

REGIONE SICILIANA

Contraente



LOTTO 2
Capitolato di Polizza di Assicurazione
Infortuni Cumulativa

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

Polizza Infortuni Cumulativa n°

Tra:

Partita I.V.A./C.F.:

con sede in:

e la Spett.le Compagnia Assicuratrice:

si stipula la presente:

POLIZZA di Assicurazione Infortuni Cumulativa n°

Contraente:

Sede Legale:

Enti Sanitari Assicurati: Come da condizioni di polizza

Decorrenza della copertura: Ore 24:00 del

Scadenza della copertura: Ore 24:00 del

Scadenze annuali: Ore 24:00 del di ogni anno

Frazionamento premio: Annuale

Tacito rinnovo: NO

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

Sommario

Definizioni.....	4
Norme che regolano l'assicurazione in generale.....	6
Condizioni Generali di Assicurazione.....	6
Art. 1 – Durata, impostazione e revisione del contratto.....	6
Art. 1 bis Revisione dei prezzi.....	7
Art. 2 – Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni – Buona fede.....	8
Art. 3 – Riferimento alle norme di legge – Foro competente.....	9
Art. 4 – Coassicurazione e delega.....	9
Art. 5 – Rinuncia al diritto di rivalsa.....	9
Art. 6 - Recesso in caso di sinistro.....	10
Art. 7 -Denuncia dei sinistri – Impegni della Società.....	10
Art. 7 bis – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio – Rendicontazione.....	10
Art. 8 – Gestione della Polizza - Clausola broker – Forma delle Comunicazioni.....	10
Art. 9 – Trattamento dei dati.....	11
Art. 10 – Tracciabilità dei flussi finanziari.....	11
Art. 11 – Interpretazione del contratto.....	11
Art. 12 – Variazioni Normative.....	11
Art. 13 – Variazioni del Contraente.....	12
Art. 14 -- Altre assicurazioni - Detrazioni.....	12
Art. 15– Variazioni nelle Categorie assicurate.....	12
Condizioni particolari di assicurazione.....	13
Art. 16 – Oggetto dell'assicurazione.....	13
Art. 17 – Soggetti assicurati (valido per ogni Ente Sanitario).....	13
Art. 18 -- Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali.....	14
Art. 19 – Estensioni della copertura.....	15
Art. 20 – Operatività della garanzia SARS - Cov2 e Coronavirus.....	16
Condizioni operative dell'assicurazione.....	17
Art. 21 – Liquidazione del danno - Detrazioni.....	17
Art. 22 -- Inabilità Temporanea (sempre operante).....	18
Art. 23 – Responsabilità civile del Contraente (sempre operante).....	18
Art. 24 – Rischio in itinere e reperibilità (sempre operante).....	19
Art. 25 – Diaria da ricovero (valida se richiamata nella categoria ed indicata la relativa somma).....	19
Art. 26 – Diaria da gesso (valida se richiamata nella categoria ed indicata la relativa somma).....	19
Art. 27– Rimborso Spese Mediche (valida se richiamata nella categoria ed indicata la relativa somma).....	19
Art. 28– Rischio volo.....	20
Art. 29 – Limite per Ente Sanitario.....	20
Art. 30 – Modalità per la liquidazione dell'indennità.....	20
Art. 31 – Franchigia su Invalidità Permanente (in base all'offerta dell'Aggiudicatario).....	20
Art. 32 – Esclusioni.....	22
Art. 33 – Controversie sulla definizione del danno.....	22
Art. 34 – Limiti di età e persone non assicurabili.....	23
Art. 35 – Condizioni valide per tutte le Categorie.....	23
Art. 36 – Disposizione finale.....	23
Categorie assicurate e capitali assicurati (Validi per ogni Ente Sanitario).....	24

Definizioni

AMMINISTRAZIONE / ENTE SANITARIO/ CONTRAENTE	il soggetto persona fisica o giuridica che stipula la polizza;
PERIODO ASSICURATIVO	il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza indicata nel presente documento;
ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione.
ATTIVITA' DEGLI ENTI SANITARI ADERENTI	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;
ENTE SANITARIO ADERENTE O ENTE SANITARIO ASSICURATO (di seguito anche "Ente Sanitario")	ciascuna Ente Sanitario (ASO, AO, AOU, IRCCS ecc.) facente parte del Servizio Sanitario della Regione Siciliana;
BROKER	il RTI GBSAPRI S.p.A./VIRAS S.r.l. e la Consulbrokers S.p.A., disgiuntamente e in relazione agli Enti Sanitari da ciascuno assistiti, in breve detti "broker", di cui all'Art. 109 comma2 lettera B) del D.Lgs. 209/05 (Codice delle Assicurazioni Private) del Contraente/Assicurato che opera in base all'art. 120, comma 2 lett. a) del suindicato decreto, cui sono affidate la gestione e l'esecuzione dei contratti.
FRANCHIGIA	l'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla società in caso di sinistro;
LIQUIDAZIONE DEL DANNO	la determinazione della somma indennizzabile a titolo di sinistro;
POLIZZA	il documento che prova e regola l'assicurazione;
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
SCOPERTO	la parte di danno indennizzabile espressa in percentuale che per ciascun sinistro resta a carico dell'Assicurato.
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
VEICOLO	qualsiasi veicolo a motore azionato esclusivamente da una forza meccanica che circola sul suolo ma non su rotaia, con una velocità di progetto massima superiore a 25 Km/h oppure in alternativa, con un peso netto massimo superiore a 25 Kg, ed una velocità di progetto massima superiore a 14 Km/h; qualsiasi rimorchio destinato ad essere utilizzato con un veicolo come sopra illustrato a prescindere che sia ad esso agganciato o meno; i veicoli elettrici leggeri individuati con apposito decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy e del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'interno.

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

SOCIETÀ O IMPRESA	la Compagnia assicuratrice e le eventuali Mandanti/Coassicuratrici.
INFORTUNIO	L'evento dovuto a 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);
INABILITÀ TEMPORANEA	l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato;
OSPEDALE, ASP, 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;
COVID -19	Malattia respiratoria acuta da SARS-CoV-2 o più semplicemente malattia da coronavirus 2019, è una malattia infettiva respiratoria causata dal virus denominato SARS-CoV-2, e sue varianti, appartenente alla famiglia dei coronavirus.
RISCHIO PROFESSIONALE	l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con l'Ente Sanitario;
RISCHIO EXTRA-PROFESSIONALE	l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

La Società

Il Contraente

Norme che regolano l'assicurazione in generale

La presente polizza è retta, esclusivamente, dalle condizioni che seguono, eventuali moduli aggiuntivi degli Assicuratori saranno sottoscritti unicamente per le relative procedure di formalizzazione.

Le Parti prendono atto ed accettano che il Contraente, per ragioni di natura formale, amministrativa e contabile, necessita di ricevere gli originali dei documenti assicurativi per poter effettuare il relativo pagamento.

Si precisa, infine, che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare i pagamenti nei suddetti termini temporali esclusivamente se, in quel momento, sussistono le condizioni previste dalla normativa vigente (a titolo esemplificativo e non limitativo: verifiche fiscali, contributive ecc.), e che, in caso contrario, l'eventuale tardivo pagamento non costituisce motivo di sospensione e/o decadenza della copertura assicurativa.

Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1 – Durata, impostazione e revisione del contratto

La presente assicurazione ha effetto e copertura automaticamente dalle ore 24 del giorno 30 novembre 2025 e scadenza alle ore 24.00 del 30 novembre 2028.

Alla scadenza del 30/11/2028 la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta, fatta salva la facoltà del Contraente, per il tramite della S.A. ASP Catania, di richiedere, con le modalità previste all'art. 4.1 del disciplinare, alla Società, a mezzo PEC ed entro 180 giorni antecedenti la scadenza triennale, la prosecuzione dei servizi ovvero la proroga contrattuale secondo la normativa vigente (art. 120, comma 10, del D. Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii), per una durata di ulteriori 2 (due) anni, alle medesime condizioni normative economiche, previo consenso di entrambe le parti e laddove ritenuto opportuno, congruo e conveniente per tutti gli Enti Sanitari. La Società dovrà comunicare, a mezzo PEC, il proprio consenso entro 30 giorni dal ricevimento della PEC.

E' inoltre facoltà del Contraente, entro i 15 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, per un periodo massimo di 180 giorni, come da art. 120 comma 11 del D. Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii., fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

Gli Assicuratori si impegnano ad accettare tale richiesta alle medesime condizioni normative – economiche in vigore al momento della richiesta del Contraente.

In ogni caso rimane facoltà degli Assicuratori e del Contraente, disdire il presente contratto con le seguenti modalità:

- il primo anno fino al 30/11/2026 non sarà possibile disdire il contratto;
- il secondo anno, cioè entro il 30/11/2027 è data facoltà di disdetta, fermo restando che la disdetta esercitata dalla Società nei confronti di singoli Enti Sanitari verrà intesa come disdetta nei confronti di tutti gli Enti.
- A partire dal 30/11/2027 al 30/11/2028 è possibile disdire i singoli contratti, cioè Azienda per Azienda, da entrambe le Parti.

La medesima disciplina si applica ai casi previsti al successivo art. 6.

Per i casi suindicati il recesso potrà avvenire con un preavviso non inferiore a 180 giorni.

A parziale deroga dell'Art. 1901 del C.C., la prima rata di premio, come pure le eventuali appendici future, potrà essere pagata entro e non oltre 90 giorni dalla data di decorrenza della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura, che altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

Limitatamente alla prima rata di premio e sempreché venisse richiesta in via di urgenza l'esecuzione anticipata del contratto, l'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii., esclusivamente in tale evenienza i termini di pagamento suindicati si intendono elevati a 90 (novanta) giorni, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura, che altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

A parziale deroga dell'Art. 1901 del C.C., se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivamente 90 giorni dalla data di decorrenza della polizza, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto degli Assicuratori al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 C.C.

Gli Assicuratori prendono atto che il pagamento dei premi viene effettuato al Broker (vedasi Definizione) e riconoscono che, ai fini della normativa vigente in materia, tale pagamento ha efficacia liberatoria per il Contraente.

Ai fini della copertura assicurativa farà fede la data della relativa comunicazione d'incasso scritta del suddetto Broker, che trasmetterà i relativi importi agli Assicuratori aggiudicatari e/o affidatari del servizio con le modalità e nei termini temporali normalmente previsti dagli accordi di collaborazione tra Broker ed Assicuratori, indipendentemente dall'esistenza o meno di accordi di collaborazione tra il Broker (vedasi Definizione) e gli Assicuratori aggiudicatari e/o affidatari.

L'Amministrazione ha il diritto, in qualsiasi momento, di allineare in un'unica data od in un unico mese tutte le scadenze dei contratti, sulla base delle proprie esigenze, o di chiedere ed ottenere un diverso frazionamento, senza che ciò comporti costi aggiuntivi ai premi pro rata, calcolati in un 360° per ogni giorno di garanzia.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto ed in tempo utile alla copertura al Broker e/o alla Società, a mezzo raccomandata o telex o telefax o mail PEC e che il pagamento venga effettuato entro e non oltre i 15 gg successivi a tale comunicazione e/o ai termini di mora previsti.

Art. 1 bis – Revisione dei prezzi

1. A partire dalla seconda annualità dalla decorrenza del contratto ed alla scadenza di ciascun anno (di seguito "Periodo/i di rilevazione"), i prezzi/premi offerti in gara relativi ai servizi di copertura assicurativa (di seguito "Prezzi oggetto di Rilevazione") saranno oggetto di revisione secondo quanto previsto dall'art. 60 del Codice, in base all'indice dei prezzi al consumo dell'intera collettività (NIC) relativo alla categoria «Assicurazioni» (ECOICOP 125) pubblicato mensilmente da ISTAT.
2. In particolare, si considererà la variazione percentuale tra il valore definitivo più recente dell'indice disponibile nei 120 giorni antecedenti la scadenza del Periodo di Rilevazione e il valore relativo al mese in cui ricade la data di stipula del Contratto. Qualora la variazione percentuale (in aumento o in diminuzione) dell'Indice di Riferimento, come sopra calcolata, sia superiore al 3% i corrispettivi dovuti al Fornitore saranno aggiornati, a cura e spese del fornitore, applicando ai Prezzi oggetto di Rilevazione una variazione percentuale pari all'90% dell'eccedenza dell'Indice di Riferimento rispetto alla soglia del 3%.
3. Qualora emerga l'effettiva necessità di revisione dei prezzi, ai sensi di quanto previsto al precedente comma 2, il fornitore, a propria cura e spese, provvederà all'aggiornamento dei Prezzi oggetto di Rilevazione - in caso di aumento degli stessi, - limitatamente alle prestazioni non ancora eseguite alla scadenza del Periodo di Rilevazione, nel rispetto degli stessi periodi di rilevazione, indici di riferimento e soglie di variazione previsti nel presente articolo e comunicherà al contraente, entro 90 (novanta) giorni antecedenti la scadenza i nuovi importi.
4. Qualora i Prezzi Revisionati comportino un incremento dei corrispettivi dovuti al Fornitore che non trovi copertura nelle somme stanziata dalla Contraente, ai sensi dell'art. 60, comma 5 del Codice e le parti non trovassero un accordo, la Contraente stessa avrà diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 180 (centottanta) giorni, da comunicarsi alla Società posta elettronica certificata.

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Qualora tra la data di comunicazione e l'effetto del recesso, intercorre una scadenza di periodo, con conseguente pagamento del premio, quest'ultimo sarà corrisposto pro-rata e calcolato per il periodo intercorrente tra la scadenza del periodo e l'effetto del recesso.

5. Entro 30 giorni dalla data di comunicazione del recesso, la Società dovrà inoltre fornire al Contraente tutti i dati di cui all'art. "Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio - Rendicontazione" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo.

6. Qualora alla data di efficacia del recesso, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni.

7. In nessun caso, la revisione dei prezzi potrà avere effetto sulle prestazioni già eseguite.

Art. 2 – Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni – Buona fede

Poiché i premi sono quantificati in base ad elementi di rischio variabili, come indicato nelle Condizioni di Garanzia, il Contraente è tenuto, entro i 90 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, a comunicare alla Società i dati consuntivi affinché la Stessa possa procedere all'emissione dell'appendice di regolazione premio, da effettuarsi entro 30 giorni dalla data di ricezione di detta comunicazione.

Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate, rispettivamente dal Contraente o dalla Società, entro i 90 giorni successivi alla data di ricevimento del relativo documento in originale, emesso dalla Società.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto ed in tempo utile alla copertura al Broker e/o alla Società, a mezzo raccomandata telex o telefax o mail PEC e che il pagamento venga effettuato entro e non oltre i 15 gg. successivi a tale comunicazione e/o ai termini di mora previsti.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine di 15 giorni, trascorso il quale la Società ha il diritto di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

Il premio pagato anticipatamente in via provvisoria è da considerarsi come premio minimo comunque acquisito dalla Società.

Per "parametri di riferimento" si intende:

- a) per gli assicurati sub punto 1 dell'art. 17, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- b) per gli assicurati sub punto 2 dell'art. 17, il numero complessivo dei veicoli assicurati;
- c) per gli assicurati sub punto 3 dell'art. 17, il numero complessivo dei chilometri percorsi;
- d) per gli assicurati sub punto 4 dell'art. 17, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- e) per gli assicurati sub punto 5 dell'art. 17, il numero complessivo dei soggetti frequentanti;
- f) per gli assicurati sub punto 6 dell'art. 17 il numero complessivo dei soggetti partecipanti;
- g) per gli assicurati sub punto 7 dell'art. 17 il numero complessivo delle donazioni effettuate;
- h) per gli assicurati sub punto 8 dell'art. 17, il numero complessivo dei minori ed altri soggetti;
- i) per gli assicurati sub punto 9 dell'art. 17, il numero complessivo dei soggetti volontari;
- j) per gli assicurati sub punto 10 dell'art. 17, il numero complessivo dei medici assicurati per ogni categoria;
- k) per gli assicurati sub punto 11 dell'art. 17, il numero complessivo delle giornate di trasferta;

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

- l) per gli assicurati sub punto 12 dell'art. 17, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- m) per gli assicurati sub punto 13 dell'art. 17, il numero complessivo dei soggetti assicurati.

L'Ente Sanitario è esonerato dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per l'identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso dello stesso, e che esso si impegna a fornire in copia alla Società qualora essa ne faccia richiesta.

Altrettanto, l'Ente Sanitario e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

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

Resta inteso che, all'atto della copertura dei rischi, il premio potrà essere ricalcolato sulla base dei valori/somme definitivi, forniti dai contraenti in relazione alle variazioni intervenute tra la pubblicazione e l'aggiudicazione della gara o semplicemente in seguito alle verifiche effettuate con gli uffici preposti in relazione a somme/valori, numero di soggetti da assicurare e/o qualsiasi dato suscettibile di oscillazione, con espressa rinuncia all'applicazione degli artt. 1892 – 1893 – 1894 – 1897– 1898 del C.C.

Art. 3 – 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 e comunitaria, 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 di residenza o sede dell'Amministrazione.

Art. 4 – Coassicurazione e delega

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato in Coassicurazione o in raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendotutte le Società sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria/Mandataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici/Mandanti. La firma apposta dalla Società Delegataria/Mandataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

La Delegataria/Mandataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici/Mandatarie per la gestione, l'esecuzione del contratto e l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza. Il broker provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria/Mandataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici/Mandanti delle quote di premio ad esse spettanti.

Eventuali accordi in merito alla gestione e relativi costi tra le Coassicuratrici non avranno alcun impatto gestionale e/o economico nei confronti del Contraente e/o del Broker.

Art. 5 – Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, salvo il caso di dolo, al diritto di surrogazione derivante dall'Art. 1916 del Codice Civile verso le persone delle quali l'Assicurato debba rispondere a norma di legge, gli utenti nonché i clienti dell'Assicurato, le associazioni, i patronati, altri enti pubblici ed enti in genere senza scopo di lucro nonché verso gli Enti Sanitari da esso controllate o partecipate purché il Contraente non decida di esercitare tale diritto.

Art. 6 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto, la Società e il Contraente possono recedere dal contratto, previa comunicazione da inviarsi a mezzo PEC, con preavviso di 180 (centottanta) giorni.

In tale caso le coperture assicurative rimarranno efficaci per ulteriori 180 (centottanta) giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso.

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo, la Società rimborserà i ratei di premio per i periodi non fruiti, al netto delle imposte.

Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, qualora tra la data di comunicazione e l'effetto del recesso, intercorre una scadenza di periodo, con conseguente pagamento del premio, quest'ultimo sarà corrisposto pro-rata e calcolato per il periodo intercorrente tra la scadenza del periodo e l'effetto del recesso.

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

Art. 7 - Denuncia dei sinistri – Impegni della Società

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dall'Ente Sanitario entro 30 (trenta) giorni lavorativi dall'evento o da quando le articolazioni aziendali individuate da ogni singolo Ente Sanitario ne siano venute a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo ed 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 altra 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.

Art. 7 bis - Obbligo di fornire i dati sull'andamento dei rischi - Rendicontazione

La Società fornirà con cadenza semestrale agli Enti Sanitari assicurati, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita;
- la data di accadimento;
- le sole iniziali dell'infortunato;
- lo stato del sinistro;
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato;
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

È facoltà dell'Amministrazione e degli Enti Sanitari richiedere, ed obbligo della Società fornire, lo stesso riepilogo in qualunque momento, a richiesta delle stesse.

Nel comune interesse l'Amministrazione e gli Assicuratori, ivi compresi i rispettivi Uffici preposti, si obbligano ad effettuare ogni corrispondenza esclusivamente attraverso il Broker designato, fornendo tutta la relativa documentazione in possesso per una corretta definizione di ogni sinistro.

Art. 8 – Gestione della Polizza - Clausola broker – Forma delle Comunicazioni

Le Parti convengono, in ogni caso, che per tutta la durata del Contratto, ivi comprese le proroghe e/o le appendici, anche di regolazione del premio:

1. la gestione e l'assistenza nell'esecuzione del presente Contratto, con esclusione della potestà contrattuale, che resta di esclusiva competenza del Contraente, è affidata al Broker (vedasi Definizione);
2. agli effetti dei termini temporali fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto del Contraente e/o Assicurato, agli Assicuratori, si intenderà come fatta dal Contraente e/o dall'Assicurato e viceversa, parimenti ogni comunicazione fatta al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori, ivi comprese quelle ai fini degli artt. 1913, 1310 e 2952 del Codice Civile, fermo restando che ogni variazione concernente il contratto potrà essere effettuata solo se previamente concordata direttamente con il Contraente e/o Assicurato;
3. tutte le comunicazioni fra le Parti e le eventuali modifiche del contratto, debbono essere fatte, per

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

- essere valide, per iscritto con lettera raccomandata A/R, telex, fax, pec o altro mezzo ritenuto idoneo;
4. la remunerazione del Broker è a carico degli Assicuratori aggiudicatari e/o affidatari del servizio ed è comunque parte dell'aliquota riconosciuta dagli Stessi alla cd. rete di vendita e/o distribuzione, tale remunerazione non rappresenta, in ogni caso, un onere aggiuntivo ai premi di polizza per il Contraente.

Art. 9 – Trattamento dei dati

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in tema di trattamento dei dati personali, le Parti dichiarano di essersi preventivamente e reciprocamente informate prima della sottoscrizione del presente Contratto circa le modalità e le finalità dei trattamenti di dati personali che verranno effettuati per l'esecuzione dell'Accordo medesimo nonché circa i nominativi dei responsabili del trattamento e le modalità di esercizio dei diritti dell'interessato.

Ai fini della suddetta normativa, le Parti dichiarano che i dati personali forniti sono esatti e corrispondono al vero, esonerandosi reciprocamente da qualsivoglia responsabilità per errori materiali di compilazione ovvero per errori derivanti da una inesatta imputazione dei dati stessi negli archivi elettronici e cartacei.

Il trattamento dei dati sarà improntato, da entrambe le Parti, ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e nel rispetto delle misure di sicurezza.

I dati personali raccolti in esecuzione del presente Contratto saranno trattati da entrambe le Parti in qualità di autonomi Titolari, ciascuna per gli ambiti di propria e specifica competenza, attraverso programmi informatici, sistemi telematici e strumenti cartacei configurati in modo tale da garantirne la massima riservatezza, per il periodo di tempo necessario alla stipulazione ed esecuzione dell'accordo e comunque nei limiti temporali indicati nelle relative Informative.

Le modalità del trattamento dei dati personali nonché tutte le informazioni previste dall'articolo 13 del GDPR, ivi comprese quelle relative ai responsabili interni e alle modalità di esercizio dei diritti dell'interessato previste dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del GDPR sono allegate alla documentazione di gara.

Art. 10 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, nonché ogni altro soggetto giuridico a qualsiasi titolo interessato al presente contratto (c.d. filiera), si impegna ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza del disposto della 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 in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità ed al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziaria 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 (C.I.G.) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (C.U.P.) 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 C.C. e dell'art. 3 c. 8 della citata Legge.

Art. 11 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 12 – Variazioni Normative

Nel caso in cui vi fossero variazioni statutarie e/o normative (inclusi i provvedimenti propri), oppure nuova e/o diversa giurisprudenza in materia, come pure interpretazioni e/o pareri delle medesime, tali da rendere, ad insindacabile giudizio del Contraente, incompatibile, totalmente od anche parzialmente, il presente contratto con le stesse, e/o non sufficientemente tutelante, le Parti concordano sin d'ora di provvedere, tempestivamente, alla relativa riformulazione e/o aggiornamento della normativa contrattuale, fatte salve diverse disposizioni di legge e fermi restando i reciproci diritti derivanti dal presente

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

contratto.

Art. 13 – Variazioni del Contraente

In caso di fusione, scorporo, incorporazione, trasformazione o cambiamento di denominazione o di ragione sociale di una delle Parti (Contraente o Broker), il presente contratto continua con il nuovo Contraente o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, od aventi causa, entro il termine di 60 giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei 30 giorni successivi, o minor termine, in base all'urgenza, comunicherà l'eventuale nuovo premio, in funzione del maggiore o minore rischio.

Art. 14 – Altre assicurazioni - Detrazioni

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dall'Ente Sanitario (quale, ad esempio, la tutela assicurativa Inail), dall'indennizzo dovuto ai sensi delle presenti condizioni contrattuali verrà dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per il medesimo rischio.

Art. 15 – Variazioni nelle Categorie assicurate

L'assicurazione vale per le persone nominate e le categorie designate in Polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni delle Categorie assicurate devono essere comunicate dal Contraente restando inteso che:

- devono essere approvate dalla Società;
- se le variazioni comportano un aumento del premio, la Società ne prende atto con appendice e il Contraente è obbligato al pagamento del relativo premio nei termini previsti dall'Art. 1.

Condizioni particolari di assicurazione

Art. 16 – Oggetto dell'assicurazione

La garanzia è prestata per gli infortuni, subiti dagli Assicurati, nell'espletamento delle mansioni loro affidate e/o delle attività cui sono tenuti, dalle quali derivi la morte, l'invalidità permanente o, limitatamente alle Categorie interessate, le altre conseguenze, garanzie e/o condizioni previste.

La garanzia opera per gli infortuni che si verifichino a causa e/o in occasione:

1. delle attività prestate, per conto dell'Amministrazione, o cui gli Assicurati sono tenuti, anche se svolte all'esterno della sede istituzionale e/o dell'orario predeterminato;
2. nell'esercizio di tutte le attività, nessuna esclusa né eccettuata, comprese gite, manifestazioni, attività sportive e/o qualunque attività e/o evento organizzato e/o autorizzato dall'Amministrazione sia in sede sia fuori sede, comprese le attività di rappresentanza, istituzionalmente organizzate dall'Amministrazione e/o preventivamente autorizzate dall'Amministrazione stessa e/o alle quali intende partecipare, comprese le attività svolte all'estero;
3. di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi, da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro e/o studio e qualsiasi altro luogo, e viceversa ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione, o incarico, per conto dell'Amministrazione, con la precisazione che, nel tragitto, entrambi i luoghi (di partenza e di arrivo) sono compresi ai fini dell'operatività della presente garanzia, fermo restando quanto stabilito all'Art. 24 – “Rischio in itinere” e fatto salvo quanto previsto all'Art. 35 – “Condizioni valide per tutte le categorie”.

Art. 17 – Soggetti assicurati (valido per ogni Ente Sanitario)

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, richiamati dell'allegata scheda di conteggio del premio:

1. i Direttori (Generale, Amministrativo, Sanitario ed altri) dell'Ente Sanitario;
2. i Dipendenti e i componenti (non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali dell'Ente Sanitario, nonché gli altri soggetti (non dipendenti) autorizzati dalla stessa a vario titolo, alla guida di veicoli (a motore e non) di proprietà o in uso a qualunque titolo all'Ente Sanitario stesso;
3. i dipendenti e i componenti (non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali dell'Ente Sanitario, alla guida di veicoli privati (a motore a non) per ragioni di servizio;
4. i consulenti e il personale di altre Aziende/Enti/Strutture Sanitarie che svolgono la propria attività in virtù di convenzioni tra gli Enti Sanitari e le Aziende e gli Enti cui essi afferiscono, operanti presso l'Ente Sanitario;
5. i soggetti che frequentano l'Ente Sanitario per tirocinio, formazione, aggiornamento, perfezionamento, specializzazione, borse di studio e/o di ricerca, stage, ecc;
6. i partecipanti e i fruitori dei corsi, servizi, e attività promossi, organizzati e/o gestiti dall'Ente Sanitario con fini educativi, riabilitativi, di inserimento sociale, ricreativi, sportivi, culturali, di aggregazione, nonché alle comunità terapeutiche e/o ai soggiorni climatici promossi, organizzati e/o gestiti dall'Ente Sanitario;
7. i donatori di sangue e suoi componenti;
8. i minori e gli altri soggetti affidati all'Ente Sanitario e/o tramite esso a famiglie, direttamente dall'Autorità preposta o nell'ambito di iniziative coordinate con altre strutture pubbliche o di assistenza e/o ad esse assimilabili;
9. i soggetti che prestano volontariamente la loro opera nell'ambito delle strutture dell'Ente Sanitario in accordo con esso e a favore degli utenti dello stesso, compreso il personale addetto ai servizi socialmente utili LSU e di pubblica utilità LPU, nonché i percettori del RdC utilizzati per tali scopi, gli obiettori di coscienza, ecc;

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

10. il personale medico appartenente alle categorie per le quali i corrispondenti CCNL e/o A.I.R. prevedono la copertura assicurativa:
 - 10.1 i medici specialisti ambulatoriali e veterinari specialisti ambulatoriali
 - 10.2 i medici addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza sanitaria e/o 118
 - 10.3 i medici della medicina dei servizi
 - 10.4 gli psicologi, i biologi, i chimici;
11. i dipendenti dell'Ente Sanitario in trasferta e/o in consulenza (anche fuori orario di servizio) presso altre Aziende/Enti/Strutture Sanitarie in virtù di convenzioni tra esse e l'Ente Sanitario di appartenenza;
12. i dipendenti dell'Ente Sanitario che svolgono le attività di cassiere e/o di riscuotitore;
13. i dipendenti dell'Ente Sanitario non dirigenti di cui al Comparto del Personale del Servizio Sanitario Nazionale addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza sanitaria e/o 118.

Art. 18 – Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

Con riferimento all'art. 17– “Soggetti assicurati”, si conviene fra le parti che la copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti:

- a) dagli assicurati di cui al punto 1, senza limiti temporali, in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o ad esso correlati, compresi quindi i trasferimenti, le missioni ed il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro e gli infortuni sofferti durante il tragitto da/per l'abitazione;
- b) dagli assicurati di cui al punto 2, in occasione della guida di veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Ente Sanitario.
L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile.
Relativamente alle autoambulanze ed auto mediche, le garanzie sono estese alle operazioni svolte dal conducente e/o dai trasportati (che assumono limitatamente a queste operazioni la qualifica di assicurati) al fine di prelevare o consegnare le persone oggetto dell'intervento;
- c) dagli assicurati di cui al punto 3, in occasione della guida di veicoli di loro proprietà o in loro uso, esclusi quelli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Ente Sanitario, per ragioni di servizio per conto dell'Ente Sanitario stesso.
L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo ed ogni altra operazione ad esse assimilabile.
La garanzia è operante sia quando la sede di partenza risulti essere il luogo presso il quale l'assicurato presta abitualmente servizio sia altro luogo secondo quanto stabilito dal regolamento di missione;
- d) dagli assicurati di cui al punto 4, in occasione dell'attività da loro svolta in accordo con e/o per l'Ente Sanitario, compresi i trasferimenti da/per e tra le strutture dell'Ente Sanitario stesso;
- e) dagli assicurati di cui al punto 5, in occasione della frequentazione dell'Ente Sanitario e partecipazione alle attività dello stesso;
- f) dagli assicurati di cui al punto 6, durante la partecipazione/fruizione dei corsi, servizi e attività, delle comunità e/o dei soggiorni;
- g) dagli assicurati di cui al punto 7, nell'ambito delle operazioni di prelievo (relative alla donazione e/o connessi ad esami di controllo), sia che questo avvenga in centri fissi di raccolta, interni od esterni, sia che avvenga in centri mobili. L'assicurazione si intende estesa anche alle donazioni praticate al di fuori dell'ambito territoriale dell'Ente Sanitario. L'assicurazione è operante anche per i rischi in itinere e cioè durante il tempo necessario per il trasferimento, con l'uso di qualsiasi mezzo di locomozione (escluso quello aereo) pubblico o privato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro o struttura dell'Ente Sanitario al punto in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa, per i donatori appartenenti ad Associazioni convenzionate, ovvero dal punto di effettuazione del prelievo alla propria abitazione o luogo di lavoro, per i donatori occasionali;
- h) dagli assicurati di cui al punto 8, senza limiti temporali;

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

- i) dagli assicurati di cui al punto 9, mentre svolgono la loro opera nell'ambito delle strutture dell'Ente Sanitario;
- j) dagli assicurati di cui al punto 10, a causa e in occasione dell'attività professionale prestata, compresi gli infortuni subiti in occasione dell'accesso da e per la sede di servizio se esso è prestato in Comune diverso da quello di residenza e gli eventuali trasferimenti tra le diverse strutture dell'Ente Sanitario, nonché in occasione dello svolgimento di attività intramoenia e/o esterna ai sensi del vigente ACNL;
- k) dagli assicurati di cui al punto 11, durante l'intero periodo della trasferta compresi quindi i trasferimenti e gli eventuali infortuni occorsi in attività diverse da quelle professionali durante il tempo libero tra l'inizio del viaggio, trasferimento o missione e il rientro presso la sede di lavoro o la propria abitazione;
- l) dagli assicurati di cui ai punti 12 e 13, mentre svolgono la loro opera nell'ambito dell'Ente Sanitario di appartenenza e/o del territorio di competenza, compresi i trasferimenti tra il/i luogo/i di lavoro.

Art. 19 – Estensioni della copertura

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

- imprudenze o negligenze anche gravi;
- malore 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, qualunque ne sia il movente purché avvenuti sul territorio italiano, compresi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino;
- 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 Euro 10.000.000,00 (diecimilioni) per anno assicurativo e per singolo Ente Sanitario. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse 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 guerre.

Contagio H.I.V.: l'assicurazione è valida anche in caso di avvelenamento del sangue a seguito di contagio da H.I.V. sempre che il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica indennizzabile a termini di polizza e contemporaneamente al verificarsi della stessa. L'assicurato che ritenesse di essere contagiato da virus dell'H.I.V. a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, deve, entro tre giorni dal fatto, per il tramite della Contraente darne avviso alla Società a mezzo fax, raccomandata a.r. o posta elettronica certificata. Contemporaneamente deve inviare alla Società, a mezzo raccomandata, fax o posta elettronica certificata una descrizione dettagliata dell'evento e di come questo si sia verificato.

Entro cinque giorni dall'evento l'assicurato dovrà sottoporsi ad un primo test H.I.V. presso un centro specializzato o presso l'ASP di zona. Qualora dal test risulti che l'assicurato è sieropositivo non sarà dovuto alcun indennizzo. Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo, l'assicurato, entro 180 giorni successivi, dovrà sottoporsi ad un secondo test: se da questo risulterà che l'assicurato è divenuto sieropositivo, la Società liquiderà l'indennizzo previsto con il massimo del 50% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente. Tutte le spese mediche relative ai test di H.I.V. sono a carico dell'assicurato, tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, anche dette spese saranno rimborsate alla Società.

Nel caso in cui il soggetto sia già affetto da altre patologie, non sarà ritenuto indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da tali condizioni memorative preesistenti alla stipula del contratto.

L'assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza dal beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico. Il rispetto rigoroso dei termini di denuncia e degli altri

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

obblighi indicati nei commi precedenti, è condizione essenziale per la validità dell'assicurazione, in casodi inadempienza, l'assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo.

Malattie professionali (condizione valida solo per i gruppi di rischio n° 1, 4, 5, 6, 9, 10, 13) l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (considerate tali dall'INAIL) che abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente, sempreché operanti per l'assicurato, e che si manifestino nel corso di validità del presente contratto e riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 50% della totale.

Qualora la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche iniziale e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

L'indennità viene in ogni caso corrisposta dalla Società per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, non sarà ritenuto indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da tali condizioni menomative preesistenti alla stipula del contratto.

Restano in ogni caso escluse le conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo. Qualora il presente contratto pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno dalla scadenza e sempreché la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione.

Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno viene fissato in 18 mesi dalla denuncia della malattia.

Nonché

- l'annegamento ed asfissia di natura accidentale;
- l'avvelenamento da ingestione o 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.

Art. 20 – Operatività della garanzia SARS - Cov2 e Coronavirus

Sono inclusi i danni e/o le conseguenze dirette a seguito di malattie e/o infortuni derivanti da contagio di virus, quali SARS-Cov2 e Coronavirus, di qualunque natura/tipologia e variante pandemica, dai quali derivi una invalidità permanente o una malattia professionale.

Condizioni operative dell'assicurazione

Art. 21 – Liquidazione del danno - Detrazioni

In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari designati 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 trovato 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 ancora in vita, 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.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'assicurato, la Società rimborserà altresì, fino alla concorrenza di Euro 2.000,00 (euro duemila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'assicurato.

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n° 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:

la perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più parti di organi o arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

In 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. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo si stabilisce 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 arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dalla suddetta tabella di legge per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato o offerto.

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, determinando e liquidando l'indennità in misura pari:

- all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta;

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

- all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità permanente accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per 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 fra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla chiedendo incaso contrario.

In caso di infortunio che abbia conseguenza una inabilità temporanea, l'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

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (euro cinquemila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato, più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

Art. 22 – Inabilità Temporanea (sempre operante)

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la società liquida la diaria assicurata:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

L'indennità per inabilità temporanea che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta indennità viene corrisposta, se richiamata espressamente ed indicata la relativa somma nella sezione "Categorie assicurate e capitali assicurati" del presente capitolato, per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio.

Per i soli aderenti all'A.I.R. Sicilia Emergenza Sanitaria Territoriale la presente indennità per inabilità temporanea verrà erogata a decorrere dal 91° (novantunesimo) giorno nel rispetto delle disposizioni dell'art 7 comma 4 del medesimo accordo.

Art. 23 – Responsabilità civile del Contraente (sempre operante)

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari designati o, in difetto di designazione, gli eredi o soltanto qualcuno di essi, non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità, su espressa richiesta scritta del Contraente, nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza definitiva o transazione.

L'Assicuratore risponde, inoltre, delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare rispettivamente per morte, invalidità permanente o inabilità temporanea, in eccedenza alle indennità liquidate a termini di polizza e fino a concorrenza di un ulteriore importo uguale a quello di dette indennità. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese da lui sostenute per resistere all'azione di danno, ovvero di quelle sostenute dalla Società stessa a suo nome ai sensi dell'ultimo capoverso.

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

Se con i beneficiari designati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato, avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione prestata con la presente polizza vale anche nei riguardi delle richieste di questo ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al secondo capoverso.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne abbia possibilità; parimenti dovrà tenere informata la Società di ogni domanda per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile.

La Società, con l'accettazione del Contraente, assume tanto in sede stragiudiziale che giudiziale e in ogni ordine e grado, la gestione delle vertenze sostenendone le spese a termini di legge, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti e azioni a esso competenti.

Art. 24 – Rischio in itinere e reperibilità (sempre operante)

La garanzia opera durante tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione* e anche a piedi, da e per l'abitazione anche occasionale dell'Assicurato od il suo normale luogo di lavoro a qualsiasi luogo ove si rechi a svolgere la propria mansione per conto del Contraente, con la precisazione che, nel tragitto, entrambi i luoghi (di partenza ed di arrivo) sono compresi ai fini dell'operatività della presente garanzia, fatto salvo quanto previsto all'art. 34 – “Limiti di età e persone non assicurabili”.

Per tutte le Categorie la garanzia opera, inoltre, nei termini di cui sopra, da e per qualsiasi luogo in cuile persone si trovino in stato di “Reperibilità”.

*Laddove il mezzo di trasporto utilizzato sia diverso da quello pubblico, l'Assicurato è tenuto a dimostrare l'inadeguatezza (per orari, tragitti, ecc.) dei mezzi pubblici che hanno reso non possibile l'utilizzo di tali mezzi e, di conseguenza, l'utilizzo di mezzi propri.

Art. 25 – Diaria da ricovero (valida se richiamata nella categoria ed indicata la relativa somma)

La Società si impegna a liquidare un'indennità giornaliera in caso di ricovero dell'Assicurato in ospedale pubblico o casa di cura privata, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza. Il pagamento dell'indennità sarà effettuato dalla Società indipendentemente da ogni altra assicurazione pubblica o privata di cui eventualmente fruisca l'Assicurato, con il massimo stabilito nella scheda.

Art. 26 – Diaria da gesso (valida se richiamata nella categoria ed indicata la relativa somma)

La Società, nel caso in cui l'infortunio comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti resi necessari da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo – legamentose articolari clinicamente diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, liquida una diaria giornaliera a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio fino algiorno prima della rimozione con il massimo stabilito nella scheda.

Art. 27– Rimborso Spese Mediche (valida se richiamata nella categoria ed indicata la relativa somma)

La Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale stabilito, le spese effettivamente sostenute e documentate per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza. Durante la degenza in istituto di cura per onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento (comprese le endoprotesi), trattamenti riabilitativi e rette di degenza.

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

Art. 28– Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni (salvo quanto previsto dalla "Condizione Specifica").

Comunque, la somma delle garanzie di cui alla presente Polizza non potrà superare i capitali per persona di: vedasi categoria e complessivamente per aeromobile Euro 10.000.000,00 = indipendentemente dal numero di persone infortunate o decedute.

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

Art. 29 – Limite per Ente Sanitario

Per ciascun Ente Sanitario aderente, in caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più assicurati causa del medesimo evento, il limite massimo di indennizzo a carico della Società non potrà essere superiore ad Euro 10.000.000,00 (euro diecimilioni/00). Superando detto limite, gli indennizzi spettanti ciascun assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art. 30 – 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 all'art. 21 "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 dell'invalidità.

Art. 31 – Franchigia su Invalidità Permanente (in base all'offerta dell'Aggiudicatario)

L'assicurazione è prestata con l'intesa che una parte del rischio venga sostenuta dal Contraente a titolo di franchigia espressa in percentuale per sinistro sulla invalidità permanente nella misura del % (in base all'offerta dell'aggiudicatario).

Qualora in caso di sinistro l'invalidità permanente accertata espressa in percentuale risulti di grado pari od inferiore alla franchigia, la Società non darà luogo ad alcun indennizzo, che resterà interamente ed esclusivamente a carico dell'Amministrazione Contraente. Qualora invece la percentuale di invalidità permanente accertata risulti di grado superiore alla franchigia, l'indennizzo verrà erogato da parte della Società per la sola parte eccedente detta franchigia, che resterà esclusivamente a carico dell'Amministrazione Contraente.

Esempio 1:

IP accertata: 5%

Franchigia su IP: 5%

Indennizzo da parte della Società 0%

Controvalore in € 0,00

Indennizzo da parte dell'Amministrazione Contraente 5%

Controvalore in €: in base alla categoria

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

Esempio 2:

IP accertata: 10%

Franchigia su IP: 5%

Indennizzo da parte della Società: 5%

Controvalore in € in base alla categoria

Indennizzo da parte dell'Amministrazione Contraente: 5%

Controvalore in €: in base alla categoria

Nel comune interesse, le Parti convengono di adottare le seguenti modalità per una gestione appropriata dei sinistri, da svolgersi in reciproca collaborazione tra gli Uffici competenti del Contraente, del Broker e l'ufficio sinistri degli Assicuratori:

1. All'inizio di ogni periodo assicurativo annuale il Contraente istituisce un apposito fondo in bilancio che è destinato esclusivamente al pagamento dei sinistri infortuni in franchigia;

2. la trattazione di ogni sinistro, debitamente denunciato agli Assicuratori, fino alla definizione, è prerogativa esclusiva degli Assicuratori, fermi restando la cooperazione con gli Uffici competenti del Contraente;

3. il costo e la responsabilità di siffatta gestione dei sinistri è, in ogni caso (punto 4 lettera a) oppure b), degli Assicuratori;

4. a) Sinistro ricentrante nell'importo stabilito a titolo di franchigia:

- gli Assicuratori, definito il sinistro con gli Assicurati, comunicano al Contraente i singoli pagamenti da effettuare di volta in volta;
- ogni pagamento deve essere effettuato dal Contraente quanto prima possibile e comunque non oltre i 60 (sessanta) giorni lavorativi successivi alla presentazione di quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente/assicurato/avente diritto;

4. b) Sinistro il cui ammontare presunto, previa valutazione di comune accordo tra il Contraente e gli Assicuratori, supera l'importo stabilito a titolo di franchigia:

- gli Assicuratori, definito il sinistro con gli Assicurati, provvedono all'integrale liquidazione, nei limiti e sottolimiti previsti dal presente contratto;
- dietro ricevimento del documento previsto all'art. 7 che precede, il Contraente provvede a corrispondere agli Assicuratori gli importi relativi alle franchigie di tali sinistri, entro 60 giorni dal ricevimento.

Nel caso di mancato rispetto di suddetti termini l'Assicuratore, fermo il diritto di agire giuridicamente, anteporrà alla liquidazione di tutti i successivi sinistri, il pagamento delle franchigie arretrate.

5. gli eventuali maggiori costi, dovuti a mancato e/o tardivo e/o parziale pagamento (per i sinistri di cui al punto 4 lettera a), oppure a indennizzi e/o spese non preventivamente approvati dagli Assicuratori, restano a totale carico del Contraente e non vengono conteggiati ai fini della franchigia;

6. quando il Contraente e gli Assicuratori hanno verificato che tutti i sinistri di un periodo assicurativo annuo sono definiti e pagati, se il fondo non è esaurito, il saldo rimanente viene incamerato dal Contraente in via definitiva;

7. Quando i pagamenti eseguiti esauriscono il fondo franchigia, il Contraente è tenuto ad implementare detto fondo per una corretta gestione dei sinistri.

La facoltà di recesso per sinistro è valevole anche in caso di sinistro che interessi la franchigia.

Resta, altresì, convenuto tra le Parti che, fermo restando quanto precede, le procedure dettagliate per la gestione dei sinistri potranno ulteriormente essere definite con apposito protocollo.

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

La franchigia non può essere opposta agli Assicurati, che saranno integralmente indennizzati, nei limiti e sottolimiti convenuti nel presente contratto, con le modalità di cui ai punti 4a) o 4b).

Il disposto del presente articolo si applica anche in caso di provvedimento emesso da parte dell'Autorità Competente.

Art. 32 – 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;
- trasmutazioni del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività dell'Amministrazione;
- guerra o insurrezioni, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. 19 "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 o allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- partecipazione ad imprese temerarie, salvo che non si tratti di atti compiuti dall'assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- guida di mezzi di locomozione aerei;
- guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato;

Art. 33 – 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.

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado e durata della inabilità temporanea nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 21 – "Liquidazione del danno", le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti gli indennizzi, 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 Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede nel Comune ove ha sede l'Ente Sanitario contraente.

Ciascuna parte sostiene le spese e remunera 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 vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per la Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

È data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso, entro 2 anni, in tal caso il collegio può disporre la concessione di un anticipo secondo quanto stabilito dal precedente Art. 30 – "Modalità per la liquidazione dell'indennità".

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

Art. 34 – Limiti di età e persone non assicurabili

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 anni di età.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o da infermità mentali e simili. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 35 – Condizioni valide per tutte le Categorie

a) Le indennità previste agli Artt. 25 – “Diaria da ricovero”, 26 – “Diaria da gesso” e 27 – “Rimborso spese mediche”, se spettanti contemporaneamente, non sono cumulabili tra loro, in tal caso infatti l'Assicurato avrà diritto ad una sola, la più favorevole per lo stesso, delle indennità previste.

b) Si conviene tra le Parti che, in caso di sinistro indennizzabile a termini della presente polizza, le garanzie prestate dalla stessa opereranno, esclusivamente ed alternativamente:

- a primo rischio, se la copertura INAIL non è obbligatoria o prevista o operante ed a condizione che non vi sia responsabilità del Contraente;
- a secondo rischio alla sola copertura infortuni obbligatoria per legge, a condizione che non vi sia responsabilità del Contraente;
- in eccesso ad ogni altra copertura, nel caso in cui vi fosse responsabilità del Contraente.

Art. 36 – 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 eventuale ripartizione del rischio fra le Società coassicuratrici.

La Società

Il Contraente

Categorie assicurate e capitali assicurati (Validi per ogni Ente Sanitario):

1) Direttori (Generale, Amministrativo, Sanitario ed altri):

Morte Euro 500.000,00
Invalidità Permanente Euro 750.000,00
Inabilità temporanea Euro 0,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

2) Dipendenti e i componenti (non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali dell'Ente Sanitario, e altri soggetti alla guida di veicoli (a motore e non) di proprietà o in uso all'Ente Sanitario:

Morte Euro 250.000,00
Invalidità Permanente Euro 350.000,00
Inabilità temporanea Euro 0,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

3) Dipendenti e i componenti (non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali dell'Ente Sanitario, e altri soggetti alla guida di veicoli privati (a motore e non) per ragioni di servizio:

Morte Euro 250.000,00
Invalidità Permanente Euro 350.000,00
Inabilità temporanea Euro 0,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

4) Consulenti, revisori dei conti, componenti di commissioni concorsi e personale di altre Aziende/Enti/Strutture Sanitarie:

Morte Euro 250.000,00
Invalidità Permanente Euro 350.000,00
Inabilità temporanea Euro 0,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

5) Soggetti che frequentano l'Ente Sanitario per tirocinio, formazione, aggiornamento, perfezionamento, specializzazione:

Morte Euro 150.000,00
Invalidità Permanente Euro 200.000,00
Inabilità temporanea Euro 0,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

6) Partecipanti e i fruitori dei corsi, servizi, e attività promossi, organizzati e/o gestiti dall'Ente Sanitario con fini educativi, riabilitativi, di inserimento sociale, ricreativi, sportivi, culturali, di aggregazione, nonché alle comunità terapeutiche e/o ai soggiorni climatici promossi, organizzati e/o gestiti dall'Ente Sanitario:

Morte Euro 150.000,00
Invalidità Permanente Euro 150.000,00
Inabilità temporanea Euro 0,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

7) Donatori di sangue e suoi componenti:

Morte Euro 300.000,00
Invalidità Permanente Euro 300.000,00
Inabilità temporanea Euro 33,00
Rimb. Spese mediche Euro 6.000,00

8) Minori ed altri soggetti affidati all'Ente Sanitario e/o tramite esso a famiglie, direttamente dall'Autorità preposta o nell'ambito di iniziative coordinate con altre strutture pubbliche o di assistenza e/o ad esse assimilabili:

Morte Euro 150.000,00
Invalidità Permanente Euro 200.000,00
Inabilità temporanea Euro 0,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

9) Soggetti che prestano volontariamente la loro opera nell'ambito delle strutture dell'Ente Sanitario in accordo con esso e a favore degli utenti dello stesso:

Morte Euro 250.000,00
Invalidità Permanente Euro 350.000,00
Inabilità temporanea Euro 0,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

10.1) Medici specialisti ambulatoriali e veterinari specialisti ambulatoriali:

Morte Euro 1.033.000,00
Invalidità Permanente Euro 1.033.000,00
Inabilità temporanea Euro 155,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

10.2) Medici addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza sanitaria e/o 118:

Morte Euro 775.000,00
Invalidità Permanente Euro 775.000,00
Inabilità temporanea Euro 52,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

10.3) Medici della medicina dei servizi:

Morte Euro 775.000,00
Invalidità Permanente Euro 775.000,00
Inabilità temporanea Euro 52,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

10.4) Psicologi, biologi, chimici ambulatoriali:

Morte Euro 1.033.000,00
Invalidità Permanente Euro 1.033.000,00
Inabilità temporanea Euro 155,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

11) Dipendenti dell'Ente Sanitario in trasferta e/o in consulenza (anche fuori orario di servizio) presso altre Aziende/Enti/Strutture Sanitarie in virtù di convenzioni tra esse e l'Ente Sanitario di appartenenza:

Morte Euro 250.000,00
Invalidità Permanente Euro 350.000,00
Inabilità temporanea Euro 0,00
Rimb. Spese mediche Euro 0,00

Capitolato di Polizza di Assicurazione – Infortuni Cumulativa

12) Dipendenti dell'Ente Sanitario che svolgono le attività di cassiere e/o di riscuotitore:

Morte Euro 250.000,00

Invalidità Permanente Euro **250.000,00**

Inabilità temporanea Euro 0,00

Rimb. Spese mediche Euro 0,00

13) Dipendenti dell'Ente Sanitario non dirigenti di cui al Comparto del Personale del Servizio Sanitario Nazionale addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza sanitaria e/o 118:

Morte Euro 250.000,00

Invalidità Permanente Euro 350.000,00

Inabilità temporanea Euro 0,00

Rimb. Spese mediche Euro 0,00

La Società

Il Contraente
