

LOTTO N. 3

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI

CIG 860896677B

La presente polizza è stipulata tra

Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana
Via Sant'Ambrogio di Fiera n. 37
31100 Treviso
P.I. 03084880263

e

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	31.05.2021
Alle ore 24.00 del:	31.05.2024

Con pagamento:

Annuale al:	31.05
--------------------	--------------

CAPO I - DEFINIZIONI:

Nel testo che segue, si intende per:

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Amministrazione o Ente: l'Azienda ULSS n. 2 Manca trevigiana, Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto, persona fisica, il cui interesse è protetto dalla assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Attività dell'Amministrazione: L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Contraente: il soggetto, persona giuridica, che stipula la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Inabilità temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o oggettivamente constatabili;

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale).

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio extra-professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

Rischio professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Amministrazione;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti;

CAPO II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

La copertura assicurativa ha la durata indicata nel frontespizio di polizza (ove sono indicate anche le scadenze annuali intermedie) e non è prorogabile automaticamente.

È facoltà di ciascuna delle parti recedere dal contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata e/o PEC inviata dall'una all'altra parte – anticipata a mezzo mail – almeno 180 (centottanta) giorni prima di tale scadenza, fermo che non è consentito alla Società assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

È 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 180 giorni. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo 7 che segue.

Il Contraente ha la facoltà altresì ove lo ritenga conveniente richiedere un nuovo affidamento del contratto, per una durata massima di 24 mesi con preavviso di almeno un (1) mese dalla scadenza

Art. 2: Gestione del contratto

Anche ai sensi del D. Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno direttamente tra le parti.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, posta elettronica certificata, telefax o posta elettronica ordinaria con avviso di ricevuta.

Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte della Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede. Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

La Società ha 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.

Art. 4: Clausola di salvaguardia

Qualora si verificasse una modificazione dell'ambito territoriale dell'attuale Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana (es. per incorporazione, fusione, scissione con altre aziende o enti facenti parte del Servizio Sanitario regionale), detta modificazione potrebbe comportare una variazione soggettiva (subentro del nuovo soggetto così definito nei contratti avente ad oggetto la presente fornitura/servizio) e potrebbe comportare altresì una modifica relativa ai quantitativi/prestazioni oggetto di aggiudicazione (aumento o una diminuzione dei fabbisogni connesso al nuovo assetto organizzativo).

Art. 5: Coesistenza di altre assicurazioni

L'Amministrazione e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e /o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, la Amministrazione e gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro – valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede l'Amministrazione.

Art. 7: Pagamento del premio - Termini di rispetto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

È data facoltà al Contraente di effettuare il pagamento della prima rata di premio, entro i 90 (novanta) giorni successivi alla data di decorrenza del contratto.

È data inoltre facoltà al Contraente di effettuare il pagamento del premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza e di eventuali variazioni contrattuali entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione delle appendici.

Se il Contraente non paga i premi, o le rate di premio, successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 8: Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 9: Denuncia dei sinistri - Impegno delle parti

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dall'Amministrazione entro 30 (trenta) giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società.

L'Assicuratore entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 2, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro senza seguito;
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari al 0,020% del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari a € 1.000,00.

L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.

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

Art. 10: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. e/o PEC.

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 180 (centoottanta) giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dall'Amministrazione); nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà all'Amministrazione il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) cadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, o esso pervenga all'Amministrazione nel periodo di mora concesso per il pagamento del premio di rata, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che la Amministrazione dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. 7 "Pagamento del premio – Termini di rispetto" che precede) per il periodo corrente dalla data di scadenza

intermedia fino alla data di termine della prosecuzione della copertura assicurativa, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Art. 11: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento (UE) n. 2016/679, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

CAPO III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 12: Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti commi 3 e 4 dell'art. 15 che segue purché richiamate per le singole categorie di Assicurati.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti comma 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 dell'art. 15 che segue.

