

Allegato 1
CAPITOLATO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CATEGORIE DIVERSE

CONTRAENTE	AZIENDA ULSS 1 Dolomiti Via Feltre, 57 – 32100 Belluno C.F. / P.IVA 00300650256
DECORRENZA	ORE 24.00 DEL 30/06/2026
SCADENZA	ORE 24.00 DEL 30/06/2029
RATEAZIONE	ANNUALE

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

Pertanto, le condizioni riportate nel presente capitolato sono le uniche a valere tra le Parti del contratto.

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

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI, SOGGETTI E ATTIVITÀ ASSICURATA

Art. 1 – Definizioni

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

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

	delle sue prestazioni (es. stipendio, altri elementi a carattere continuativo, provvigioni, premi di produzione, l'equivalente del vitto ed alloggio eventualmente dovuti). Sono esclusi i rimborsi spese e gli emolumenti a carattere eccezionale. Come riferimento per la liquidazione dell'indennizzo, si considera retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, si considera la retribuzione annua presunta spettante a norma del relativo contratto di lavoro previa richiesta di apposita certificazione del datore di lavoro.
Ricovero	La degenza in Istituto di cura (pubblici, accreditati o privati, in Italia e all'estero) che comporti almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rischio in itinere	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa, nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché l'infortunio avvenga durante il compimento del percorso necessario a piedi e/o con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
Scoperto	La parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

Art. 2 – Soggetti assicurati

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

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

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

SEZIONE 2 – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 3 – Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

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

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'avvenuta conoscenza. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

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

Art. 4 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

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

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

Art. 5 – Durata dell'assicurazione

L'assicurazione è stipulata per la durata triennale indicata in frontespizio e non è soggetta a tacito rinnovo.

L'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti si riserva la facoltà di applicare l'opzione temporale (proroga o estensione) e/o quantitativa ai sensi dell'art. 120 comma 1 lett. a) e commi 10 e 11 del D.Lgs. 36/2023 fino ad un massimo ulteriore di € 35.000,00. In tal caso il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto alle medesime, o più favorevoli, condizioni contrattuali.

La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche entro i limiti economici dell'opzione.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata R/R o PEC, da inviare con almeno sei mesi di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

Il Contraente si riserva il diritto insindacabile di recedere anticipatamente dal contratto, con lettera raccomandata R/R o PEC con preavviso di almeno 30 giorni, senza che per questo la Società possa avanzare qualsiasi pretesa di natura risarcitoria, nel caso di stipulazione di un contratto per forniture analoghe a seguito di espletamento di una procedura di gara centralizzata a livello regionale o Consip a condizioni complessivamente più vantaggiose.

Art. 6 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

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

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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

Ai sensi dell'art. 48 del D.P.R. 602/1973 e successive modifiche e integrazioni, la Società dà 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. n. 40 del 18.1.2008 e successive modifiche e integrazioni, ivi compreso il periodo di sospensione di 60 giorni di cui all'art. 3 del decreto stesso;
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione, ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 e successive modifiche e integrazioni, costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società.

Art. 7 – Regolazione del premio

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

Non vi è l'obbligo per il Contraente di comunicare, nel corso del periodo assicurativo, le variazioni del numero di assicurati, numero di veicoli assicurati o di qualsiasi altro dato variabile.

La regolazione del premio di polizza avverrà secondo quanto di seguito previsto:

- entro 120 (centoventi) giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società i dati necessari per effettuare la regolazione del premio e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza;
- le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere corrisposte nei 60 (sessanta) giorni successivi dal momento in cui il Contraente abbia effettivamente ricevuto la relativa appendice emessa dalla Società (farà fede la data di protocollazione di ricevimento del documento).

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

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

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

Art. 8 – Recesso per sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 giorni da darsi con lettera raccomandata r.r. o PEC. Il computo dei 180 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata o PEC da parte del Contraente. In ambedue i casi di recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

La Società, congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto, dovrà fornire al Contraente, nella comunicazione stessa di recesso, tutti i dati sull'andamento del rischio, necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

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

Art. 9 – Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

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

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

Art. 10 – Oneri fiscali

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

Art. 11 – Foro competente

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

Art. 12 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute

legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 13 – Ispezioni e verifiche della Società

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

Art. 14 – Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

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

Art. 15 – Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

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

- entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
- entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
- nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
- oltre la scadenza contrattuale, al 30.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati,

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel o altro supporto informatico equivalente, purché editabile, il dettaglio dei sinistri, così articolato:

- sinistri denunciati con indicazione del numero (di sinistro) attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato per ciascun sinistro come di seguito elencato:
 - a. sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
 - b. sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
 - c. sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
 - d. sinistri senza seguito;
 - e. sinistri respinti.

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

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

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

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 100,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari (L. 136/2010)

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

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

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

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

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

Art. 17 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Rinuncia alle surrogazione

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

Art. 19 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 20 – Coassicurazione e delega (opzionale)

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

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

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,*
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,*
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso, in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici”.*

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

Art. 21 – Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni e del Regolamento UE 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.

La Società agisce quindi in qualità di “autonomo titolare” del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell'Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare, nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.

SEZIONE 3 – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 22 – Oggetto della copertura

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

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

Sono compresi in garanzia anche:

- a. l'asfissia non di origine morbosa;
- b. il soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi e, comunque, di qualunque corpo estraneo;
- c. gli avvelenamenti e le intossicazioni conseguenti ad esposizione, contatto, ingestione o assorbimento di sostanze nocive e/o corrosive in genere;
- d. le ustioni in genere;
- e. le infezioni determinate da punture di insetti o di aracnidi, morsi di rettili o di animali, comprese le conseguenze dovute a vertigini o incoscienza causate da alterazioni patologiche conseguenti a morsi o punture, ma escluse le affezioni di cui gli insetti o gli animali siano portatori necessari;
- f. l'annegamento;
- g. l'assideramento o congelamento;
- h. la folgorazione;
- i. i colpi di sole o di calore o di freddo;
- j. le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- k. gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- l. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, anche con movente politico, sociale o sindacale, scioperi, sommosse, attentati, aggressioni e violenze, azioni delittuose, atti vandalici o dolosi, attentati, rapina e sequestro (anche tentati), scippo, terrorismo e sabotaggio, azioni di dirottamento di aeromobili o di pirateria aerea, navale o altri mezzi, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- m. gli infortuni derivanti determinati da vertigini, nonché gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza, purché non cagionati da abuso di alcolici, uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, uso di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni;
- n. gli infortuni derivanti da colpa grave, imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- o. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di cicli, ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di abilitazione alla guida medesima;
- p. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- q. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- r. gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli a motore e/o natanti in genere;
- s. gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- t. gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- u. gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali.

Art. 23 – Estensioni di garanzia

A. Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, 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.

B. Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, 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.

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

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 5.000.00.

D. Danni estetici

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

E. Rischio aeronautico

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

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

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

- € 1.500.000,00 = per il caso di invalidità permanente
- € 1.500.000,00 = per il caso morte

per persona e di:

- € 5.000.000,00 = per il caso di invalidità permanente
- € 5.000.000,00 = per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

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

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

F. Rischio guerra

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

G. Rischio sportivo

Limitatamente agli assicurati per i quali è operante l'estensione ai rischi extraprofessionali, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di quelli elencati nell'articolo denominato "Esclusioni".

H. Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate. Per malattie tropicali si devono intendere: amebiasi, bilharziosi, dermatofito, dissenteria batterica, febbre itteroemoglobinurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica pernicioso. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buone condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia. Per tale estensione di garanzia la somma assicurata per la Invalidità Permanente si intende stabilita in € 250.000,00.

I. Responsabilità del contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione

per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità. L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.

J. Commorienza

Qualora lo stesso evento provochi la morte, oltre che dell'Assicurato, anche del coniuge e risultino beneficiari dell'Assicurazione figli di minore età o comunque studenti in regolare corso del piano di studi, l'indennizzo ad essi spettante si intende raddoppiato. Il maggiore esborso a carico della Società per effetto della presente estensione di garanzia non potrà comunque superare € 500.000,00.

K. Ernie traumatiche e da sforzo

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

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

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 29 della Sezione 4.

Art. 24 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi/derivanti:

- in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio guerra";
- durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio Aeronautico";
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio indennizzabile;
- in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato, accertate con giudizio penale passato in giudicato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente, fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- alla guida di veicoli o natanti a motore in genere qualora non sia mai stata conseguita la relativa abilitazione alla guida;
- in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni con autorespiratore, gare con utilizzo di veicoli o natanti a motore (salvo i raduni automobilistici e gare di regolarità pura) nonché relative prove ed allenamenti, alpinismo e arrampicata libera oltre il terzo grado eseguiti senza accompagnamento di Guida professionista, Istruttore del Club Alpino Italiano o comunque riconosciuto da altro Club Alpino Nazionale.

Art. 25 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

- fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottant'anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;

- indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE 4 – OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA

Art. 26 – Casi assicurati

L'assicurazione vale per i casi assicurati di seguito elencati.

A ciascun caso assicurato si applicano le singole garanzie e le somme assicurate rispettivamente previste per ciascuna categoria di assicurati come previsto nella successiva Sezione 5.

A. Morte

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

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

B. Morte presunta

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

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

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

C. Invalidità permanente

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

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento alla tabella allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30.6.1965, n. 1124, e successive modifiche e integrazioni. Resta convenuto che l'indennizzo viene corrisposto senza l'applicazione di alcuna franchigia.

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

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

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

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

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

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

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

D. Invalidità permanente grave

In caso di valutazione della invalidità permanente di grado pari o superiore al 75%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

E. Diaria per inabilità temporanea, ricovero, gessatura

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

integralmente, in caso di ricovero o di applicazione di gessatura, nonchè per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni professionali;

nella misura del 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali.

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

L'indennità viene corrisposta:

in caso di inabilità temporanea, per il periodo massimo previsto di 365 giorni;

in caso di ricovero, per il periodo massimo previsto di 180 giorni;

in caso di gessatura, per il periodo massimo previsto di 90 giorni.

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

F. Rimborso spese mediche

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

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

Art. 27 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata alla Società entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in particolare da quando l'Ufficio del Contraente che gestisce i contratti assicurativi ne sia venuto a conoscenza.

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

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

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

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

comprese nell'Assicurazione.

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

Art. 28 – Criteri di indennizzabilità

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

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

Art. 29 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

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

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

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

Art. 30 – Liquidazione dell'indennità

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

Art. 31 – Anticipo indennizzo

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 20%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 60 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

SEZIONE 5
CATEGORIE, SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIA, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 32 – Categorie assicurate

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito indicate e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

Salvo espressa indicazione nella rispettiva categoria assicurata, il contratto non prevede l'applicazione di scoperti e franchigie.

CATEGORIA A – MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI	
La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale, incluso il rischio in itinere (art. 52 ACN 31.3.2020). L'assicurazione è prestata per tutti i medici specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali comunque operanti, sia in attività istituzionale o in intramoenia, negli ambulatori e nelle altre strutture aziendali, contro gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio, sempre che il servizio sia prestato in Comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna ai sensi dell'art. 32 dell'ACN; sono compresi i danni comunque verificatisi nell'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale. Sono, inoltre, compresi gli infortuni subiti in qualità di rappresentanti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati consultivi zonali/aziendali in località diversa da quella di residenza in occasione della partecipazione a riunioni non in orario di servizio.	
GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 1.033.000,00
Invalità Permanente	€ 1.033.000,00
Inabilità Temporanea	€ 155,00 giornaliera per un massimo di 300 giorni e con decorrenza dalla data di inizio dell'inabilità; l'indennità giornaliera è ridotta al 50 % per i primi tre mesi

CATEGORIA B – MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, DI GUARDIA TURISTICA E DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI	
La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale, incluso il rischio in itinere (artt. 73 e 89 ACN 23.3.2005). L'assicurazione è prestata per tutti i medici che svolgono: -il servizio di continuità assistenziale, compreso quello presso la Casa Circondariale e presso le Unità Speciali di Continuità Assistenziale di cui all'art. 4 bis del D.L. 18/2020, convertito con L. 27/2020, -il servizio di guardia turistica e di medicina dei servizi territoriali, per gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale, compresi gli spostamenti sul territorio per ragioni di servizio. Sono compresi, sempre che 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.	
GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 775.000,00
Invalità Permanente	€ 775.000,00
Inabilità Temporanea	€ 52,00 giornaliera per un massimo di 300 giorni l'anno

CATEGORIA C – MEDICI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	
La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale, incluso il rischio in itinere (art. 99 ACN 23.3.2005). L'assicurazione è prestata per tutti i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale per gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale, ivi compresi, qualora 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 in occasione dello svolgimento di attività intramoenia ai sensi dell'A.C.N. di categoria; sono compresi i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni zonali/aziendali.	
GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 775.000,00
Invalità Permanente	€ 775.000,00
Inabilità Temporanea	€ 114,00 giornaliera con un massimo di 300 giorni l'anno

CATEGORIA D – CONSULENTI IN CONVENZIONE

Il Contraente può stipulare convenzioni che prevedano, a proprio carico, l'onere della copertura assicurativa contro gli infortuni nei seguenti casi:

- Convenzioni passive: con altre Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, per l'impiego di personale sanitario dipendente dalle medesime che, al di fuori dell'ordinario impegno di servizio, sia chiamato a svolgere attività professionale presso le strutture del Contraente, in forma continuativa e/o occasionale;
- Convenzioni attive: con altre Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, nonché con Istituzioni pubbliche non sanitarie o Istituzioni socio-sanitarie senza scopo di lucro, per l'impiego, presso tali enti, di proprio personale sanitario al di fuori dell'ordinario impegno di servizio;
- Incarichi extra-istituzionali conferiti a dipendenti di altre Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, per lo svolgimento di attività in regime extra-istituzionale, da effettuarsi al di fuori dell'orario di servizio.

L'assicurazione è prestata a favore del suddetto personale per gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale svolta. La copertura assicurativa riguarda gli infortuni "in itinere", subiti in occasione dell'accesso alla sede di svolgimento dell'attività e del conseguente rientro, effettuati a piedi e/o con qualsiasi mezzo di trasporto.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 1.033.000,00
Invalità Permanente	€ 1.033.000,00
Inabilità temporanea	€ 155,00 giornaliera per un massimo di 300 giorni

CATEGORIA D 1 – DIPENDENTI APPARTENENTI ALLA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA

La garanzia assicurativa è estesa anche ai dipendenti del Contraente appartenenti alla Dirigenza Medica e Sanitaria che svolgono prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art. 89, comma 2, del CCNL Area Sanità, da effettuarsi in via eccezionale e temporanea, al di fuori dell'orario di lavoro ordinario e ad integrazione dell'attività istituzionale.

L'assicurazione è prestata a favore del suddetto personale per gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale svolta, ivi comprese le prestazioni aggiuntive come sopra definite.

La copertura assicurativa comprende altresì gli infortuni "in itinere", verificatisi in occasione dell'accesso alla sede di svolgimento dell'attività e del conseguente rientro, effettuati a piedi e/o con qualsiasi mezzo di trasporto.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 1.033.000,00
Invalità Permanente	€ 1.033.000,00
Inabilità temporanea	€ 155,00 giornaliera per un massimo di 300 giorni

CATEGORIA E – COMPONENTI/CONSULENTI ESTERNI DEL COMITATO ETICO PER LA PRATICA CLINICA

L'assicurazione è prestata per i componenti/consulenti esterni del Comitato Etico per la Pratica Clinica per gli infortuni subiti in occasione delle attività connesse all'incarico, svolte per conto o su indicazione del Contraente o del Comitato Etico stesso, compresa la partecipazione a corsi di aggiornamento o convegni. La copertura assicurativa riguarda gli infortuni "in itinere", subiti in occasione dell'accesso alla sede di svolgimento dell'attività e del conseguente rientro, effettuati a piedi e/o con qualsiasi mezzo di trasporto.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 517.000,00
Invalità Permanente	€ 517.000,00
Inabilità temporanea	€ 78,00 giornaliera per un massimo di 300 giorni

CATEGORIA F – DONATORI E CANDIDATI DONATORI DI SANGUE / MIDOLLO OSSEO

Ai sensi della DGRV 1865/2021, con la quale è stato recepito l'Accordo Stato Regioni 8.7.2021 (Rep. atti 100/CSR), è a carico dell'Azienda la copertura assicurativa per infortunio dei donatori, che comprende "... la fattispecie in itinere, sia per le attività svolte presso il ST e relative articolazioni organizzative sia per quelle svolte presso l'UdR e relativi punti di raccolta deve includere i rischi correlati almeno alle seguenti fasi: idoneità alla donazione (visita e approfondimenti), donazione e controlli periodici, un massimale non inferiore a 350.000, euro per morte ed invalidità e non deve prevedere franchigie".

L'assicurazione, quindi, è prestata per tutti i donatori e candidati donatori di sangue e di midollo osseo del Contraente per i rischi correlati alle fasi di:

- accertamento dell'idoneità alla donazione (visite ed esami);
- prelievo di sangue intero ed in aferesi e dei suoi componenti;
- visite ed esami di controllo;
- infortuni sofferti durante il tragitto per recarsi e ritornare dal luogo della donazione o delle visite/esami, effettuato con qualunque mezzo di trasporto terrestre e/o a piedi, escluso l'aereo.

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 e di midollo osseo.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 350.000,00
Invalidità Permanente	€ 350.000,00
Inabilità Temporanea	€ 30,00 giornaliera con un massimo di 180 giorni l'anno
Rimborso Spese Mediche	€ 2.000,00

CATEGORIA G – VOLONTARI

Il Contraente, per lo svolgimento delle proprie attività istituzionali, si avvale anche dell'opera di volontari – aderenti ad Associazioni di Volontariato o non aderenti, ma formalmente incaricati/autorizzati. L'assicurazione è prestata a loro favore per gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività svolta. La copertura assicurativa riguarda anche gli infortuni "in itinere", subiti in occasione dell'accesso alla sede di svolgimento dell'attività di volontariato e del conseguente rientro, effettuati a piedi e/o con qualsiasi mezzo di trasporto, escluso l'aereo.

Sono esclusi i volontari del Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 78.000,00
Invalidità Permanente	€ 130.000,00
Rimborso spese mediche	€ 1.550,00
Indennità giornaliera da ricovero	€ 26,00

CATEGORIA H – CONDUCENTI DI VEICOLI DEL CONTRAENTE E TRASPORTATI

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dal conducente durante ed in conseguenza dell'utilizzo di tutti i veicoli di proprietà del Contraente e/o in uso a qualsiasi titolo dello stesso (compreso a titolo esemplificativo e non limitativo, motocicli e biciclette). L'assicurazione si intende, pertanto, prestata anche a favore del personale proveniente da altri Enti/Aziende che svolge attività presso il Contraente in base a specifiche convenzioni, nonché di operatori volontari autorizzati. L'assicurazione comprende gli infortuni avvenuti durante la salita e la discesa del veicolo, nonché, in caso di riparazioni di emergenza effettuate sulla strada, sia per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia che per spostare il veicolo stesso dal flusso del traffico o reinserirlo nel traffico medesimo. L'assicurazione garantisce anche gli infortuni alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

L'assicurazione copre i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (Titolo X del D. Lgs. 209/2005).

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 155.000,00
Invalidità Permanente	€ 155.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 2.582,45

CATEGORIA I – CONDUCENTI O TRASPORTATI DI VEICOLI PRIVATI IN OCCASIONI DI MISSIONI O DI ADEMPIMENTI DI SERVIZIO

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti da dipendenti e collaboratori (non dipendenti) del Contraente, sia in qualità di conducenti che di trasportati, durante e in conseguenza dell'uso, della guida e della circolazione di veicoli non di proprietà, né in uso a qualsiasi titolo al Contraente stesso. L'assicurazione si intende pertanto prestata anche a favore del personale proveniente da altri Enti che svolge attività presso il Contraente in base a specifiche convenzioni, nonché di volontari autorizzati.

La garanzia è operante esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la circolazione in occasione di missioni o di adempimenti di servizio fuori dell'ufficio e nel tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni. L'assicurazione comprende gli infortuni avvenuti durante la salita e la discesa dal veicolo, nonché, in caso di riparazioni di emergenza effettuate sulla strada, sia per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia che per spostare il veicolo stesso dal flusso del traffico o reinserirlo nel traffico medesimo.

L'assicurazione copre i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (Titolo X del D. Lgs. 209/2005).

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 155.000,00
Invalità Permanente	€ 155.000,00
Rimborso spese mediche	€ 2.582,45

CATEGORIA L – FREQUENTATORI, ANIMATORI, ACCOMPAGNATORI

Il Contraente organizza attività terapeutiche/riabilitative e di animazione in genere. L'assicurazione è prestata per gli infortuni che dovessero occorrere ai frequentatori (anche disabili), agli animatori e agli accompagnatori durante lo svolgimento di tutte le attività organizzate, nessuna esclusa, presso qualsiasi struttura del Contraente stesso o di terzi, ovvero durante lo svolgimento di gite, passeggiate, escursioni, trasferimenti, anche con l'uso di qualsiasi mezzo di locomozione pubblico, privato o del Contraente. Si intendono, inoltre, compresi gli infortuni occorsi alle medesime persone durante il percorso da casa ai luoghi presso i quali sono organizzate le attività e ritorno, a piedi e/o con l'uso di qualsiasi mezzo di locomozione pubblico, privato o del Contraente.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 52.000,00
Invalità Permanente	€ 78.000,00
Inabilità Temporanea	€ 26,00 al giorno con un massimo di 300 giorni

CATEGORIA M – MINORI IN AFFIDO

L'assicurazione è prestata per tutti i minori che, tramite il Contraente, vengono temporaneamente affidati a terzi (persone, famiglie, cooperative sociali, ecc.) per gli infortuni subiti durante ed in occasione della permanenza presso i medesimi terzi affidatari, durante lo svolgimento di qualsiasi attività, anche esterna.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 100.000,00
Invalità Permanente	€ 150.000,00
Rimborso spese mediche	€ 2.500,00

CATEGORIA N – LAUREATI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA/TIROCINANTI

L'assicurazione è prestata per i laureati in formazione specialistica e per i tirocinanti, sia di area sanitaria sia di area non sanitaria che, in base a specifiche convenzioni, svolgono attività formativa presso le strutture del Contraente.

La copertura assicurativa riguarda anche gli infortuni "in itinere", subiti in occasione dell'accesso alla sede di svolgimento dell'attività formativa e del conseguente rientro, effettuati a piedi e/o con qualsiasi mezzo di trasporto.

L'assicurazione opera per i laureati in formazione specialistica/tirocinanti non assicurati presso l'INAIL.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE
Morte	€ 150.000,00
Invalità Permanente	€ 300.000,00
Inabilità Temporanea	€ 55,00 al giorno con un massimo di 300 giorni

IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI DELLE CATEGORIA H E I

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

- che il veicolo, al momento del sinistro, era utilizzato per ragioni di servizio;
- la data e il luogo di effettuazione dello spostamento/missione per ragioni di servizio;
- le generalità del conducente e del/i trasportato/i;
- i dati identificativi del veicolo;
- per i veicoli "a noleggio", copia del contratto con la società di leasing o documento equipollente dal quale si possa evincere l'assenza di copertura assicurativa per infortuni.

Art. 33 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

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

Categoria	Tipo dato variabile	Dati preventivi	Premio lordo unitario	Totale
A	Numero assicurati	42	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
B	Numero assicurati	70	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
C	Numero assicurati	1	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
D	Numero accessi	880	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
D1	Numero accessi	1900	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
E	Numero assicurati	16	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
F	Numero donazioni	16.000	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
G	Numero assicurati	20	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
H	Numero veicoli	337	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
I	Numero km percorrenza annua	200.000	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
L	Numero assicurati	450	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
M	Numero assicurati	55	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
N	Numero assicurati	30	<i>Non compilare</i>	<i>Non compilare</i>
PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO COMPLESSIVO				

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dal Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi delle disposizioni di cui alla Sezione 2.

Non vi è obbligo per il Contraente di comunicare, in corso di periodo assicurativo, le variazioni di numero di persone, di veicoli assicurati o qualsiasi altro dato variabile.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art. 32 della presente Sezione, fermo quanto previsto nelle singole categorie, la regolazione del premio, per le categorie H e I, sarà effettuata come segue: in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il numero dei veicoli assicurati con l'indicazione della rispettiva data di inclusione/esclusione e il premio verrà regolato sul periodo effettivo di copertura in ragione di 1/360 giorni di presenza.

Art. 34 – Limiti per evento catastrofe

La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo non potrà superare € 20.000.000,00.

Art. 35 – Scomposizione del premio annuo

Premio imponibile annuo	€	Non compilare
Imposte	€	Non compilare
Premio lordo annuo	€	Non compilare

Art. 36 – Scomposizione del premio annuo

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 37 – Disposizioni finali

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

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

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