 (centoventi) giorni prima della scadenza.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

Fatto salvo quanto previsto al precedente comma, è in facoltà del Contraente, chiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di gara; pertanto, la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni ed il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in via provvisoria da parte del Contraente. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale di polizza per ogni giorno di proroga.

In ogni caso, qualora venga espletata una gara regionale/Azienda Zero, l'assicurato si riserva il diritto di recedere dal presente contratto anticipatamente rispetto alla scadenza contrattualizzata.

In caso di disdetta dell'Assicuratore, il periodo di proroga viene ridotto a 90 giorni a condizioni da concordarsi. Per

entrambe le proroghe sopraindicate, per il pagamento del relativo premio vale il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento delle rate successive.

1.7 – Forma delle comunicazioni e modifiche dell'assicurazione

Tutte le comunicazioni devono essere fatte mediante mail o PEC. Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

1.8 – Aggravamento del rischio

La contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

1.9 – Diminuzione del rischio

A parziale deroga dell'art. 1897 del Codice Civile, nel caso di diminuzione del rischio e/o dei valori assicurati, la Società è tenuta a ridurre con effetto immediato il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, immediatamente, oppure in occasione del primo rinnovo dell'annualità di premio a scelta dell'Assicurato.

1.10 – Revisione del prezzo

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio, ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere, alla data della richiesta, l'ammontare del premio, al netto delle imposte, pagato dal Contraente o oggetto di regolazione per il medesimo periodo di oltre il 25%, la Società potrà richiedere, ai sensi dell'art. 60 del d.lgs. 36/2023, la revisione del prezzo.

A tal fine si precisa che, ai soli fini del calcolo revisionale, nel rapporto sinistri a premi di cui al precedente comma, verrà computato solo l'80% degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri riservati e non ancora pagati.

Il Contraente, entro 15 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; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini indicati al seguente art. 2.2.

1.11 – Oneri fiscali

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

1.12 – Foro Competente

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede legale del Contraente/Assicurato.

1.13 – Coassicurazione e delega

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 _____, 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
- 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 Coassicurate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

1.14 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge 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.
La Società si 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.
La Compagnia assume altresì nei confronti del Contraente, l'obbligo ex art. 3 comma 8 L. 136/2010 di riportare in tutti i pagamenti relativi al presente servizio assicurativo il CIG (Codice Identificativo Gara) comunicato dalla Contraente medesima.

1.15 – Interpretazione del contratto

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

1.16 – Rinvio alle norme di legge

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

1.17 – Comunicazione sullo stato dei sinistri

La Società si impegna ad inviare all'Ente, con cadenza quadrimestrale, una comunicazione che riporti lo stato dei sinistri denunciati e aperti con i rispettivi numeri di protocollazione, data di accadimento, tipologia di accadimento e le seguenti annotazioni:

- sinistro liquidato (con l'indicazione del relativo importo);
- sinistro aperto e posto a riserva (con l'indicazione del relativo importo a riserva);
- sinistro chiuso, senza seguito (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte);
- sinistro respinto (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Gli obblighi precedentemente descritti non precludono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle suindicate.
La Società si impegna a garantire al Contraente/Assicurato l'accesso all'Ispettorato Sinistri per la discussione delle vertenze relative ai danni denunciati e comunque la facilitazione per gli opportuni collegamenti telefonici e via mail/PEC.
In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, la Società dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari a 50,00 euro per ogni giorno solare di ritardo.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

1.18 - Trattamento dei dati

Ai sensi del d.lgs. 196/2003, così come modificato dal d.lgs. 101/2018, e del Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società) consente il trattamento dei dati rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

1.19 - Obbligo di ricorso al MEPA e convenzioni CONSIP

I servizi oggetto del presente contratto, al momento dell'indizione, non sono oggetto di convenzioni CONSIP e non sono disponibili nel MEPA. Il contratto stipulato al'esito della presente procedura è sottoposto alla condizione risolutiva, ai sensi dell'art.1, comma 7 del D.L. 95/2012 [comma modificato dall'art. 1, comma 151, legge n. 228 del 2012, e dall'art. 1, comma 494, legge n. 208 del 2015], in caso di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip e/o di centrali di committenza regionali.