Art. 13: Soggetti assicurati ed efficacia della copertura

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, richiamati nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

A. MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI E ALTRE PROFESSIONALITÀ AMBULATORIALI (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

Oggetto dell'assicurazione

Il contratto assicura gli infortuni subiti da medici specialisti ambulatoriali in occasione dell'attività professionale svolta per conto del Contraente, operanti sia in attività istituzionale o in *intra moenia* nelle attività in diretta gestione o nelle altre strutture aziendali.

Descrizione dei rischi

La garanzia, oltre a quanto descritto al punto precedente, comprende anche il *rischio in itinere* da e per la sede dell'ambulatorio, sempreché il servizio sia prestato in un Comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna ai sensi dell'art. 32 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei medici specialisti ambulatoriali del 25/6/2019; sono invece compresi i danni comunque verificatisi nell'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni zonali/aziendali, in località diversa da quella di residenza, in occasione della partecipazione a riunioni non in orario di servizio.

Capitali assicurati

Caso morte:	€ 1.033.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 1.033.000,00
Inabilità Temporanea:	€ 155,00 giornaliero

Limiti di indennizzo

- Per I.T. limite di 300 giorni con decorrenza dalla data di inizio dell'invalidità.
- Riduzione del 50% per i primi 3 mesi.

B. MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE - MEDICI ADDETTI ALLE ATTIVITÀ DI MEDICINA DEI SERVIZI

Oggetto dell'assicurazione

Il contratto assicura gli infortuni subiti dal personale assicurato, in occasione dell'attività professionale svolta per conto del Contraente.

Descrizione dei rischi

L'Assicurazione è prestata in ottemperanza alle vigenti disposizioni normative per tutti i medici che svolgono il servizio di continuità assistenziale, attività di medicina dei servizi, ed emergenza sanitaria territoriale per gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale, ivi compresi, sempreché l'attività sia

prestata in Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni zonali/aziendali.

Capitali assicurati

Caso morte:	€ 775.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 775.000,00
Inabilità Temporanea:	€ 52,00 giornaliere

Limiti di indennizzo:

- Per I.T. limite di 300 giorni l'anno
- Nessuna franchigia

Variante facoltativa a punteggio

L'assicurazione Morte/Invalidità Permanente prevista in polizza opera anche nel caso in cui si manifesti una malattia determinata da agenti microbici dovuta per contagio da virus, batteri o funghi, avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in polizza, prevista per la categoria Medici addetti alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale.

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della copertura.

La Società assicura l'indennizzo di seguito indicato qualora l'assicurato risulti affetto da malattia infettiva conclamata manifestatasi dopo la stipulazione della presente appendice.

Non sono assicurabili le persone portatrici di Virus o affette da malattia infettiva insorta prima della stipulazione della presente appendice.

L'assicurato che ritiene di essere contagiato da virus, batteri o funghi a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, deve sottoporsi ad un test medico immunologico presso un centro dell'A.ULSS o altro centro specializzato.

Capitali assicurati

Per il caso di Invalidità Permanente la Società liquiderà l'indennizzo previsto in polizza secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alla tabella allegato 1 T.U. D.P.R. 1124/1965.

Capitali assicurati

Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00

C. DONATORI SANGUE/MIDOLLO OSSEO E CANDIDATI DONATORI

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per tutti i donatori di sangue e midollo osseo e candidati donatori.

Descrizione dei rischi

Devono essere compresi in garanzia:

- tutti gli eventi, anche non esterni, che siano conseguenti o dipendenti dal prelievo/donazione di sangue/midollo osseo, come, a titolo esemplificativo e non limitativo: collasso cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, para flebiti, infezioni, plasmaferesi, citoferesi, leucoferesi dai quali derivino la morte, invalidità permanente o l'inabilità temporanea. Sono equiparate alle donazioni di sangue e quindi garantite dal contratto, anche le visite di accertamento di idoneità effettuate dagli aspiranti donatori;
- tutti gli infortuni sofferti sia durante la donazione e/o il controllo, sia in occasione dell'accertamento di idoneità, visite ed esami di controllo;
- le garanzie sono operanti sia presso i centri pubblici deputati, sia quando il prelievo venga effettuato nei centri di raccolta mobili, con punti fissi gestiti dalle strutture sanitarie locali o, in convenzione, dalle associazioni di donatori di sangue.
- il *rischio in itinere*, effettuato con qualsiasi mezzo, escluso l'aereo, da e per i luoghi dove avviene il prelievo o la visita di controllo o di idoneità.

Opzione base)

Capitali assicurati

Caso morte:	€ 300.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 300.000,00
Caso Inabilità Temporanea:	€ 50,00 giornaliera
Rimborso spese mediche ospedaliere:	€ 2.000,00

Variante 1)

Capitali assicurati

Caso morte:	€ 400.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 400.000,00
Caso Inabilità Temporanea:	€ 100,00 giornaliera
Rimborso spese mediche ospedaliere:	€ 3.000,00

Limiti di indennizzo:

- Per I.T. limite di 180 giorni l'anno
- Nessuna franchigia

D. MINORI IN AFFIDO (COMPLETO O DIURNO O FREQUENTANTI FAMIGLIE DI APPOGGIO)

Oggetto dell'assicurazione

La garanzia è prestata per gli infortuni a favore di minori che, tramite il Contraente, vengono temporaneamente affidati a terzi (famiglie, cooperative sociali, ecc.), per gli infortuni che gli stessi subiscano durante ed in occasione della permanenza presso i terzi affidatari; l'assicurazione continuerà ad esplicare i suoi effetti fino al compimento del 21° anno di età, per i soggetti già ricoverati o affidati prima del 18° anno di età.

Opzione Base)

Capitali assicurati

Caso morte:	€ 100.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 150.000,00
Rimborso spese mediche ospedaliere:	€ 2.500,00

Variante 1)

Capitali assicurati

Caso morte:	€ 150.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 200.000,00
Rimborso spese mediche ospedaliere:	€ 5.000,00

Variante 2)

Capitali assicurati

Caso morte:	€ 200.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 250.000,00
Rimborso spese mediche ospedaliere:	€ 5.000,00

E. PERSONALE ASSICURATO AI SENSI DEI CC.CC.NN.LL. E DEGLI AA.CC.NN. (CONDUCENTI DI VEICOLI)

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli utilizzatori durante o in conseguenza dell'uso di tutti i veicoli di proprietà del Contraente e/o in uso a qualsiasi titolo allo stesso. L'assicurazione si intende pertanto prestata anche a favore del personale sanitario e non, anche proveniente da altri Enti, che presta la propria opera presso il Contraente in base a specifiche convenzioni.

L'assicurazione è inoltre prestata per gli infortuni subiti da dipendenti e collaboratori (non dipendenti) del

Contraente, durante e/o in conseguenza dell'uso, della guida e della circolazione di veicoli personali non di proprietà né in uso a qualsiasi titolo al Contraente.

Opzione base)

Capitali assicurati pro-capite

Caso morte:	€ 300.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 300.000,00
Rimborso spese mediche ospedaliere:	€ 2.500,00

Variante 1)

Capitali assicurati pro-capite

Caso morte:	€ 400.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 400.000,00
Rimborso spese mediche ospedaliere:	€ 5.000,00

Garanzie

La garanzia è operante esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la circolazione in occasione di missioni per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio e nel tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio.

La garanzia si estende a tutte le fattispecie per le quali il Contraente raccoglie e comunica il consuntivo chilometrico alla Società.

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli assicurati per incidenti di circolazione, dal momento in cui salgono al momento in cui scendono dal veicolo; l'assicurazione vale anche mentre gli assicurati, in caso di fermata accidentale, si trovino a terra per eseguire le operazioni necessarie a consentire al veicolo di riprendere la marcia.

Gli importi liquidati dalla Società assicuratrice in base alle polizze stipulate da terzi responsabili e di quella prevista dal presente articolo sono detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Ad integrazione di quanto stabilito dall'articolo "Obblighi in caso di sinistro", il Contraente si impegna a trasmettere dichiarazione attestante:

- data e luogo della missione;
- generalità del dipendente autorizzato alla missione;
- che il mezzo di trasporto coinvolto si trovava in missione per conto e su autorizzazione del Contraente.

F. ALLIEVI CORSO OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli allievi del corso operatore socio-sanitario.

Opzione base)

Capitali assicurati pro-capite

Caso morte:	€ 100.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 150.000,00

Variante 1)

Capitali assicurati pro-capite

Caso morte:	€ 150.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 200.000,00

G. CONSULENTI (PERSONALE MEDICO E NON) IN CONVENZIONE

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dai consulenti (personale medico e non) che accedono in

regime di convenzione presso la Contraente, in base a specifiche autorizzazioni o convenzioni sottoscritte fra la Contraente stessa e le altre Aziende ULSS o privati, ove sia previsto l'onere della copertura a carico della Contraente.

La garanzia è inoltre estesa al personale, medico e non, dipendente della Contraente che presta il proprio servizio presso altre Aziende ULSS o privati in virtù di specifiche convenzioni sottoscritte fra queste ultime e la Contraente, ove sia previsto l'onere della copertura a carico della stessa. Si intende inoltre compreso il rischio in itinere.

Opzione base)

Capitali assicurati pro-capite

Caso morte:	€ 1.033.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 1.033.000,00
Inabilità Temporanea:	€ 155,00 giornaliera

Variante 1)

Capitali assicurati pro-capite

Caso morte:	€ 1.500.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 1.500.000,00
Inabilità Temporanea:	€ 200,00 giornaliera

Limiti di indennizzo

- Per I.T. limite di 300 giorni con decorrenza dalla data di inizio dell'invalidità.
- Riduzione del 50% per i primi 3 mesi.

H. TIROCINANTI, VOLONTARI, BORSISTI, PARTECIPANTI AI CORSI I FORMAZIONE PROFESSIONALI, VOLONTARI DEL SERVIZIO CIVILE

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti a causa e in occasione dello svolgimento delle attività comunque prestate a favore della Contraente, inclusa la guida di veicoli per motivi di servizio e compreso il rischio in itinere.

Capitali assicurati pro-capite

Caso morte:	€ 100.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 150.000,00
Rimborso Spese Mediche Ospedaliere:	€ 2.000,00

Variante facoltativa a punteggio)

Per quanto riguarda la sola attività di Volontariato, inserita nella categoria H) dell'art. 13, si conviene di estendere la garanzia IP alle malattie contratte per contagio (intendendosi come tali le patologie causate da agenti microbici) e contratte nell'esercizio e a causa dell'attività descritta in polizza.

La Società procederà alla determinazione dell'indennizzo secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alla tabella allegato 1 del Testo Unico D.P.R. 30/06/19650 n. 1124.

I. BAMBINI ASILO NIDO AZIENDALE "LA CHIOCCIOLA"

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli assicurati, anche se portatori di handicap, durante lo svolgimento di qualsiasi attività didattica, educativa, culturale, ricreativa, ludica e sportiva, durante la refezione e per tutto il tempo in cui sono ospiti della struttura anche oltre l'orario del turno, nonché di ogni altra attività rispondente ai programmi predisposti dall'Ente/Contraente e/o dalla Cooperativa Sociale, ivi comprese quelle effettuate all'esterno allo scopo didattico e/o ricreativo, comprese le attività svolte

all'esterno, le gite, le viste guidate, purché accompagnati dal personale addetto. Sono compresi gli infortuni subiti dagli Assicurati, durante il percorso effettuato per recarsi dalla dimora a scuola e viceversa, a piedi e/o con mezzi di trasporto pubblici e non, inclusa la salita e la discesa dagli stessi.

Opzione base)

Capitali assicurati pro-capite:

Caso morte:	€ 100.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 120.000,00
Rimborso Spese Mediche Ospedaliere:	€ 2.500,00

Variante 1)

Capitali assicurati pro-capite:

Caso morte:	€ 150.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 200.000,00
Rimborso Spese Mediche Ospedaliere:	€ 5.000,00

Variante 2)

Capitali assicurati pro-capite:

Caso morte:	€ 200.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 250.000,00
Rimborso Spese Mediche Ospedaliere:	€ 5.000,00

Calcolo del premio relativo alla categoria sopra specificata:

Il premio viene conteggiato in via provvisoria sulla base del numero dei bambini preventivato (due turni giornalieri di bambini per un totale di 30 presenze) e sarà conguagliato sulla base del numero effettivo dei soggetti presenti a fine anno assicurativo.

Art. 14: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- imprudenze e negligenze anche gravi;
- maleore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
- tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente;
- calamità naturali; solo per il punto in parola, nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per anno assicurativo; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte;
- stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra; nonché:
- l'annegamento ed asfissia di natura accidentale;
- l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
- il contatto con corrosivi;
- le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento;
- le influenze termiche e atmosferiche;
- i morsi di animali o punture di insetti.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate

che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 15: Liquidazione del danno

1. Morte

In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

2. Invalidità permanente

Opzione Base)

La Società riconosce il 100% del capitale assicurato a fronte di una invalidità permanente maggiore o uguale al 75%.

Variante 1)

La Società riconosce il 100% del capitale assicurato a fronte di una invalidità permanente maggiore o uguale al 60%.

Variante 2)

La Società riconosce il 100% del capitale assicurato a fronte di una invalidità permanente maggiore o uguale al 50%.

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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

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

Per la singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. Pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni

prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra. La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. Inabilità temporanea

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una inabilità temporanea, la indennità giornaliera sarà erogata – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtù di altre garanzie previste dalla polizza – a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione, con riduzione al 50% per il periodo durante il quale la inabilità è stata parziale; resta inteso che per le categorie di seguito indicate la indennità verrà conteggiata come segue:

- per gli assicurati di cui ai punti B) Personale a Rapporto Convenzionale Apposito, G) Consulenti Sanitari, I) Personale Infermieristico, L) Collegio Sindacale ed M) Consulenti Amministrativi per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'evento regolarmente denunciato;
- per gli assicurati di cui al punto A) Medici Specialisti Ambulatoriali per un periodo massimo di 300 giorni con decorrenza dalla data di inizio della inabilità e con riduzione al 50% per i primi tre mesi.

4. Rimborso spese di cura a seguito di infortunio

In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- spese di ricovero, rette di degenza;
- onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento;
- esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso;
- prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari;

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

5. Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 2.500,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-ambulanza.

6. Rientro sanitario

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

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

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

8. Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, 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 € 5.000,00.

9. Limite per evento catastrofe

In caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società, non potrà superare € 20.000.000,00 quale sia il numero delle persone assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta Società.

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

10. Rischio sportivo

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport salvo quelli espressamente esclusi al successivo art. 18.

11. Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia. La garanzia viene prestata fino alla concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di Euro 500.000,00 per Morte ed Euro 500.000,00 per Invalidità Permanente. La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%. Pertanto non sarà fatto luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

Art. 16: Rischio volo

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri, o per attività di protezione civile e/o di emergenza sanitaria - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile l'importo di

Opzione base)

€ 6.000.000,00 (seimilioni/00)

Variante 1)

€ 10.000.000,00 (diecimilioni/00)

superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all'art. Estensioni di copertura relativamente alla efficacia della stessa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa è efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

Art. 17: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 4 dell'art. 15 "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventipercento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il

pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

Art. 18: Esclusioni

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

- azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Amministrazione;
- guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
- atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- guida di mezzi di locomozione aerei;
- paracadutismo e sport aerei in genere, salvo quanto regolamentato all'art. 10 che precede;
- guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato (ad eccezione degli assicurati di cui al punto E dell'art. 13 "Soggetti assicurati ed efficacia della copertura").

Non sono coperte dalla presente polizza, salvo patto speciale, le persone di età superiore a 80 anni.

Art. 19: Rinuncia al diritto di surroga

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 20: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'Assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'Assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Amministrazione. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Amministrazione.

I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 21: Costituzione del premio e regolazione - Altre assicurazioni - Buona fede

Il premio di polizza é calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla voce "parametri di riferimento" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla

base dei dati consuntivi.

L'Amministrazione fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute. Trascorso senza esito il termine sopra indicato l'assicurazione resta sospesa nei confronti dell'Amministrazione inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati. A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Per "parametri di riferimento" si intende, relativamente alle categorie elencate all'art. 13:

- per gli assicurati sub punto A, l'ammontare delle ore lavoro;
- per gli assicurati sub punto B, l'ammontare delle ore lavoro;
- per gli assicurati sub punto C, numero complessivo delle donazioni effettuate;
- per gli assicurati sub punto D, il numero complessivo dei minori in affidamento;
- per gli assicurati sub punto E, il numero complessivo dei chilometri percorsi;
- per gli assicurati sub punto F, sezione non attiva;
- Per gli assicurati sub punto G, il numero complessivo degli accessi dei consulenti;
- Per gli assicurati sub punto H, il numero complessivo di tirocinanti, volontari, borsisti;
- Per gli assicurati sub punto I, il numero complessivo dei bambini assicurati

L'Amministrazione è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Si conviene che, ove la Amministrazione abbia in buona fede omesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 22: Partecipazione delle Società - Associazione temporanea di imprese (operante se del caso)

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società coassicuratrici, in caso di sinistro, le medesime concorreranno nel pagamento dell'indennizzo in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici.

La Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici, indicate nella polizza o appendice, a firmare in loro nome e per loro conto tutti gli atti contrattuali.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati e dei premi spettanti a ciascuna Coassicuratrice risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

Le Coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi la cui regolazione verrà effettuata dal Contraente direttamente nei confronti di ogni Società coassicratrice e tale procedura è accettata dalle medesime.

Tutte le comunicazioni fatte alla Delegataria, anche attinenti alla denuncia dei sinistri, hanno effetto nei confronti dei coassicuratori.

Compagnia ... Quota ... % - Delegataria

Compagnia ... Quota ... % - Coassicuratrice

Compagnia ... Quota ... % - Coassicuratrice

Art. 22 bis: Partecipazione delle Società - Associazione temporanea di imprese (operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti l'Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia ... Quota ... % - Società mandataria

Compagnia ... Quota ... % - Società mandante

Compagnia ... Quota ... % - Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite dell'Amministrazione, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione all'Associazione Temporanea di Imprese.

Art. 23: Altre assicurazioni - Detrazioni

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Amministrazione (quale, ad esempio, la tutela assicurativa INAIL), dall'indennizzo dovuto ai sensi del presente contratto verrà dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

Art. 24: Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come stabilito dall'art 1891 del c.c..

Art. 25: Disposizione finale

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

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

CAPO IV - CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Categoria	Dato preventivo	Premio unitario Imponibile	Premio imponibile
A) Medici specialisti ambulatoriali e altre professionalità ambulatoriali	Parametro: Ore lavoro 300.000 ore lavoro	€ _____	€ _____
B) Medici addetti al servizio di continuità assistenziale – Emergenza Sanitaria Territoriale – Medici addetti alle attività di medicina dei servizi	Parametro: Ore lavoro 150.000 ore lavoro	€ _____	€ _____
C) Donatori di sangue	Parametro: donazioni/anno 45.000	€ _____	€ _____
D) Minori in affido	Parametro: n. soggetti 100 soggetti	€ _____	€ _____
E) Utilizzatori veicoli di proprietà e utilizzatori veicoli privati	Parametro: km percorsi 4.000.000 km	€ _____	€ _____
F) Allievi corso operatore socio-sanitario	Parametro: n. soggetti /// soggetti	€ _____	€ _____
G) Consulenti (Personale Medico e Non) in convenzione	Numero di Accessi /// soggetti	€ _____	€ _____
H) Tirocinanti, Volontari, Borsisti, Partecipanti ai corsi di formazione professionali, Volontari del Servizio Civile	N. Soggetti Assicurati 10	€ _____	€ _____

I) Bambini asilo nido “La Chiocciola”	N. Soggetti Assicurati 25	€ _____	€ _____
Totale premio annuo imponibile			€ _____
Imposte (% _____)			€ _____
Totale premio lordo annuo			€ _____

PAGINA DA **NON** COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA