

Lotto n. 6

Polizza INFORTUNI CUMULATIVA

Durata del contratto :

dalle ore 24,00 del 31/07/2018

alle ore 24,00 del 31/12/2021

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]

DEFINIZIONI [DEF]

<u>ASSICURATO:</u>	Il soggetto il cui interesse è protetto dalla presente assicurazione.
<u>ASSICURAZIONE:</u>	Il contratto di assicurazione.
<u>BROKER:</u>	L'Impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
<u>SOCIETÀ/ASSICURATORI:</u>	La Società assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione.
<u>CONTRAENTE:</u>	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
<u>FRANCHIGIA:</u>	L'importo stabilito contrattualmente che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto.
<u>BENEFICIARIO:</u>	Il soggetto al quale deve essere pagata la somma garantita in caso di morte dell'Assicurato.
<u>INDENNIZZO:</u>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<u>TERRORISMO:</u>	Qualsiasi azione violenta diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.
<u>INFORTUNIO:</u>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili o la morte.
<u>PERIODO DI ASSICURAZIONE:</u>	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale.
<u>INVALIDITÀ PERMANENTE:</u>	La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato alla svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
<u>POLIZZA:</u>	Il documento che prova e regola l'assicurazione.
<u>INABILITÀ TEMPORANEA:</u>	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali.
<u>INDENNIZZO – INDENNITÀ:</u>	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza.

PREMIO:

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Art.1 DURATA DELL' ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA

Il presente contratto ha validità dalle ore 24,00 del 31/07/2018. alle ore 24,00 del 31/12/2021 e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Il premio è soggetto a frazionamento annuale con rate scadenti il 31/12 di ogni anno.

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 comunque per un periodo massimo di 4 (quattro) mesi. La società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdire la presente assicurazione ogni anno, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 3 (tre) mesi prima della scadenza annuale.

L'Azienda Contraente si riserva il diritto di recedere, senza alcun onere aggiuntivo, dalla presente polizza alle scadenze annuali con preavviso non inferiore a 90 giorni qualora durante la durata del contratto si accerti l'attivazione di convenzioni relative ai servizi assicurativi da parte della Società CONSIP con condizioni economiche migliori, in base alla normativa vigente.

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 espresso per una durata di anni 2, ovvero dalle ore 24.00 del 31/12/2021 fino alle ore 24 del 31/12/2023, previa adozione di apposito atto.

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

L'Assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio, entro 60 giorni dalla data della decorrenza della Polizza; se il Contraente non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il Contraente non paga i premi, le rate di premio successivi e le eventuali appendici comportanti un premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del 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 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;

- 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. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006 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 CLAUSOLA BROKER

Alla RTI costituita fra Aon S.p.a e Centrale Spa è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005.

Il Contraente 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, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna delle Parti le comunicazioni ricevute 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 ISVAP n.05/2006 (ora IVASS), il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, 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 10% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Art.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art.5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO - BUONA FEDE – DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della Polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il Rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile., sempre che il Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di Premio corrispondente al maggior Rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di Premio.

Resta altresì convenuto che, a parziale deroga dell'articolo 1897 del Codice Civile, nei casi di diminuzione di rischio, nonché dei valori assicurati, la riduzione di Premio sarà immediata.

La Società rimborserà la corrispondente quota di Premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 90 (novanta) giorni dalla comunicazione e rinuncerà allo scioglimento del contratto ed alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini dell'articolo 1897 di cui sopra.

Art.6 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

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

Art.7 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

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

Art.8 ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

Art.9 ESONERO DENUNCIA ALTRI ASSICURATORI

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

Art.10 ONERI FISCALI

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

Art.11 FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, 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 ss.mm. e ii..

Art.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art.13 TRATTAMENTO DEI DATI

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

Art.14 COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta Economica relativa alla presente assicurazione, resta inteso che in caso di sinistro la Società delegataria (in appresso Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata; in deroga all'art.1911 tutte le Società sono responsabili in solido nei confronti del Contraente. La Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente Polizza, le Società coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società coassicuratrici.

Art.15 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza – vedi Costituzione del Premio, 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 il premio minimo stabilito in polizza.

Per la Categoria A) : sulla base del numero dei veicoli.

Per la Categoria B) : sulla base del numero dei chilometri percorsi.

Per le Categorie C), D), E), G), H), I), L), M), sulla base del numero dei soggetti.

Per la Categoria F) : sulla base del numero totale delle donazioni effettuate dai donatori.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. La Società sarà tenuta ad emettere, entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della comunicazione, la relativa appendice di regolazione del premio.

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

Ai sensi dell'art. 48 e 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 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;

- 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.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria della Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice CRO (Codice di riferimento Operazione). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissarle un ulteriore termine di massimo 60 (sessanta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per la rata futura viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo di assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

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

Art.16 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG).

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

Art.17 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione è operante nel mondo intero.

Art.18 NORME DATILOSCRITTE

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle generalità del Danneggiato, del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di Certificato Medico, nonché con l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, deve essere inoltrata alla Società entro 30 (trenta) giorni da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sia sopravvenuta durante il periodo di cura, di essa deve essere dato avviso alla Società il più presto possibile.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire la visita di Medici, nominati dalla Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, verso la

Società stessa, i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e/o coloro che hanno svolto tali indagini ed accertamenti.

Se la Contraente o l'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, intenzionalmente non adempiano all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi colposamente non adempiono l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

La società potrà eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notificazione dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art.2 CRITERI D'INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DELL'INFORTUNIO

La Società liquida l'indennità soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini della presente Polizza, indipendentemente quindi da malattia o da difetti fisici, preesistenti o sopravvenuti, o da mutilazioni preesistenti, in quanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono considerate conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art.3 LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dalla Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

Art.4 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni. Qualora a seguito dell'infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società anticiperà il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di euro 51.000,00.

Art.5 CONTROVERSIE

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

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

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

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

Art.6 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

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

Art.7 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni Sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 180 (centottanta) giorni, previo esperimento del tentativo obbligatorio della revisione del prezzo. In tal caso la Società, qualora l'esito della revisione del prezzo non andasse a buon fine e si addivenisse al recesso unilaterale del contratto, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della Polizza.

La riscossione di premi, o rate di Premio, venuti a scadenza dopo il recesso per Sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della Polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

Art.8 RENDICONTAZIONE SINISTRI

La Società si obbliga a fornire al Contraente, entro 30 giorni da ogni scadenza semestrale o comunque in qualunque data a semplice richiesta dell'Assicurato, il dettaglio di tutti i Sinistri denunciati così impostato:

sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, della data della richiesta di indennizzo, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);

- sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato);
- sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al contraente mediante supporto informatico, utilizzabile dal contraente stesso. Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia la chiusura di tutti i Sinistri denunciati. Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di 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 in caso di Sinistro, 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.

RISCHI INDENNIZZABILI [RI]

Art.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Art.2 MALATTIE PROFESSIONALI

In virtù di Accordi Collettivi Nazionali (A.C.N.), la dove prevista, l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste nella tabella allegato n. 4 al D.P.R. 30/6/1965 n. 1124 e successive modificazioni e con la franchigia relativa ivi prevista, con l'intesa che gli indennizzi stessi saranno pagati in capitale anziché in rendita.

Qualora in conseguenza di malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

CATEGORIE ASSICURATE [CA]

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, di seguito riportate, 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.

Le categorie identificate nella relativa scheda si devono intendere automaticamente coperte laddove sia indicato il valore del parametro (almeno 1 unità) e pertanto non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Resta comunque inteso che:

- per ciascun assicurato, nell'ambito dello stesso sinistro, non può operare più di una Partita;
- qualora per lo stesso sinistro e per lo stesso assicurato possano essere applicate più Partite contemporaneamente, opererà esclusivamente la Partita più conveniente per l'Assicurato.

Le categorie per le quali non è stato indicato il valore del parametro la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente anche per il tramite del Broker e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo.

Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione (cfr. Art.15 CGA).

CATEGORIA A – CONDUCENTI VEICOLI DELL'ENTE

Infortuni subiti dai conducenti e dai trasportati autorizzati, durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia su tutti i mezzi (intendendosi per tali tutti quelli previsti all'art. 47 – Classificazione dei veicoli, del Nuovo Codice della Strada) di proprietà o in uso dell'Ente. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli stessi. La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e/o dei trasportati per i rischi non compresi nella assicurazione obbligatoria RCA (D.Lgs n. 209 del 2005).

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	200.000,00
Invalità Permanente	€	200.000,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

CATEGORIA B – PERSONALE IN MISSIONE

La garanzia deve intendersi prestata ai sensi della normativa vigente, nonché delle Disposizioni Organizzative, Delibere e Determine di fonte Aziendale. Viene garantito il personale dipendente in occasione dell'utilizzo autorizzato di mezzi (intendendosi per tali tutti quelli previsti all'art.47 – Classificazione dei veicoli, del Nuovo Codice della Strada) non di proprietà o in uso all'Ente, per gli infortuni subiti durante lo svolgimento del servizio fuori ufficio, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle relative prestazioni. La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione (anche occasionale) dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'assicurato ad una delle predette sedi di partenza. La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e/o dei trasportati per i rischi non compresi nella assicurazione obbligatoria RCA (D.lgs n. 209 del 2005).

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	200.000,00
Invalità Permanente	€	200.000,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

CATEGORIA C – MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, PSICOLOGI, BIOLOGI, E CHIMICI IN CONVENZIONE CON L'AZIENDA CONTRAENTE

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi degli A.C.N. vigenti e della normativa vigente.

E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	1.033.000,00
Invalità Permanente	€	1.033.000,00
Inabilità Temporanea	€	155,00 (per un massimo di 300 giorni – per i primi tre mesi l'indennità giornaliera è ridotta del 50%)

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria, salvo quanto previsto per la garanzia Inabilità Temporanea su cui graverà le franchigie temporali previste dagli Accordi Collettivi Nazionali.

CATEGORIA D – MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (GUARDIA MEDICA E GUARDIA MEDICA TURISTICA)

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti.

E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	775.000,00
Invalità Permanente	€	775.000,00
Inabilità Temporanea	€	52,00 (per un massimo di 300 giorni)

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria.

CATEGORIA E – MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti.

E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	775.000,00
Invalità Permanente	€	775.000,00
Inabilità Temporanea	€	52,00 (per un massimo di 300 giorni)

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria.

CATEGORIA F – DONATORI DI SANGUE

La garanzia copre gli infortuni subiti dalle persone che si sottopongono al prelievo per la donazione del sangue presso l'Azienda, anche sotto forma di autotrasfusione. L'assicurazione è prestata per le conseguenze delle operazioni connesse al prelievo del sangue (a titolo esemplificativo e non limitativo infezioni in genere, flebiti, periflebiti, ematomi, embolie), nonché per gli infortuni a termini di polizza che colpissero i donatori nell'ambito dei locali in cui si effettuano dette operazioni e durante il tempo necessario con tutti i mezzi di locomozione, terrestri e per via d'acqua, pubblici o privati, quest'ultimi anche se guidati dall'Assicurato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro alla località in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa. La Contrente è esonerata dall'obbligo di denunciare preventivamente sia le generalità dei singoli donatori, sia il giorno e l'ora dei prelievi; per le relative identificazioni sarà fatto riferimento agli appositi registri e schedari che la Contrente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, a semplice richiesta della Società Assicuratrice e dei suoi incaricati.

E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	258.228,00
Invalità Permanente	€	258.228,00
Inabilità Temporanea	€	52,00 (per un massimo di 300 giorni)
Rimborso spese mediche da infortunio	€	2.528,28

Franchigie

Franchigia del 3% sull'Invalità Permanente

CATEGORIA G – MEDICI E PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO TRASPORTO E SOCCORSO

PAZIENTI EMERGENZA TERRITORIALE 118

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti. E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	775.000,00
Invalità Permanente	€	775.000,00
Inabilità Temporanea	€	52,00 (per un massimo di 300 giorni)

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria.

CATEGORIA H – PERSONALE CONVENZIONATO IN GENERE

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti. E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	516.500,00
Invalità Permanente	€	516.500,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria.

CATEGORIA I – ASSISTENTI RELIGIOSI

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti. E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	100.000,00
Invalità Permanente	€	100.000,00

Franchigie

Franchigia del 3% sull'Invalità Permanente.

CATEGORIA L – TIROCINANTI

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti. E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	100.000,00
Invalità Permanente	€	100.000,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria.

CATEGORIA M – PORTATORI DI HANDICAP

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti. E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	250.000,00
Invalità Permanente	€	250.000,00
Inabilità Temporanea	€	25,00 (per un massimo di 300 giorni)
Rimborso spese mediche da infortunio	€	1.000,00

Franchigie

Franchigia del 3% sull'Invalità Permanente.

COSTITUZIONE DEL PREMIO

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione 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 calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 15 – "Regolazione del premio" delle CGA della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni Categoria Assicurata della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Categoria	Tipo dato variabile	Entità dato	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale €
A – CONDUCENTI VEICOLI DELL'ENTE	Numero veicoli	313	.....	.....
B – PERSONALE IN MISSIONE CON MEZZO PROPRIO	Numero chilometri percorsi	304.000	.....	.....
C – MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, ECC.	Numero soggetti	137	.....	.....
D – MEDICI DI CONTINUITA'ASSISTENZIALE (GUARDIA MEDICA)	Numero soggetti	141	.....	.....
E – MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI	Numero soggetti	3	.....	.....
F – DONATORI DI SANGUE	Numero donazioni	7.537	.....	.....
G – MEDICI ADDETTI EMERGENZA TERR.LE 118	Numero soggetti	28	.....	.....
H – PERSONALE CONVENZIONATO	Numero soggetti	23	.....	.....
I - ASSISTENTI RELIGIOSI	Numero soggetti	0	.....	.....
L - TIROCINANTI	Numero soggetti	145	.....	.....
M - PORTATORI DI HANDICAP	Numero soggetti	0	.....	.....
TOTALE				.....

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE [CPA]

Art.1 ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE

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

- le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- le conseguenze delle folgorazioni e scariche elettriche in genere;
- le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- il contatto con acidi e corrosivi, le ustioni in genere;
- le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, compreso il soffocamento e comprese le intossicazioni di origine traumatica, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
- l'asfissia;
- l'annegamento;
- le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana ed in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
- le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze, imperizie, e negligenze anche gravi, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a vertigini;
- le lesioni determinate da sforzi con l'esclusione di infarti ;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

L'assicurazione vale altresì:

- per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli verificatisi durante la guida di veicoli a motore;
- per gli infortuni derivanti dall'uso e/o guida di qualsiasi veicolo o natante a motore;
- per gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve;
- per gli infortuni derivanti da colpi di sonno.

L'assicurazione vale anche:

per le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V, AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente. L'operatività della garanzia è subordinata alla denuncia dell'infortunio entro 30 giorni dal fatto; alla denuncia dovrà essere allegata analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate; l'Assicurato dovrà tenersi disponibile alle eventuali analisi successive che la Società riterrà opportuno richiedergli e dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 giorni dalla denuncia dell'infortunio. In caso di negatività, il test per H.I.V, epatite virali B e C dovrà essere ripetuto entro 180 giorni. Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di 1 anno dalla data dell'infortunio per il solo H.I.V;

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

Art.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

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

Per spese mediche si intendono:

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

Rimangono escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

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

Art.3 RISCHIO GUERRA

La garanzia è estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra dichiarata o non, guerra civile e insurrezioni a carattere generale, per il periodo massimo di 14 (quattordici) all'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art.4 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero, su aeromobili ed elicotteri in servizio pubblico e di soccorso da chiunque eserciti, esclusi:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo
- i viaggi aerei su aeromobili ed elicotteri eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei comunque effettuati, con alianti, motoalianti, aerostati, dirigibili.

Per lavoro aereo e attività pericolose di volo si intendono le attività di volo comunque svolte per: addestramento - - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - gare acrobatiche - tentativi di primato - Off - shore - supporto pesca – appontaggio navi - spegnimento incendi.

Si intendono comunque comprese in garanzia gli infortuni subiti dai soggetti assicurati nell'ambito del servizio di elisoccorso.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso. La salita e la discesa mediante scale ed attrezzature speciali aeroportuali fanno parte del rischio.

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite delle seguenti somme assicurate, che non potranno essere superate, qualora in abbinamento ad altre polizze infortuni:

per persona:

€ 1.033.000,00 per il caso di Morte

€ 1.033.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

€ 258,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

€ 7.500.000,00 per il caso di Morte

€ 7.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

€ 350.000,00 per Inabilità Temporanea

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

Restano in ogni caso esclusi gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

Art.5 MORTE

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 2 (due) anni da quello dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto e qualora in polizza non siano indicati i nominativi dei Beneficiari, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali fra i Beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati la somma sarà liquidata agli eredi.

Art.6 MORTE PRESUNTA

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

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

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti spettantigli, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione che, al più, decorreranno da quel momento.

Art.7 INVALIDITÀ PERMANENTE – INVALIDITÀ SUPERIORE AL 50% (CINQUANTA PER CENTO)

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

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

Resta altresì convenuto quanto segue:

- per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa;
- la perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- la perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita alla metà; quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi, in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella saranno addizionate fino al massimo del 100% (cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche se successivamente alla scadenza della polizza.

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi, salvo quanto previsto all'art.8 che precede.

Art.8 INABILITA' TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- Integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- Al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parziale alle sue occupazioni.
- L'indennizzo viene corrisposto per un periodo massimo di 300 giorni ed è cumulabile con quelli dovuti per Morte, Invalidità Permanente e Diaria da ricovero.

Art.9 DIARIA DA RICOVERO

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera assicurata pattuita per ogni giorno di degenza per un periodo massimo di 300 giorni, effettuato in Istituti di Cura, pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero.

Art.10 RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €.3.000,00.=.

Art.11 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 effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di €.10.000,00.= per evento.

Art.12 LIMITI D'ETÀ

L'Assicurazione vale per le persone d'età non superiore a 75 (settantacinque) 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.

Art.13 RISCHIO IN ITINERE

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

Art.14 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per tutto il Mondo.

ESCLUSIONI [E]

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) gli infortuni direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non, guerra civile, insurrezione a carattere generale, salvo quanto previsto all'Articolo - Rischio Guerra;
- b) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- c) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici-terapeutici oggetto dell'attività della Contraente;

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA

Lotto n. 6

Polizza INFORTUNI CUMULATIVA

Durata del contratto :

dalle ore 24,00 del 31/07/2018

alle ore 24,00 del 31/12/2021

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]

DEFINIZIONI [DEF]

<u>ASSICURATO:</u>	Il soggetto il cui interesse è protetto dalla presente assicurazione.
<u>ASSICURAZIONE:</u>	Il contratto di assicurazione.
<u>BROKER:</u>	L'impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
<u>SOCIETÀ/ASSICURATORI:</u>	La Società assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione.
<u>CONTRAENTE:</u>	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
<u>FRANCHIGIA:</u>	L'importo stabilito contrattualmente che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto.
<u>BENEFICIARIO:</u>	Il soggetto al quale deve essere pagata la somma garantita in caso di morte dell'Assicurato.
<u>INDENNIZZO:</u>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<u>TERRORISMO:</u>	Qualsiasi azione violenta diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.
<u>INFORTUNIO:</u>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili o la morte.
<u>PERIODO DI ASSICURAZIONE:</u>	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale.
<u>INVALIDITÀ PERMANENTE:</u>	La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato alla svolgimento di un qualsiasi

	lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
<u>POLIZZA:</u>	Il documento che prova e regola l'assicurazione.
<u>INABILITÀ TEMPORANEA:</u>	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali.
<u>INDENNIZZO – INDENNITÀ:</u>	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza.
<u>PREMIO:</u>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Art.19 DURATA DELL' ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA

Il presente contratto ha validità dalle ore 24,00 del 31/07/2018. alle ore 24,00 del 31/12/2021 e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Il premio è soggetto a frazionamento annuale con rate scadenti il 31/12 di ogni anno.

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 comunque per un periodo massimo di 4 (quattro) mesi. La società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdire la presente assicurazione ogni anno, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 3 (tre) mesi prima della scadenza annuale.

L'Azienda Contraente si riserva il diritto di recedere, senza alcun onere aggiuntivo, dalla presente polizza alle scadenze annuali con preavviso non inferiore a 90 giorni qualora durante la durata del contratto si accerti l'attivazione di convenzioni relative ai servizi assicurativi da parte della Società CONSIP con condizioni economiche migliori, in base alla normativa vigente.

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 espresso per una durata di anni 2, ovvero dalle ore 24.00 del 31/12/2021 fino alle ore 24 del 31/12/2023, previa adozione di apposito atto.

Art.20 PAGAMENTO DEL PREMIO E DELLE APPENDICI CON INCASSO PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio, entro 60 giorni dalla data della decorrenza della Polizza; se il Contraente non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il Contraente non paga i premi, le rate di premio successivi e le eventuali appendici comportanti un premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del 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 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;
- 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. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006 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.21 CLAUSOLA BROKER

Alla RTI costituita fra Aon S.p.a e Centrale Spa è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005.

Il Contraente 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, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute 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 ISVAP n.05/2006 (ora IVASS), il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, 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 10% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Art.22 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art.23 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO - BUONA FEDE – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della Polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il Rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile., sempre che il Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di Premio corrispondente al maggior Rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di Premio.

Resta altresì convenuto che, a parziale deroga dell'articolo 1897 del Codice Civile, nei casi di diminuzione di rischio, nonché dei valori assicurati, la riduzione di Premio sarà immediata.

La Società rimborserà la corrispondente quota di Premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 90 (novanta) giorni dalla comunicazione e rinuncerà allo scioglimento del contratto ed alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini dell'articolo 1897 di cui sopra.

Art.24 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

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

Art.25 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

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

Art.26 ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

Art.27 ESONERO DENUNCIA ALTRI ASSICURATORI

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

Art.28 ONERI FISCALI

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

Art.29 FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, 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 ss.mm. e ii..

Art.30 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art.31 TRATTAMENTO DEI DATI

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

Art.32 COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta Economica relativa alla presente assicurazione, resta inteso che in caso di sinistro la Società delegataria (in appresso Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata; in deroga all'art.1911 tutte le Società sono responsabili in solido nei confronti del Contraente. La Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente Polizza, le Società coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi

documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società coassicuratrici.

Art.33 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza – vedi Costituzione del Premio, 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 il premio minimo stabilito in polizza.

Per la Categoria A) : sulla base del numero dei veicoli.

Per la Categoria B) : sulla base del numero dei chilometri percorsi.

Per le Categorie C), D), E), G), H), I), L), M), sulla base del numero dei soggetti.

Per la Categoria F) : sulla base del numero totale delle donazioni effettuate dai donatori.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. La Società sarà tenuta ad emettere, entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della comunicazione, la relativa appendice di regolazione del premio.

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

Ai sensi dell'art. 48 e 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 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;

- 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.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria della Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice CRO (Codice di riferimento Operazione). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissarle un ulteriore termine di massimo 60 (sessanta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per la rata futura viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo di assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

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

Art.34 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG).

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

Art.35 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione è operante nel mondo intero.

Art.36 NORME DATTILOSCRITTE

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle generalità del Danneggiato, del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di Certificato Medico, nonché con l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, deve essere inoltrata alla Società entro 30 (trenta) giorni da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sia sopravvenuta durante il periodo di cura, di essa deve essere dato avviso alla Società il più presto possibile.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire la visita di Medici, nominati dalla Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, verso la Società stessa, i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e/o coloro che hanno svolto tali indagini ed accertamenti.

Se la Contraente o l'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, intenzionalmente non adempiano all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi colposamente non adempiono l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

La società potrà eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notificazione dei sinistri o degli atti giudiziari.

CRITERI D'INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DELL'INFORTUNIO

La Società liquida l'indennità soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini della presente Polizza, indipendentemente quindi da malattia o da difetti fisici, preesistenti o sopravvenuti, o da mutilazioni preesistenti, in quanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono considerate conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dalla Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni. Qualora a seguito dell'infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società anticiperà il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di euro 51.000,00.

CONTROVERSIE

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

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

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

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

Art.15 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

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

RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni Sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 180 (centottanta) giorni, previo esperimento del tentativo obbligatorio della revisione del prezzo. In tal caso la Società, qualora l'esito della revisione del prezzo non andasse a buon fine e si addivenisse al recesso unilaterale del contratto, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della Polizza.

La riscossione di premi, o rate di Premio, venuti a scadenza dopo il recesso per Sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della Polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

RENDICONTAZIONE SINISTRI

La Società si obbliga a fornire al Contraente, entro 30 giorni da ogni scadenza semestrale o comunque in qualunque data a semplice richiesta dell'Assicurato, il dettaglio di tutti i Sinistri denunciati così impostato:

sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, della data della richiesta di indennizzo, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);

- sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato);
- sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al contraente mediante supporto informatico, utilizzabile dal contraente stesso. Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia la chiusura di tutti i Sinistri denunciati. Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di 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 in caso di Sinistro, 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.

RISCHI INDENNIZZABILI [RI]

Art.16 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

MALATTIE PROFESSIONALI

In virtù di Accordi Collettivi Nazionali (A.C.N.), la dove prevista, l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste nella tabella allegato n. 4 al D.P.R. 30/6/1965 n. 1124 e successive modificazioni e con la franchigia relativa ivi prevista, con l'intesa che gli indennizzi stessi saranno pagati in capitale anziché in rendita.

Qualora in conseguenza di malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

CATEGORIE ASSICURATE [CA]

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, di seguito riportate, 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.

Le categorie identificate nella relativa scheda si devono intendere automaticamente coperte laddove sia indicato il valore del parametro (almeno 1 unità) e pertanto non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Resta comunque inteso che:

- per ciascun assicurato, nell'ambito dello stesso sinistro, non può operare più di una Partita;
- qualora per lo stesso sinistro e per lo stesso assicurato possano essere applicate più Partite contemporaneamente, opererà esclusivamente la Partita più conveniente per l'Assicurato.

Le categorie per le quali non è stato indicato il valore del parametro la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente anche per il tramite del Broker e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo.

Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione (cfr. Art.15 CGA).

CATEGORIA A – CONDUCENTI VEICOLI DELL'ENTE

Infortuni subiti dai conducenti e dai trasportati autorizzati, durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia su tutti i mezzi (intendendosi per tali tutti quelli previsti all'art. 47 – Classificazione dei veicoli, del Nuovo Codice della Strada) di proprietà o in uso dell'Ente. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli stessi. La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e/o dei trasportati per i rischi non compresi nella assicurazione obbligatoria RCA (D.Lgs n. 209 del 2005).

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	200.000,00
Invalità Permanente	€	200.000,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

CATEGORIA B – PERSONALE IN MISSIONE

La garanzia deve intendersi prestata ai sensi della normativa vigente, nonché delle Disposizioni Organizzative, Delibere e Determine di fonte Aziendale. Viene garantito il personale dipendente in occasione dell'utilizzo autorizzato di mezzi (intendendosi per tali tutti quelli previsti all'art.47 – Classificazione dei veicoli, del Nuovo Codice della Strada) non di proprietà o in uso all'Ente, per gli infortuni subiti durante lo svolgimento del servizio fuori ufficio, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle relative prestazioni. La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione (anche occasionale) dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'assicurato ad una delle predette sedi di partenza. La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e/o dei trasportati per i rischi non compresi nella assicurazione obbligatoria RCA (D.lgs n. 209 del 2005).

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	200.000,00
Invalità Permanente	€	200.000,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

**CATEGORIA C – MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, PSICOLOGI, BIOLOGI, E
CHIMICI IN CONVENZIONE CON L'AZIENDA CONTRAENTE**

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi degli A.C.N. vigenti e della normativa vigente.

E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	1.033.000,00
Invalità Permanente	€	1.033.000,00
Inabilità Temporanea	€	155,00 (per un massimo di 300 giorni – per i primi tre mesi l'indennità giornaliera è ridotta del 50%)

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

CATEGORIA D – MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (GUARDIA MEDICA E GUARDIA MEDICA TURISTICA)

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti. E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	775.000,00
Invalità Permanente	€	775.000,00
Inabilità Temporanea	€	52,00 (per un massimo di 300 giorni)

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria.

CATEGORIA E – MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti.

E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	775.000,00
Invalità Permanente	€	775.000,00
Inabilità Temporanea	€	52,00 (per un massimo di 300 giorni)

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria.

CATEGORIA F – DONATORI DI SANGUE

La garanzia copre gli infortuni subiti dalle persone che si sottopongono al prelievo per la donazione del sangue presso l'Azienda, anche sotto forma di autotrasfusione. L'assicurazione è prestata per le conseguenze delle operazioni connesse al prelievo del sangue (a titolo esemplificativo e non limitativo infezioni in genere, flebiti, periflebiti, ematomi, embolie), nonché per gli infortuni a termini di polizza che colpissero i donatori nell'ambito dei locali in cui si effettuano dette operazioni e durante il tempo necessario con tutti i mezzi di locomozione, terrestri e per via d'acqua, pubblici o privati, quest'ultimi anche se guidati dall'Assicurato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro alla località in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa. La Contrente è esonerata dall'obbligo di denunciare preventivamente sia le generalità dei singoli donatori, sia il giorno e l'ora dei prelievi; per le relative identificazioni sarà fatto riferimento agli appositi registri e schedari che la Contrente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, a semplice richiesta della Società Assicuratrice e dei suoi incaricati.

E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	258.228,45
Invalità Permanente	€	258.228,45
Inabilità Temporanea	€	52,00 (per un massimo di 300 giorni)
Rimborso spese mediche da infortunio	€	2.528,28

Franchigie

Franchigia del 3% sull'Invalità Permanente

CATEGORIA G – MEDICI E PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO TRASPORTO E SOCCORSO**PAZIENTI EMERGENZA TERRITORIALE 118**

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti. E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	775.000,00
Invalità Permanente	€	775.000,00
Inabilità Temporanea	€	52,00 (per un massimo di 300 giorni)

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria.

CATEGORIA H – PERSONALE CONVENZIONATO IN GENERE

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti.
E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	516.500,00
Invalità Permanente	€	516.500,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria.

CATEGORIA I – ASSISTENTI RELIGIOSI

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti.
E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	103,300,00
Invalità Permanente	€	103,300,00

Franchigie

Franchigia del 3% sull'Invalità Permanente.

CATEGORIA L – TIROCINANTI

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti.

E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	100.000,00
Invalità Permanente	€	100.000,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria.

CATEGORIA M – PORTATORI DI HANDICAP

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti.

E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	250.000,00
Invalità Permanente	€	250.000,00
Inabilità Temporanea	€	25,00 (per un massimo di 300 giorni)
Rimborso spese mediche da infortunio	€	1.000,00

Franchigie

Franchigia del 3% sull'Invalità Permanente.

COSTITUZIONE DEL PREMIO

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione 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 calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 15 – "Regolazione del premio" delle CGA della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni Categoria Assicurata della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Categoria	Tipo dato variabile	Entità dato	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale €
A - CONDUCENTI VEICOLI DELL'ENTE	Numero veicoli	380	.....	.....
B - PERSONALE IN MISSIONE CON MEZZO PROPRIO	Numero chilometri percorsi	850.000	.....	.....
C - MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, ECC.	Numero soggetti	123	.....	.....
D - MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (GUARDIA MEDICA)	Numero soggetti	180	.....	.....
E - MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI	Numero soggetti	5	.....	.....
F - DONATORI DI SANGUE	Numero donazioni	8.700	.....	.....
G - MEDICI ADDETTI EMERGENZA TERR.LE 118	Numero soggetti	3	.....	.....
H - PERSONALE CONVENZIONATO	Numero soggetti	50	.....	.....
I - ASSISTENTI RELIGIOSI	Numero soggetti	0	.....	.....
L - TIROCINANTI	Numero soggetti	0	.....	.....
M - PORTATORI DI HANDICAP	Numero soggetti	0	.....	.....
TOTALE				.....

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE [CPA]

Art.17 ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE

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

- le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;

- le conseguenze delle folgorazioni e scariche elettriche in genere;
- le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- il contatto con acidi e corrosivi, le ustioni in genere;
- le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, compreso il soffocamento e comprese le intossicazioni di origine traumatica, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
- l'asfissia;
- l'annegamento;
- le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana ed in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
- le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze, imperizie, e negligenze anche gravi, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a vertigini;
- le lesioni determinate da sforzi con l'esclusione di infarti ;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

L'assicurazione vale altresì:

- per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli verificatisi durante la guida di veicoli a motore;
- per gli infortuni derivanti dall'uso e/o guida di qualsiasi veicolo o natante a motore;
- per gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve;
- per gli infortuni derivanti da colpi di sonno.

L'assicurazione vale anche:

per le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V, AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente. L'operatività della garanzia è subordinata alla denuncia dell'infortunio entro 30 giorni dal fatto; alla denuncia dovrà essere allegata analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate; l'Assicurato dovrà tenersi disponibile alle eventuali analisi successive che la Società riterrà opportuno richiedergli e dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 giorni dalla denuncia dell'infortunio. In caso di negatività, il test per H.I.V, epatite virali B e C dovrà essere ripetuto entro 180 giorni. Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di 1 anno dalla data dell'infortunio per il solo H.I.V;

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

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

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

Per spese mediche si intendono:

- spese di ricovero;

- onorari a medici e chirurghi;
- spese per esami di laboratorio ed altri accertamenti diagnostici;
- spese di trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie, salvo quelle necessarie per ripristinare la funzione masticatoria compromessa dall'infortunio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche

Rimangono escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

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

RISCHIO GUERRA

La garanzia è estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra dichiarata o non, guerra civile e insurrezioni a carattere generale, per il periodo massimo di 14 (quattordici) all'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero, su aeromobili ed elicotteri in servizio pubblico e di soccorso da chiunque eserciti, esclusi:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo
- i viaggi aerei su aeromobili ed elicotteri eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei comunque effettuati, con alianti, motoalianti, aerostati, dirigibili.

Per lavoro aereo e attività pericolose di volo si intendono le attività di volo comunque svolte per: addestramento - - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - gare acrobatiche - tentativi di primato - Off - shore - supporto pesca – appontaggio navi - spegnimento incendi.

Si intendono comunque comprese in garanzia gli infortuni subiti dai soggetti assicurati nell'ambito del servizio di elisoccorso.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso. La salita e la discesa mediante scale ed attrezzature speciali aeroportuali fanno parte del rischio.

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite delle seguenti somme assicurate, che non potranno essere superate, qualora in abbinamento ad altre polizze infortuni:

per persona:

€ 1.033.000,00 per il caso di Morte

€ 1.033.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

€ 258,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

€ 7.500.000,00 per il caso di Morte

€ 7.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

€ 350.000,00 per Inabilità Temporanea

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

Restano in ogni caso esclusi gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

MORTE

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 2 (due) anni da quello dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto e qualora in polizza non siano indicati i nominativi dei Beneficiari, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali fra i Beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati la somma sarà liquidata agli eredi.

MORTE PRESUNTA

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

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

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti spettantigli, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione che, al più, decorreranno da quel momento.

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

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

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

Resta altresì convenuto quanto segue:

- per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa;
- la perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;

- la perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita alla metà; quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi, in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella saranno addizionate fino al massimo del 100% (cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche se successivamente alla scadenza della polizza.

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi, salvo quanto previsto all'art.8 che precede.

INABILITA' TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- Integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- Al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parziale alle sue occupazioni.
- L'indennizzo viene corrisposto per un periodo massimo di 300 giorni ed è cumulabile con quelli dovuti per Morte, Invalidità Permanente e Diaria da ricovero.

DIARIA DA RICOVERO

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera assicurata pattuita per ogni giorno di degenza per un periodo massimo di 300 giorni, effettuato in Istituti di Cura, pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero.

RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €3.000,00.=.

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 effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di €10.000,00.= per evento.

LIMITI D'ETÀ

L'Assicurazione vale per le persone d'età non superiore a 75 (settantacinque) 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.

RISCHIO IN ITINERE

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

VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per tutto il Mondo.

ESCLUSIONI [E]

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- d) gli infortuni direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non, guerra civile, insurrezione a carattere generale, salvo quanto previsto all'Articolo - Rischio Guerra;
- e) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici-terapeutici oggetto dell'attività della Contraente;

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA



A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I



Lotto n. 6

Polizza INFORTUNI CUMULATIVA

Durata del contratto :

dalle ore 24,00 del 31/07/2018

alle ore 24,00 del 31/12/2021

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]

DEFINIZIONI [DEF]

<u>ASSICURATO:</u>	Il soggetto il cui interesse è protetto dalla presente assicurazione.
<u>ASSICURAZIONE:</u>	Il contratto di assicurazione.
<u>BROKER:</u>	L'Impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
<u>SOCIETÀ/ASSICURATORI:</u>	La Società assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione.
<u>CONTRAENTE:</u>	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
<u>FRANCHIGIA:</u>	L'importo stabilito contrattualmente che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto.
<u>BENEFICIARIO:</u>	Il soggetto al quale deve essere pagata la somma garantita in caso di morte dell'Assicurato.
<u>INDENNIZZO:</u>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<u>TERRORISMO:</u>	Qualsiasi azione violenta diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.
<u>INFORTUNIO:</u>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili o la morte.
<u>PERIODO DI ASSICURAZIONE:</u>	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale.
<u>INVALIDITÀ PERMANENTE:</u>	La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato alla svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
<u>POLIZZA:</u>	Il documento che prova e regola l'assicurazione.
<u>INABILITÀ TEMPORANEA:</u>	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali.
<u>INDENNIZZO – INDENNITÀ:</u>	La somma dovuta dalla Società

	all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza.
<u>PREMIO:</u>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Art.37 DURATA DELL' ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA

Il presente contratto ha validità dalle ore 24,00 del 31/07/2018. alle ore 24,00 del 31/12/2021 e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Il premio è soggetto a frazionamento annuale con rate scadenti il 31/12 di ogni anno.

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 comunque per un periodo massimo di 4 (quattro) mesi. La società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdire la presente assicurazione ogni anno, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 3 (tre) mesi prima della scadenza annuale.

L'Azienda Contraente si riserva il diritto di recedere, senza alcun onere aggiuntivo, dalla presente polizza alle scadenze annuali con preavviso non inferiore a 90 giorni qualora durante la durata del contratto si accerti l'attivazione di convenzioni relative ai servizi assicurativi da parte della Società CONSIP con condizioni economiche migliori, in base alla normativa vigente.

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 espresso per una durata di anni 2, ovvero dalle ore 24.00 del 31/12/2021 fino alle ore 24 del 31/12/2023, previa adozione di apposito atto.

Art.38 PAGAMENTO DEL PREMIO E DELLE APPENDICI CON INCASSO PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio, entro 60 giorni dalla data della decorrenza della Polizza; se il Contraente non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il Contraente non paga i premi, le rate di premio successivi e le eventuali appendici comportanti un premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del 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 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;
- 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. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006 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.39 CLAUSOLA BROKER

Alla RTI costituita fra Aon S.p.a e Centrale Spa è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005.

Il Contraente 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, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute 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 ISVAP n.05/2006 (ora IVASS), il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, 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 10% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Art.40 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art.41 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO - BUONA FEDE – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della Polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il Rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile., sempre che il Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di Premio corrispondente al maggior Rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di Premio.

Resta altresì convenuto che, a parziale deroga dell'articolo 1897 del Codice Civile, nei casi di diminuzione di rischio, nonché dei valori assicurati, la riduzione di Premio sarà immediata.

La Società rimborserà la corrispondente quota di Premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 90 (novanta) giorni dalla comunicazione e rinuncerà allo scioglimento del contratto ed alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini dell'articolo 1897 di cui sopra.

Art.42 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

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

Art.43 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

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

Art.44 ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

Art.45 ESONERO DENUNCIA ALTRI ASSICURATORI

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

Art.46 ONERI FISCALI

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

Art.47 FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, 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 ss.mm. e ii..

Art.48 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art.49 TRATTAMENTO DEI DATI

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

Art.50 COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta Economica relativa alla presente assicurazione, resta inteso che in caso di sinistro la Società delegataria (in appresso Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata; in deroga all'art.1911 tutte le Società sono responsabili in solido nei confronti del Contraente. La Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente Polizza, le Società coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società coassicuratrici.

Art.51 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza – vedi Costituzione del Premio, 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 il premio minimo stabilito in polizza.

Per la Categoria A) : sulla base del numero dei veicoli.

Per la Categoria B) : sulla base del numero dei chilometri percorsi.

Per le Categorie C) : sulla base del numero totale delle donazioni effettuate dai donatori.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. La Società sarà tenuta ad emettere, entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della comunicazione, la relativa appendice di regolazione del premio.

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

Ai sensi dell'art. 48 e 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 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;

- 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.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria della Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice CRO (Codice di riferimento Operazione). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissarle un ulteriore termine di massimo 60 (sessanta) giorni, trascorso il

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

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

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

Art.52 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG).

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

Art.53 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione è operante nel mondo intero.

Art.54 NORME DATTILOSCRITTE

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

• DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle generalità del Danneggiato, del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di Certificato Medico, nonché con l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, deve essere inoltrata alla Società entro 30 (trenta) giorni da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sia sopravvenuta durante il periodo di cura, di essa deve essere dato avviso alla Società il più presto possibile.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire la visita di Medici, nominati dalla Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, verso la Società stessa, i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e/o coloro che hanno svolto tali indagini ed accertamenti.

Se la Contraente o l'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, intenzionalmente non adempiano all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi colposamente non adempiono l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

La società potrà eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notificazione dei sinistri o degli atti giudiziari.

• CRITERI D'INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DELL'INFORTUNIO

La Società liquida l'indennità soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini della presente Polizza, indipendentemente quindi da malattia o da difetti fisici, preesistenti o sopravvenuti, o da mutilazioni preesistenti, in quanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali

condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono considerate conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

- **LEGITTIMAZIONE**

La Società dà e prende atto che la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dalla Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

- **PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO**

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni. Qualora a seguito dell'infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società anticiperà il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di euro 51.000,00.

- **CONTROVERSIE**

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

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

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

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

Art.18 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

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

- **RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

Dopo ogni Sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 180 (centottanta) giorni, previo esperimento del tentativo obbligatorio della revisione del prezzo. In tal caso la Società, qualora l'esito della revisione del prezzo non andasse a buon fine e si addivenisse al recesso unilaterale del contratto, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della Polizza.

La riscossione di premi, o rate di Premio, venuti a scadenza dopo il recesso per Sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della Polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

- **RENDICONTAZIONE SINISTRI**

La Società si obbliga a fornire al Contraente, entro 30 giorni da ogni scadenza semestrale o comunque in qualunque data a semplice richiesta dell'Assicurato, il dettaglio di tutti i Sinistri denunciati così impostato: sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, della data della richiesta di indennizzo, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);

- sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato);
- sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al contraente mediante supporto informatico, utilizzabile dal contraente stesso. Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia la chiusura di tutti i Sinistri denunciati. Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di 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 in caso di Sinistro, 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.

RISCHI INDENNIZZABILI [RI]

Art.19 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- **MALATTIE PROFESSIONALI**

In virtù di Accordi Collettivi Nazionali (A.C.N.), la dove prevista, l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste nella tabella allegato n. 4 al D.P.R. 30/6/1965 n. 1124 e successive modificazioni e con la franchigia relativa ivi prevista, con l'intesa che gli indennizzi stessi saranno pagati in capitale anziché in rendita.

Qualora in conseguenza di malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

CATEGORIE ASSICURATE [CA]

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, di seguito riportate, 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.

Le categorie identificate nella relativa scheda si devono intendere automaticamente coperte laddove sia indicato il valore del parametro (almeno 1 unità) e pertanto non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Resta comunque inteso che:

- per ciascun assicurato, nell'ambito dello stesso sinistro, non può operare più di una Partita;
- qualora per lo stesso sinistro e per lo stesso assicurato possano essere applicate più Partite contemporaneamente, opererà esclusivamente la Partita più conveniente per l'Assicurato.

Le categorie per le quali non è stato indicato il valore del parametro la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente anche per il tramite del Broker e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo.

Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione (cfr. Art.15 CGA).

CATEGORIA A – CONDUCENTI VEICOLI DELL'ENTE

Infortuni subiti dai conducenti e dai trasportati autorizzati, durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia su tutti i mezzi (intendendosi per tali tutti quelli previsti all'art. 47 – Classificazione dei veicoli, del Nuovo Codice della Strada) di proprietà o in uso dell'Ente. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli stessi. La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e/o dei trasportati per i rischi non compresi nella assicurazione obbligatoria RCA (D.Lgs n. 209 del 2005).

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	200.000,00
Invalità Permanente	€	200.000,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

CATEGORIA B – PERSONALE IN MISSIONE

La garanzia deve intendersi prestata ai sensi della normativa vigente, nonché delle Disposizioni Organizzative, Delibere e Determine di fonte Aziendale. Viene garantito il personale dipendente in occasione dell'utilizzo autorizzato di mezzi (intendendosi per tali tutti quelli previsti all'art.47 – Classificazione dei veicoli, del Nuovo Codice della Strada) non di proprietà o in uso all'Ente, per gli infortuni subiti durante lo svolgimento del servizio fuori ufficio, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle relative prestazioni. La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione (anche occasionale) dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'assicurato ad una delle predette sedi di partenza. La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e/o dei trasportati per i rischi non compresi nella assicurazione obbligatoria RCA (D.lgs n. 209 del 2005).

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	200.000,00
Invalità Permanente	€	200.000,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

CATEGORIA L – DONATORI DI SANGUE

La garanzia copre gli infortuni subiti dalle persone che si sottopongono al prelievo per la donazione del sangue presso l'Azienda, anche sotto forma di autotrasfusione. L'assicurazione è prestata per le conseguenze delle operazioni connesse al prelievo del sangue (a titolo esemplificativo e non limitativo

infezioni in genere, flebiti, periflebiti, ematomi, embolie), nonché per gli infortuni a termini di polizza che colpissero i donatori nell'ambito dei locali in cui si effettuano dette operazioni e durante il tempo necessario con tutti i mezzi di locomozione, terrestri e per via d'acqua, pubblici o privati, quest'ultimi anche se guidati dall'Assicurato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro alla località in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa. La Contrente è esonerata dall'obbligo di denunciare preventivamente sia le generalità dei singoli donatori, sia il giorno e l'ora dei prelievi; per le relative identificazioni sarà fatto riferimento agli appositi registri e schedari che la Contrente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, a semplice richiesta della Società Assicuratrice e dei suoi incaricati. E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	258.228,45
Invalità Permanente	€	258.228,45
Inabilità Temporanea	€	52,00 (per un massimo di 300 giorni)
Rimborso spese mediche da infortunio	€	2.528,28

Franchigie

3% di Invalità Permanente.

COSTITUZIONE DEL PREMIO

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione 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 calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 15 – "Regolazione del premio" delle CGA della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni Categoria Assicurata della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Categoria	Tipo dato variabile	Entità dato	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale €
A – CONDUCENTI VEICOLI DELL'ENTE	Numero veicoli	8	.....	.....
B – PERSONALE IN MISSIONE CON MEZZO PROPRIO	Numero chilometri percorsi	37.795	.....	.....
C – DONATORI DI SANGUE	Numero donazioni	4.942	.....	.....
TOTALE				.....

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE [CPA]

Art.20 ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE

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

- le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- le conseguenze delle folgorazioni e scariche elettriche in genere;
- le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- il contatto con acidi e corrosivi, le ustioni in genere;
- le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, compreso il soffocamento e comprese le intossicazioni di origine traumatica, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
- l'asfissia;
- l'annegamento;
- le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana ed in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
- le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze, imperizie, e negligenze anche gravi, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a vertigini;
- le lesioni determinate da sforzi con l'esclusione di infarti ;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

L'assicurazione vale altresì:

- per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli verificatisi durante la guida di veicoli a motore;
- per gli infortuni derivanti dall'uso e/o guida di qualsiasi veicolo o natante a motore;
- per gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve;
- per gli infortuni derivanti da colpi di sonno.

L'assicurazione vale anche:

per le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V, AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente. L'operatività della garanzia è subordinata alla denuncia dell'infortunio entro 30 giorni dal fatto; alla denuncia dovrà essere allegata analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate; l'Assicurato dovrà tenersi disponibile alle eventuali analisi successive che la Società riterrà opportuno richiedergli e dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 giorni dalla denuncia dell'infortunio. In caso di negatività, il test per H.I.V, epatite virali B e C dovrà essere ripetuto entro 180 giorni. Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di 1 anno dalla data dell'infortunio per il solo H.I.V;

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

• **RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO**

Qualora espressamente richiamata, nella relativa Categoria, la voce "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" la Società, in caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo indicato, le spese mediche in genere sostenute dallo stesso e

rimaste a suo effettivo carico in quanto non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale e/o non indennizzate da eventuali assicurazioni private e/o di Categoria.

Per spese mediche si intendono:

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

Rimangono escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

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

• **RISCHIO GUERRA**

La garanzia è estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra dichiarata o non, guerra civile e insurrezioni a carattere generale, per il periodo massimo di 14 (quattordici) all'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

• **RISCHIO VOLO**

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero, su aeromobili ed elicotteri in servizio pubblico e di soccorso da chiunque eserciti, esclusi:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo
- i viaggi aerei su aeromobili ed elicotteri eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei comunque effettuati, con alianti, motoalianti, aerostati, dirigibili.

Per lavoro aereo e attività pericolose di volo si intendono le attività di volo comunque svolte per: addestramento - - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - gare acrobatiche - tentativi di primato - Off - shore - supporto pesca - appontaggio navi - spegnimento incendi.

Si intendono comunque comprese in garanzia gli infortuni subiti dai soggetti assicurati nell'ambito del servizio di elisoccorso.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso. La salita e la discesa mediante scale ed attrezzature speciali aeroportuali fanno parte del rischio.

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite delle seguenti somme assicurate, che non potranno essere superate, qualora in abbinamento ad altre polizze infortuni:

per persona:

€ 1.033.000,00 per il caso di Morte

€ 1.033.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

€ 258,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

€ 7.500.000,00 per il caso di Morte

€ 7.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

€ 350.000,00 per Inabilità Temporanea

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

Restano in ogni caso esclusi gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

- **MORTE**

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 2 (due) anni da quello dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto e qualora in polizza non siano indicati i nominativi dei Beneficiari, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali fra i Beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati la somma sarà liquidata agli eredi.

- **MORTE PRESUNTA**

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

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

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti spettantigli, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione che, al più, decorreranno da quel momento.

- **INVALIDITÀ PERMANENTE – INVALIDITÀ SUPERIORE AL 50% (CINQUANTA PER CENTO)**

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

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

Resta altresì convenuto quanto segue:

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

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

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi, salvo quanto previsto all'art.8 che precede.

- **INABILITA' TEMPORANEA**

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- Integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- Al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parziale alle sue occupazioni.
- L'indennizzo viene corrisposto per un periodo massimo di 300 giorni ed è cumulabile con quelli dovuti per Morte, Invalidità Permanente e Diaria da ricovero.

- **DIARIA DA RICOVERO**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera assicurata pattuita per ogni giorno di degenza per un periodo massimo di 300 giorni, effettuato in Istituti di Cura, pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero.

- **RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)**

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €3.000,00.=.