2 - ALTRE NORME CHE DISCIPLINANO L'OPERATIVITA' DEL CONTRATTO

2.1 – Clausola di legittimazione

La Società da e prende atto che:

- la presente polizza viene stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta;
- la contraente adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa ed esercita di conseguenza tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva ed in luogo degli Assicurati, con il consenso degli Assicurati stessi che si intende e riconosce come espressamente prestato e manifestato sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato;
- è data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per la contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

2.2 - Generalità degli assicurati / Regolazione del premio

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie per le quali la Contraente ha l'obbligo o 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 dalla Contraente stessa, in Italia o all'estero.

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate: per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento ai documenti depositati presso la Contraente. La Contraente è inoltre esonerata 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/ACN, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL/ACN, con l'intesa che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.

Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi variabili del rischio, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza 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 a base per il conteggio del premio. Non vi è l'obbligo per la contraente di comunicare nel corso del periodo assicurativo le variazioni del numero di assicurati, numero di veicoli assicurati o qualsiasi altro dato variabile.

La regolazione del premio di polizza avverrà secondo quanto previsto dalla normativa seguente:

a) entro 120 (centoventi) giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, la contraente deve comunicare per iscritto alla Società i dati necessari per effettuare la regolazione del premio e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza;

b) le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere corrisposte nei 90 (novanta) giorni successivi dal momento in cui la contraente abbia effettivamente ricevuto la relativa appendice emessa dalla Società (farà fede la data di protocollazione di ricevimento del documento).

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

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

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

2.3 - Estensione territoriale

La validità della presente assicurazione è estesa al mondo intero.

2.4 - Clausola di esclusione delle sanzioni internazionali

L'Assicuratore non sarà tenuto a fornire copertura e non sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro

o fornitura di tale prestazione esporrebbe l'Assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

3.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante per gli infortuni che gli Assicurati, come individuati nelle specifiche categorie di polizza, subiscono nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali).

Sono compresi in garanzia:

- l'annegamento;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad esposizione, contatto, ingestione o assorbimento di sostanze nocive e/o corrosive in genere;
- la folgorazione;
- l'assideramento o il congelamento;
- gli infortuni causati da colpi di sole, di calore o di freddo, nonché dalle influenze termiche ed atmosferiche;
- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas, vapori o esalazioni velenose;
- gli effetti della grandine e delle tempeste di vento;
- gli effetti causati da scariche elettriche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- gli infortuni determinati da vertigini, nonché gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza, purché non cagionati da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, uso di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni;
- gli infortuni derivanti da colpa grave, imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- il soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- le infezioni determinate da punture di insetti o di aracnidi, morsi di rettili o di animali, comprese le conseguenze dovute a vertigini o incoscienza causate da alterazioni patologiche conseguenti a morsi o punture, ma escluse le affezioni di cui gli insetti o gli animali siano portatori necessari;
- le ernie traumatiche;
- le ernie addominali da sforzo e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- gli infortuni derivanti da frane, valanghe, slavine, inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta di fulmini, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici e maremoti;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, anche con movente politico, sociale o sindacale, scioperi, sommosse, attentati, aggressioni e violenze, azioni delittuose, atti vandalici o dolosi, attentati, rapina e sequestro (anche tentati), scippo, terrorismo e sabotaggio, azioni di dirottamento di aeromobili o di pirateria aerea, navale o altri mezzi, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da atti di temerarietà compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le lesioni muscolari (esclusi gli infarti) o tendinee, le rotture sottocutanee dei tendini determinate da sforzi e aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di qualsiasi veicolo o natante, purché l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici resi necessari a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

4 - ESTENSIONI DI GARANZIA

4.1 - Rischio guerra

Se in un paese estero in stato di pace, nel quale l'Assicurato si trovi ad essere temporaneamente presente, dovesse scoppiare improvvisamente una guerra (con o senza dichiarazione), un'invasione, una rivoluzione, un'insurrezione, una guerra civile, una presa di potere da parte di militari o un altro tipo di ostilità, l'assicurazione comprenderà gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire in dipendenza di taluno di detti eventi.

Qualora un guasto o una situazione di emergenza costringano il mezzo aereo o navale, su cui l'Assicurato si trova in viaggio, a dirottare o a riparare in un Paese estero nel quale sia in atto una guerra (dichiarata o non), un'invasione, una rivoluzione, un'insurrezione, una guerra civile, una presa di potere da parte di militari o un altro tipo di ostilità, l'assicurazione comprenderà gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire in dipendenza di taluno di detti eventi.

La presente garanzia avrà una durata limitata e cesserà automaticamente e inderogabilmente alle ore 24.00 del 14° (quattordicesimo) giorno successivo a quello in cui l'ostilità ha avuto inizio.

La presente garanzia non vale:

- se l'Assicurato prende parte attiva all'evento;
- se l'evento ha luogo nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

4.2 - Servizio militare

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 sospesa.

Entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore all'inizio del servizio di cui sopra, la contraente ha facoltà di chiedere il rimborso dei premi pagati relativi al periodo in cui l'assicurazione è rimasta sospesa; rimborso che verrà corrisposto al netto delle imposte.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva in qualità di obiettori di coscienza.

4.3 - Danni estetici

Nel caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico, la Società rimborsa fino alla concorrenza di un importo pari all'1% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, con il massimo di 5.200,00 (cinquemiladuecento/00) Euro le spese sostenute e documentate dall'Assicurato, entro due anni dalla guarigione clinica, ancorché successivamente alla scadenza di polizza, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Il rimborso è effettuato a cura ultimata e previa presentazione di copia della cartella clinica e notule di spesa in originale oppure in copia, nel caso sia intervenuto il Servizio Sanitario Nazionale, con la prova della quota di concorso erogata dal predetto Ente.

4.4 – Morte / Morte presunta

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, ancorché successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 - 62 del Codice Civile.

Qualora dopo il pagamento dell'indennità l'Assicurato risultasse in vita, o risulti che la morte non è dipesa da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società avrà diritto alla restituzione della somma liquidata. A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita. L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per 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, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

4.5 – Rientro sanitario / Rimpatrio della salma

Qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che colpisse gli Assicurati nel corso di una missione o viaggio per conto del Contraente si rendesse necessario il loro trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia, la Società indennizzerà, fino al limite per sinistro di 1.000,00 (mille/00) Euro le spese sostenute dagli Assicurati.

Qualora sempre a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, avvenuto all'estero, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Società garantisce il pagamento di una ulteriore somma pari all'1% del capitale assicurato per il caso morte, con il limite di 2.500,00 (duemilacinquecento/00) Euro, quali spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

4.6 - Invalidità permanente

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica, ancorché successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento alla tabella allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 e ss.mm.ii.

La perdita assoluta e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

Nel caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali, di cui trattasi, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per le menomazioni degli arti superiori, nel caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Resta convenuto che, in luogo della franchigia relativa prevista dalla predetta legge, l'indennità verrà corrisposta senza l'applicazione di alcuna franchigia.

Limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, l'assicurazione è estesa alle ernie traumatiche e alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 (trenta) giorni;
- qualora l'ernia non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

I suddetti massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale. qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui al successivo art. 6.4.

4.7 - Rimborso spese mediche (operante solo se espressamente richiamata nelle singole categorie)

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato indicato in polizza, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato le rette di degenza, onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento, medicinali; qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società – in sostituzione del rimborso – liquida una diaria di Euro 52,00 (cinquantadue/00) per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti;

b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;

c) per visite mediche specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali;

d) per applicazioni di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;

e) per trattamenti fisioterapici rieducativi e riabilitativi;

f) per prestazioni medico-infermieristiche, acquisto di medicinali, presidi ortopedici, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche;

g) per cure odontoiatriche e protesi dentarie, con il limite per dente di 500,00 (cinquecento/00) Euro, il rimborso della relativa spesa è prevista solo per la prima protesi, sempreché applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio; per la perdita totale di un dente (avulsione) verrà corrisposto l'1% della invalidità permanente;

h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;

i) per cure termali, prescritte dal medico, effettuate nei 90 (novanta) giorni successivi all'infortunio denunciato;

l) per trasporto dell'Assicurato effettuato con l'ambulanza dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o di pronto soccorso.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, ricevute dell'Istituto di Cura, ecc.).

A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.
Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia su presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

4.8 - Indennità giornaliera da ricovero / gessatura / convalescenza

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde l'indennità assicurata per ciascun giorno di degenza nell'Istituto di Cura, fino ad un massimo di 100 (cento) giorni per ogni anno assicurativo, su presentazione di cartella clinica o documento sanitario equivalente.
L'indennità viene corrisposta anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di Day Hospital.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Qualora in conseguenza dell'infortunio si stata applicata in Istituto di Cura una gessatura, verrà corrisposta l'indennità giornaliera anche per il tempo trascorso fuori dall'Istituto. L'indennità sarà riconosciuta sino alla rimozione del mezzo di contenzione, ma solo per il periodo prescritto dall'Istituto di Cura. Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e gessatura, non potrà superare i 100 (cento) giorni per ogni anno assicurativo.

Qualora l'infortunio non comporti gessatura, verrà corrisposta a titolo di convalescenza l'indennità giornaliera pattuita, per un periodo non superiore ai giorni di ricovero. La convalescenza deve essere prescritta dai medici curanti e/o dai medici del Pronto Soccorso e documentata con certificazione. Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e convalescenza, non potrà superare i 100 (cento) giorni per ogni anno assicurativo.
In caso di ricovero all'estero, l'indennizzo verrà corrisposto al rientro dell'Assicurato in Italia e in Euro.

La corresponsione dell'indennizzo sarà effettuata a degenza ospedaliera ultimata, previa presentazione alla Società della certificazione definitiva, in originale, indicante il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura.

4.9 - Inabilità temporanea

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera integralmente, sia per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime, sia per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

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

4.10 - Cumulo di indennità

L'indennità per l'inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in

conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non verrà chiesto il rimborso in caso contrario.

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

4.11 - Maggiorazione per il caso di invalidità permanente

Qualora l'indennità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni, di cui alle condizioni del presente contratto, sia di grado pari o superiore al 60% l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato.

I casi di invalidità permanente, non inferiori al 50%, che rendano obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro e la costituzione di un rapporto similare presso altro Ente, anche, eventualmente, con una diversa utilizzazione della persona in occupazioni confacenti alle sue attitudini, verranno indennizzati con il 100% del capitale assicurato.

4.12 – Rischio in itinere

Tragitto dal luogo di residenza o domicilio al luogo di lavoro o dell'attività e viceversa effettuato con qualsiasi mezzo.

4.13 - Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri, da chiunque eserciti tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Si intendono compresi in garanzia gli infortuni avvenuti in occasione di dirottamento e voli conseguenti o di atti di pirateria aerea.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizza infortuni comuni, non potrà superare i capitali di:

€1.033.000,00 per il caso di Morte;

€1.033.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;

€ 260,00 giornalieri per il caso di inabilità temporanea assoluta;

per ciascuna persona, e di:

€5.200.000,00 per il caso di Morte;

€5.200.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;

€ 5.200,00 giornalieri per il caso di inabilità temporanea assoluta;

complessivamente per aeromobile, nel caso di assicurazione prestata con polizza cumulativa.

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 sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si intende concluso nel momento in cui ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio volo.

4.14 - Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, incagliamento, naufragio, sommersione, atterraggio e ammaraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche nei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio, ma in conseguenza delle zone, del clima o di altre situazioni concomitanti, l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

5 – ESCLUSIONI

5.1 - Rischi esclusi

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti:

a) dall'uso di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;

b) dall'uso di mezzi di locomozione aerea (considerati come tali anche deltaplani ultraleggeri e simili) salvo quanto previsto alla Clausola 4.13 - Rischio volo;

c) dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico e bob, lotte e pugilato;

d) dalla partecipazione a competizioni (e relative prove) sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche, di pallavolo, di pallamano, di pallacanestro, di hockey, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e/o amatoriale;

e) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

f) dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;

g) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio, salvo quanto previsto alla Clausola 4.3 - Danni estetici;

h) da proprie azioni dolose o dalla partecipazione ad imprese temerarie o inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o per legittima difesa;

i) da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto alla Clausola 4.1 - Rischio guerra;

l) dalla guida di veicoli e/o natanti in genere in stato di ubriachezza;

m) le conseguenze dirette ed indirette di contaminazioni chimiche e biologiche derivanti da atti di terrorismo o di guerra.

5.2 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo o tossicodipendenza.

Di conseguenza l'assicurazione cessa, per tali persone, con il loro manifestarsi, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

5.3 – Limite di età

Non sono coperte dalla presente polizza, 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.

6 - NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

6.1 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di sinistro

La contraente/Assicurato deve dare avviso scritto, anche a mezzo mail/PEC, alla Società alla quale è stata assegnata la polizza entro 30 (trenta) giorni lavorativi da quando l'Ufficio dell'Ente incaricato della gestione dei contratti assicurativi ne è venuto a conoscenza.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico; il decorso delle lesioni deve essere documentato con continuità da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso scritto alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

6.2 - Criteri di indennizzo

Fermo restando l'esonero del Contraente/Assicurato dalla denuncia delle infermità, delle malattie sofferte, nonché delle mutilazioni e dei difetti fisici di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero sopravvenire successivamente, la Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di operatività della garanzia, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. Pertanto, l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

6.3 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni.

Per gli infortuni avvenuti all'estero, il pagamento verrà effettuato in Italia in valuta italiana. Per le spese sanitarie 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 Cambi.

6.4 - Controversie e collegio arbitrale

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabile come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

6.5 - Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora gli Assicurati o, in caso di morte, i beneficiari designati in polizza (o anche solo alcuni di essi), non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso la contraente maggiori pretese di risarcimento, a titolo di responsabilità civile,detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che la contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

Se con i beneficiari designati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio

subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso la contraente, l'assicurazione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti. La contraente deve al più presto informare la Società (trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza) delle pretese avanzate dagli infortunati o dai beneficiari, all'inizio di ogni causa civile e penale e nominare gli avvocati o procuratori designati dalla Società per la difesa, restando in facoltà del Contraente di aggiungerne altri a proprie spese.

6.6 - Infortunio catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo della Società non potrà comunque superare l'importo di 10.000.000,00 (diecimilioni/00) Euro.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

6.7 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili del sinistro.

CATEGORIE, GARANZIE E SOMME ASSICURATE

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per gli Assicurati appartenenti alle sotto riportate categorie per le garanzie e le somme assicurate pro capite di seguito indicate.

CATEGORIA A) – MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITA' (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI E SOSTITUTI SPECIALISTI

L'assicurazione è prestata in ottemperanza alle vigenti disposizioni normative per tutti i medici specialisti ambulatoriali, veterinari e per tutte le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, comunque operanti sia in attività istituzionale o in intramoenia negli ambulatori in diretta gestione e nelle altre strutture aziendali, per gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio, sempreché il servizio sia prestato in comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna di cui all'A.C.N. di categoria; sono compresi gli infortuni subiti in qualità di rappresentanti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati consultivi zonali/aziendali in località diversa da quella di residenza in occasione della partecipazione a riunioni non in orario di servizio

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITE
Morte	€ 1.033.000,00
Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00
Inabilità Temporanea	€ 155,00 giornalieri per un massimo di 300 giorni e con decorrenza dalla data di inizio dell'inabilità; l'indennità giornaliera è ridotta al 50 % per i primi tre mesi.
PREVENTIVO NUMERO ORE	38.000

CATEGORIA B) – MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE – MEDICI ADDETTI ALLE ATTIVITA' DI MEDICINA DEI SERVIZI – GUARDIA TURISTICA, E LORO SOSTITUTI

L'assicurazione è prestata in ottemperanza alle vigenti disposizioni normative per tutti i medici che svolgono il servizio di continuità assistenziale, i medici che svolgono attività oraria del ruolo unico di assistenza primaria, attività di medicina dei servizi ed emergenza sanitaria territoriale per gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale, ivi compresi, sempreché l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni zonali/aziendali; l'assicurazione morte/invalidità permanente opera anche nel caso in cui si manifesti una malattia determinata da agenti microbici dovuta per contagio da virus, batteri o funghi, avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in polizza.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITE
Morte	€ 775.000,00
Invalidità Permanente	€ 775.000,00
Inabilità Temporanea	€ 52,00 giornalieri con un massimo di 300 giorni l'anno.

PREVENTIVO NUMERO ORE	48.000

CATEGORIA C) – CONDUCENTI DEI VEICOLI DEL CONTRAENTE E CONDUCENTI DEI VEICOLI PRIVATI IN OCCASIONI DI MISSIONI O DI ADEMPIMENTI DI SERVIZIO

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dal conducente e dalle 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), siano essi dipendenti e collaboratori (non dipendenti) del Contraente durante ed in conseguenza dell'uso, della guida e della circolazione di veicoli siano essi di proprietà del Contraente e/o in uso a qualsiasi titolo dello stesso (inclusi quei veicoli "a noleggio") che di non di proprietà né in uso a qualsiasi titolo al Contraente. L'assicurazione si intende pertanto prestata anche a favore del personale sanitario e non, anche proveniente da altri Enti, che presta la propria opera presso il Contraente in base a specifiche Convenzioni. La garanzia è operante esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la circolazione in occasione di missioni o di adempimenti di servizio fuori dell'ufficio e nel tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio. L'assicurazione comprende gli infortuni avvenuti durante la salita e la discesa dal veicolo, nonché in caso di riparazioni di emergenza effettuate dal conducente sulla strada sia per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia che per spostare il veicolo stesso dal flusso del traffico o reinserirlo nel traffico medesimo.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITE
Morte	€ 300.000,00
Invalidità Permanente	€ 350.000,00
PREVENTIVO PERCORRENZA ANNUA	Km. 2.600.000

CATEGORIA D) – PORTATORI DI HANDICAP/ALCOLISTI

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dai portatori di handicap e alcolisti nei centri educativi occupazionali gestiti dal Contraente o comunque sotto la sua responsabilità a norma della vigente legge regionale. Tale garanzia è operante anche quando si trovano presso terzi per l'avviamento ad attività di lavoro o rieducative e sociali.
A parziale deroga dell'art. 5.2 - Sezione 5) sono compresi in garanzia le persone affette da infermità mentale e alcolismo. Per questi ultimi rimangono comunque esclusi gli infortuni avvenuti alla guida di veicoli e/o natanti.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITE
Morte	€ 100.000,00
Invalidità Permanente	€ 150.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 5.000,00

PREVENTIVO NUMERO ASSICURATI	250

CATEGORIA E) – CONSULENTI (PERSONALE MEDICO E NON)

L'assicurazione è prestata per I consulenti (personale medico e non) che accedono in regime di convenzione presso la Contraente, in base a specifiche convenzioni sottoscritte fra la Contraente stessa e le altre ULSS. La garanzia è inoltre estesa al personale, medico e non, dipendente della Contraente che presta il proprio servizio presso altre ULSS in virtù di specifiche convenzioni sottoscritte fra queste ultime e la Contraente. Si intende inoltre compreso il rischio in itinere.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITE
Morte	€ 775.000,00
Invalidità Permanente	€ 775.000,00
Indennità giornaliera da ricovero	€ 52,00 giornalieri con un massimo di 300 giorni l'anno.
PREVENTIVO NUMERO ORE	2.000

CATEGORIA F) – PARTECIPANTI AD ATTIVITA' SPORTIVE (PALESTRE) IN LOCALI DI PROPRIETA' E/O IN GESTIONE DEL CONTRAENTE

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dai dipendenti e collaboratori anche in regime di prestazione occasionale, partecipanti ad attività sportive ginnico-motorie (palestra) promossi dall'Azienda/Contraente all'interno dei locali aziendali (in proprietà o gestione) ad di fuori dell'orario di servizio. Rientrano nel novero degli assicurati anche gli istruttori in regime di libera professione e/o progetto.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITE
Invalidità Permanente	€ 75.000,00
Indennità giornaliera da ricovero	€ 25,00 giornalieri (max 90 gg per sx)
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 500,00
PREVENTIVO NUMERO ASSICURATI	3

CONTEGGIO DEL PREMIO – NON COMPILARE

Il premio dell'assicurazione viene anticipato nella misura indicata nella presente sezione di polizza, di cui il 75% costituisce il premio minimo dovuto comunque dal Contraente alla Società.

CATEGORIA	DATO VARIABILE	PREVENTIVO	PREMIO PER SINGOLO DATO VARIABILE	PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO
A)	Numero ore	38.000	€	€
B)	Numero ore	48.000	€	€
C)	Numero Km.	2.600.000	€	€
D)	Numero Assicurati	250	€	€
E)	Numero ore	2.000	€	€
F)	Numero Assicurati	3	€	€

PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO TOTALE	€

N.B. : IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI CATEGORIA C)

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle targhe dei veicoli assicurati nonché delle generalità delle persone che usano tali veicoli. Per l'identificazione di tali elementi, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, si farà riferimento alla dichiarazione della Contraente che attesti:

- che il veicolo, al momento del sinistro, era utilizzato per missione o per adempimento di servizio
- data e luogo del servizio o missione
- generalità del conducente
- dati identificativi del veicolo usato
- per i veicoli "a noleggio", copia del contratto con la società di Leasing o documento equipollente.

LA CONTRAENTE **LA SOCIETA'**

_____ _____