- **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 effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di €10.000,00.= per evento.

- **LIMITI D'ETÀ**

L'Assicurazione vale per le persone d'età non superiore a 75 (settantacinque) 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.

- **RISCHIO IN ITINERE**

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

- **VALIDITÀ TERRITORIALE**

L’assicurazione vale per tutto il Mondo.

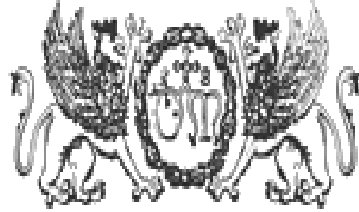
ESCLUSIONI [E]

Sono esclusi dall’assicurazione gli infortuni derivanti:

- g) gli infortuni direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non, guerra civile, insurrezione a carattere generale, salvo quanto previsto all’Articolo - Rischio Guerra;
- h) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- i) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo, come pure di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici-terapeutici oggetto dell’attività della Contraente;

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA



Azienda Ospedaliera di Perugia

Lotto n. 5

Polizza INFORTUNI CUMULATIVA

Durata del contratto :

dalle ore 24,00 del 31/07/2018

alle ore 24,00 del 31/12/2021

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]

DEFINIZIONI [DEF]

<u>ASSICURATO:</u>	Il soggetto il cui interesse è protetto dalla presente assicurazione.
<u>ASSICURAZIONE:</u>	Il contratto di assicurazione.
<u>BROKER:</u>	L'Impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
<u>SOCIETÀ/ASSICURATORI:</u>	La Società assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione.
<u>CONTRAENTE:</u>	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
<u>FRANCHIGIA:</u>	L'importo stabilito contrattualmente che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto.
<u>BENEFICIARIO:</u>	Il soggetto al quale deve essere pagata la somma garantita in caso di morte dell'Assicurato.
<u>INDENNIZZO:</u>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<u>TERRORISMO:</u>	Qualsiasi azione violenta diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.
<u>INFORTUNIO:</u>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili o la morte.
<u>PERIODO DI ASSICURAZIONE:</u>	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale.
<u>INVALIDITÀ PERMANENTE:</u>	La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato alla svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
<u>POLIZZA:</u>	Il documento che prova e regola l'assicurazione.
<u>INABILITÀ TEMPORANEA:</u>	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali.
<u>INDENNIZZO – INDENNITÀ:</u>	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza.
<u>PREMIO:</u>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Art.55 DURATA DELL' ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA

Il presente contratto ha validità dalle ore 24,00 del 31/07/2018 alle ore 24,00 del 31/12/2021 e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Il premio è soggetto a frazionamento annuale con rate scadenti il 31/12 di ogni anno.

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 comunque per un periodo massimo di 4 (quattro) mesi. La società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdire la presente assicurazione ogni anno, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 3 (tre) mesi prima della scadenza annuale.

L'Azienda Contraente si riserva il diritto di recedere, senza alcun onere aggiuntivo, dalla presente polizza alle scadenze annuali con preavviso non inferiore a 90 giorni qualora durante la durata del contratto si accerti l'attivazione di convenzioni relative ai servizi assicurativi da parte della Società CONSIP con condizioni economiche migliori, in base alla normativa vigente.

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 espresso per una durata di anni 2, ovvero dalle ore 24.00 del 31/12/2021 fino alle ore 24 del 31/12/2023, previa adozione di apposito atto.

Art.56 PAGAMENTO DEL PREMIO E DELLE APPENDICI CON INCASSO PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio, entro 60 giorni dalla data della decorrenza della Polizza; se il Contraente non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il Contraente non paga i premi, le rate di premio successivi e le eventuali appendici comportanti un premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del 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 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;
- 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. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006 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.57 CLAUSOLA BROKER

Alla RTI costituita fra Aon S.p.a e Centrale Spa è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005.

Il Contraente 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, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna delle Parti le comunicazioni ricevute 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 ISVAP n.05/2006 (ora IVASS), il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, 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 10% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Art.58 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art.59 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO - BUONA FEDE – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della Polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravano il Rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile., sempre che il Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di Premio corrispondente al maggior Rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di Premio.

Resta altresì convenuto che, a parziale deroga dell'articolo 1897 del Codice Civile, nei casi di diminuzione di rischio, nonché dei valori assicurati, la riduzione di Premio sarà immediata.

La Società rimborserà la corrispondente quota di Premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 90 (novanta) giorni dalla comunicazione e rinuncerà allo scioglimento del contratto ed alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini dell'articolo 1897 di cui sopra.

Art.60 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

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

Art.61 ESONERO DENUNCIA INFIRMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

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

Art.62 ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

Art.63 ESONERO DENUNCIA ALTRI ASSICURATORI

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

Art.64 ONERI FISCALI

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

Art.65 FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, 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 ss.mm. e ii..

Art.66 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art.67 TRATTAMENTO DEI DATI

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

Art.68 COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta Economica relativa alla presente assicurazione, resta inteso che in caso di sinistro la Società delegataria (in appresso Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata; in deroga all'art.1911 tutte le Società sono responsabili in solido nei confronti del Contraente. La Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente Polizza, le Società coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società coassicuratrici.

Art.69 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza – vedi Costituzione del Premio, 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 il premio minimo stabilito in polizza.

Per la Categoria A) : sulla base del numero dei veicoli.

Per la Categoria B) : sulla base del numero dei chilometri percorsi.

Per la Categoria C) : sulla base del numero totale delle donazioni effettuate dai donatori.

Per la Categoria D) : sulla base del numero dei soggetti

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. La Società sarà tenuta ad emettere, entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della comunicazione, la relativa appendice di regolazione del premio.

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

Ai sensi dell'art. 48 e 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 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;

- 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.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria della Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice CRO (Codice di riferimento Operazione). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissarle un ulteriore termine di massimo 60 (sessanta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per la rata futura viene considerato in conto o a garanzia di quello

relativo al periodo di assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

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

Art.70 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG).

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

Art.71 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione è operante nel mondo intero.

Art.72 NORME DATTILOSCRITTE

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art.21 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle generalità del Danneggiato, del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di Certificato Medico, nonché con l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, deve essere inoltrata alla Società entro 30 (trenta) giorni da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sia sopravvenuta durante il periodo di cura, di essa deve essere dato avviso alla Società il più presto possibile.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire la visita di Medici, nominati dalla Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, verso la Società stessa, i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e/o coloro che hanno svolto tali indagini ed accertamenti.

Se la Contraente o l'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, intenzionalmente non adempiano all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi colposamente non adempiono l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

La società potrà eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notificazione dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art.22 CRITERI D'INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DELL'INFORTUNIO

La Società liquida l'indennità soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini della presente Polizza, indipendentemente quindi da malattia o da difetti fisici, preesistenti o sopravvenuti, o da mutilazioni preesistenti, in quanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali

condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono considerate conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art.23 LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dalla Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

Art.24 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni. Qualora a seguito dell'infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società anticiperà il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di euro 51.000,00.

Art.25 CONTROVERSIE

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

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

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

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

Art.26 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

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

Art.27 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni Sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 180 (centottanta) giorni, previo esperimento del tentativo obbligatorio della revisione del prezzo. In tal caso la Società, qualora l'esito della revisione del prezzo non andasse a buon fine e si addivenisse al recesso unilaterale del contratto, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della Polizza.

La riscossione di premi, o rate di Premio, venuti a scadenza dopo il recesso per Sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della Polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

Art.28 RENDICONTAZIONE SINISTRI

La Società si obbliga a fornire al Contraente, entro 30 giorni da ogni scadenza semestrale o comunque in qualunque data a semplice richiesta dell'Assicurato, il dettaglio di tutti i Sinistri denunciati così impostato: sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, della data della richiesta di indennizzo, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);

- sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato);
- sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al contraente mediante supporto informatico, utilizzabile dal contraente stesso. Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia la chiusura di tutti i Sinistri denunciati. Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di 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 in caso di Sinistro, 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.

RISCHI INDENNIZZABILI [RI]

Art.29 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Art.30 MALATTIE PROFESSIONALI

In virtù di Accordi Collettivi Nazionali (A.C.N.), la dove prevista, l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste nella tabella allegato n. 4 al D.P.R. 30/6/1965 n. 1124 e successive modificazioni e con la franchigia relativa ivi prevista, con l'intesa che gli indennizzi stessi saranno pagati in capitale anziché in rendita. Qualora in conseguenza di malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

CATEGORIE ASSICURATE [CA]

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, di seguito riportate, 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.

Le categorie identificate nella relativa scheda si devono intendere automaticamente coperte laddove sia indicato il valore del parametro (almeno 1 unità) e pertanto non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Resta comunque inteso che:

- per ciascun assicurato, nell'ambito dello stesso sinistro, non può operare più di una Partita;
- qualora per lo stesso sinistro e per lo stesso assicurato possano essere applicate più Partite contemporaneamente, opererà esclusivamente la Partita più conveniente per l'Assicurato.

Le categorie per le quali non è stato indicato il valore del parametro la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente anche per il tramite del Broker e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo.

Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione (cfr. Art.15 CGA).

CATEGORIA A – CONDUCENTI VEICOLI DELL'ENTE

Infortuni subiti dai conducenti e dai trasportati autorizzati, durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia su tutti i mezzi (intendendosi per tali tutti quelli previsti all'art. 47 – Classificazione dei veicoli, del Nuovo Codice della Strada) di proprietà o in uso dell'Ente. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli stessi. La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e/o dei trasportati per i rischi non compresi nella assicurazione obbligatoria RCA (D.Lgs n. 209 del 2005).

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	200.000,00
Invalità Permanente	€	200.000,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

CATEGORIA B – PERSONALE IN MISSIONE

La garanzia deve intendersi prestata ai sensi della normativa vigente, nonché delle Disposizioni Organizzative, Delibere e Determine di fonte Aziendale. Viene garantito il personale dipendente in occasione dell'utilizzo autorizzato di mezzi (intendendosi per tali tutti quelli previsti all'art.47 – Classificazione dei veicoli, del Nuovo Codice della Strada) non di proprietà o in uso all'Ente, per gli infortuni subiti durante lo svolgimento del servizio fuori ufficio, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle relative prestazioni. La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione (anche occasionale) dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'assicurato ad una delle predette sedi di partenza. La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e/o dei trasportati per i rischi non compresi nella assicurazione obbligatoria RCA (D.lgs n. 209 del 2005).

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	200.000,00
Invalità Permanente	€	200.000,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

CATEGORIA C – DONATORI DI SANGUE

La garanzia copre gli infortuni subiti dalle persone che si sottopongono al prelievo per la donazione del sangue presso l'Azienda, anche sotto forma di autotrasfusione. L'assicurazione è prestata per le conseguenze delle operazioni connesse al prelievo del sangue (a titolo esemplificativo e non limitativo infezioni in genere, flebiti, periflebiti, ematomi, embolie), nonché per gli infortuni a termini di polizza che colpissero i donatori nell'ambito dei locali in cui si effettuano dette operazioni e durante il tempo necessario con tutti i mezzi di locomozione, terrestri e per via d'acqua, pubblici o privati, quest'ultimi anche se guidati dall'Assicurato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro alla località in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa. La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare preventivamente sia le generalità dei singoli donatori, sia il giorno e l'ora dei prelievi; per le relative

identificazioni sarà fatto riferimento agli appositi registri e schedari che la Contraente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, a semplice richiesta della Società Assicuratrice e dei suoi incaricati.

E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	258.228,45
Invalità Permanente	€	258.228,45
Inabilità Temporanea	€	52,00 (per un massimo di 300 giorni)
Rimborso spese mediche da infortunio	€	2.528,28

Franchigie

3% di Invalità Permanente

CATEGORIA D – MEDICI E PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO TRASPORTO E SOCCORSO

PAZIENTI EMERGENZA TERRITORIALE 118

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi delle normative vigenti. E' compreso il rischio "in itinere" come definito all'art. 16 – "Rischi Indennizzabili" della presente polizza.

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	775.000,00
Invalità Permanente	€	775.000,00
Inabilità Temporanea	€	52,00 (per un massimo di 300 giorni)

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria.

COSTITUZIONE DEL PREMIO

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione 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 calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 15 – "Regolazione del premio" delle CGA della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni Categoria Assicurata della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Categoria	Tipo dato variabile	Entità dato	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale €
A – CONDUCENTI VEICOLI DELL'ENTE	Numero veicoli	30	.....	.....
B – PERSONALE IN MISSIONE	Numero			

CON MEZZO PROPRIO	chilometri percorsi	5.000	.....	.....
C – DONATORI DI SANGUE	Numero donazioni	14.068	.....	.....
D – MEDICI E PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO TRASPORTO E SOCCORSO PAZIENTI EMERGENZA TERRITORIALE 118	Numero soggetti	2	.....	.....
TOTALE				.....

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE [CPA]

Art.31 ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE

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

- le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- le conseguenze delle folgorazioni e scariche elettriche in genere;
- le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- il contatto con acidi e corrosivi, le ustioni in genere;
- le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, compreso il soffocamento e comprese le intossicazioni di origine traumatica, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
- l'asfissia;
- l'annegamento;
- le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana ed in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
- le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze, imperizie, e negligenze anche gravi, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a vertigini;
- le lesioni determinate da sforzi con l'esclusione di infarti ;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

L'assicurazione vale altresì:

- per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli verificatisi durante la guida di veicoli a motore;
- per gli infortuni derivanti dall'uso e/o guida di qualsiasi veicolo o natante a motore;
- per gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve;
- per gli infortuni derivanti da colpi di sonno.

L'assicurazione vale anche:

per le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V, AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente. L'operatività della garanzia è subordinata alla denuncia dell'infortunio entro 30 giorni dal fatto; alla denuncia dovrà essere allegata analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate; l'Assicurato dovrà tenersi disponibile alle eventuali analisi successive che la Società riterrà opportuno richiedergli e dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 giorni dalla denuncia dell'infortunio. In caso di negatività, il test per H.I.V, epatite virali B e C dovrà essere ripetuto entro 180

giorni. Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di 1 anno dalla data dell'infortunio per il solo H.I.V.;
per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed esclusa ogni complicazione riferibile al diabete.

Art.32 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

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

Per spese mediche si intendono:

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

Rimangono escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

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

Art.33 RISCHIO GUERRA

La garanzia è estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra dichiarata o non, guerra civile e insurrezioni a carattere generale, per il periodo massimo di 14 (quattordici) all'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art.34 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero, su aeromobili ed elicotteri in servizio pubblico e di soccorso da chiunque eserciti, esclusi:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo
- i viaggi aerei su aeromobili ed elicotteri eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei comunque effettuati, con alianti, motoalianti, aerostati, dirigibili.

Per lavoro aereo e attività pericolose di volo si intendono le attività di volo comunque svolte per: addestramento -
- passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche
- osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - gare acrobatiche - tentativi di primato - Off - shore - supporto pesca - appontaggio navi - spegnimento incendi.

Si intendono comunque comprese in garanzia gli infortuni subiti dai soggetti assicurati nell'ambito del servizio di elisoccorso.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso. La salita e la discesa mediante scale ed attrezzature speciali aeroportuali fanno parte del rischio.

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite delle seguenti somme assicurate, che non potranno essere superate, qualora in abbinamento ad altre polizze infortuni:

per persona:

€ 1.033.000,00 per il caso di Morte

€ 1.033.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

€ 258,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

€ 7.500.000,00 per il caso di Morte

€ 7.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

€ 350.000,00 per Inabilità Temporanea

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti. Restano in ogni caso esclusi gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

Art.35 MORTE

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 2 (due) anni da quello dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto e qualora in polizza non siano indicati i nominativi dei Beneficiari, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali fra i Beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati la somma sarà liquidata agli eredi.

Art.36 MORTE PRESUNTA

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

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

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti spettantigli, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione che, al più, decorreranno da quel momento.

Art.37 INVALIDITÀ PERMANENTE – INVALIDITÀ SUPERIORE AL 50% (CINQUANTA PER CENTO)

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

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

Resta altresì convenuto quanto segue:

- per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa;
- la perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- la perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita alla metà; quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi, in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella saranno addizionate fino al massimo del 100% (cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche se successivamente alla scadenza della polizza.

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi, salvo quanto previsto all'art.8 che precede.

Art.38 INABILITA' TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- Integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- Al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parziale alle sue occupazioni.
- L'indennizzo viene corrisposto per un periodo massimo di 300 giorni ed è cumulabile con quelli dovuti per Morte, Invalidità Permanente e Diaria da ricovero.

Art.39 DIARIA DA RICOVERO

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera assicurata pattuita per ogni giorno di degenza per un periodo massimo di 300 giorni, effettuato in Istituti di Cura, pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero.

Art.40 RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €3.000,00.=.

Art.41 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 effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di €10.000,00.= per evento.

Art.42 LIMITI D'ETÀ

L'Assicurazione vale per le persone d'età non superiore a 75 (settantacinque) 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.

Art.43 RISCHIO IN ITINERE

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

Art.44 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per tutto il Mondo.

ESCLUSIONI [E]

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- j) gli infortuni direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non, guerra civile, insurrezione a carattere generale, salvo quanto previsto all'Articolo - Rischio Guerra;

- k) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- l) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici-terapeutici oggetto dell'attività della Contraente.

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA