

YOUR INSURANCE DOCUMENTS

SECURING YOUR PEACE OF MIND



MODULO

Codice Ramo	Codice Coverholder	Codice Lloyd's Broker	Binder
05	104512 PXB	312 / BDB	13 MAG 2014 / 33 - B0312970200514

Il presente Modulo forma parte integrante del
Certificato no:

A2PEU00230F

Tipo di assicurazione:

Infortuni Cumulativa

Nome e indirizzo dell'Assicurato o Contraente:

Azienda Ospedaliero-Universitaria Citta' della Salute e della Scienza di Torino

Corso Bramante, 88/90

Torino

TO

10126

Italia

Codice Fiscale:

10771180014

Durata dell'Assicurazione

dalle ore 24:00 del **31 Luglio 2014**
alle ore 24:00 del **30 Giugno 2015**

Data della Proposta che forma parte integrante
del presente Contratto:

Proposta non richiesta

Condizioni Generali e Particolari come da
seguenti stampati allegati:

Capitolato

Rischi e importi assicurati, estensione territoriale e Condizioni Speciali (che prevalgono sulle Condizioni Particolari e Generali di cui sopra):
come da Capitolato

CIG 5645559EA7

Si precisa che il contratto ha durata di 47 mesi (dalle ore 24.00 del 31/07/2014 alle ore 24.00 del 30/06/2018) ed e' suddiviso come segue:

- Rata n. 1, Premio Lordo per il periodo 31/07/2014 - 30/06/2014 pari ad € 126.415,44
- Rata n. 2, Premio Lordo per il periodo 30/06/2015 - 30/06/2016 pari ad € 137.907,75
- Rata n. 3, Premio Lordo per il periodo 30/06/2016 - 30/06/2017 pari ad € 137.907,75
- Rata n. 4, Premio Lordo per il periodo 30/06/2017 - 30/06/2018 pari ad € 137.907,75

Il presente certificato riporta l'incasso della prima rata.

Corrispondente Lloyd's: Cincotti & Partners International Insurance Brokers S.r.l.

Sezione Binder :

C - (KG) - PMBA14GAPU

Quota Lloyd's: 100%

Numero e percentuale dei Sindacati dei Lloyd's che hanno assunto il rischio per la quota Lloyd's sopra indicata:

KLN 510	100%				
					100%

Premio (EURO):

Rischio	Premio Netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Totale
5,200 Infortuni Cumulativa	123332,14	0,00	123332,14	3083,30	126415,44
TOTALE COMPLESSIVO	123332,14	0,00	123332,14	3083,30	126415,44

Rata dovuta al	Premio Netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Totale
31 Luglio 2014	123332,14	0,00	123332,14	3083,30	126415,44

MODULO

Codice Ramo	Codice Coverholder	Codice Lloyd's Broker	Binder
05	104512 PXB	312 / BDB	13 MAG 2014 / 33 - B0312970200514

Il presente Modulo forma parte integrante del
Certificato no:

A2PEU00230F

Tipo di assicurazione:

Infortuni Cumulativa


Il premio deve essere pagato per mezzo di bonifico bancario sul conto corrente: IBAN IT64T0200809434000500015707 intestato ai Lloyd's. Tale conto è dedicato in via non esclusiva alle commesse pubbliche in ottemperanza alle disposizioni di cui alla legge 13 agosto 2010 n. 136. Si prega di inserire nella causale di pagamento il CIG e il numero di Polizza.

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il Contraente

Il Coverholder dei Lloyd's incaricato alla gestione del presente Certificato è: BDB Limited

Il pagamento del Premio per l'importo di **è stato fatto in mie mani in**
data..... **L'Incaricato**.....


NICOLETTA ANDREOTTI
Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's
in nome e per conto dei membri sottoscrittori
che assumono il rischio di cui al presente contratto

28 Luglio 2014

Data

.....
L'Assicurato o il Contraente:

POLIZZA INFORTUNI

Scadenza rate annuali: 30.06.di ciascuna annualità

Premio Annuo Imponibile: € 134.544,15

Broker ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 e regolamento ISVAP n. 5/2006:

Per accettazione (timbro e firma).....

Sezione 1 - Norme che regolano il contratto in generale

ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo, nonché la stessa cessazione dell' assicurazione (artt.1892, 1893, 1894 C.C.).

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti, o non accettati dalla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo, nonché la stessa cessazione dell' assicurazione (art. 1898 C.C.).

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente (art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Si conviene tuttavia che l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni e gli annullamenti per sinistro che avessero colpito le polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

ART. 1.2 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

Si conviene tra le Parti che, qualora si rivelasse che per gli stessi enti oggetto del presente contratto esistono o venissero in seguito stipulate altre polizze direttamente dal Contraente, dall'Assicurato o da terzi che ne abbiano avuto interesse, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti Assicurativi, fermo per la Società ogni altro diritto derivante a norma di legge (art. 1910 C.C.).

ART. 1.3 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è stipulata con effetto dalle ore 24.00 del 31.07.2014 e scadenza alle ore 24.00 del 30.06.2018.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarci con almeno 180 giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

L'assicurazione non è soggetta a tacito rinnovo pertanto alla sua naturale scadenza sarà priva di effetto. Ove ne ricorrano le condizioni previste dalla legge, il Contraente potrà richiedere, in accordo tra le parti, il rinnovo del contratto per una durata massima pari a quella originaria inoltrando richiesta scritta alla Società entro tre mesi antecedenti la scadenza.

E' inoltre facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

ART. 1.4 - 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 di una mora di 60 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro i 60 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 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme 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, anche per il tramite del broker.

Per regolazioni e/o variazioni che comportino un pagamento di premio, il Contraente potrà pagare tale premio, nei modi di cui sopra, entro 60 giorni dal ricevimento delle relative appendici, salvo termini a lui più favorevoli previsti altrove in polizza.

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

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
- b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa."

ART. 1.5 - Regolazione del premio

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

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non

ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di congruaggio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più congruaggio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i 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. 1.6 - RECESSO A SEGUITO DI 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. Il computo dei 180 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata 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.

Il Contraente può recedere dal contratto con le stesse modalità e termini di cui ai commi precedenti, fermo il diritto al rimborso dei ratei di premio pagati e non goduti al netto delle imposte, limitatamente tuttavia ai rischi che non si sono nel frattempo realizzati.

Il recesso anticipato per sinistro da parte della Società relativo anche ad una singola Contraente determinerà la risoluzione di tutti i contratti stipulati in unico lotto dalle altre Contraenti con la medesima Società. E' fatto salvo il patto contrario intervenuto con le singole Contraenti.

ART. 1.7 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 1.8 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato possono essere fatte, anche per il tramite del Broker, a mezzo raccomandata, raccomandata a mano, telex, telegramma, telefax, PEC o altro mezzo idoneo atto a comprovare la data ed il contenuto.

ART. 1.9 - ONERI FISCALI

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

ART. 1.10 - FORO COMPETENTE

Per la soluzione di ogni controversia dipendente da questo contratto, le parti eleggono come foro competente quello del luogo dove ha sede il Contraente.

ART. 1.11 - 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. 1.12 – ISPEZIONI E VERIFICHE DELLA SOCIETA'

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 benestare dell'Assicurato.

ART. 1.13 - ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

ART. 1.14 - TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'Assicurato e dalla Società.

In caso di sinistro, spetta in particolare all'Assicurato compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. I Terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che per il tramite del Contraente.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per i Terzi interessati, restando esclusa ogni loro facoltà di impugnativa.

L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, ove pertinente, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato o dei Terzi interessati in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

ART. 1.15 - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, alle scadenze annuali, si impegna a fornire al Contraente, preferibilmente in formato elettronico Microsoft Excel®, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo riservato);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

ART. 1.16 - COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore. La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

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

ART. 1.17 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza al broker incaricato Marsh SpA, ai sensi del D. Lgs. 209/2005.

La Società riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo.

Per accettazione (timbro e firma).....

Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

ART. 1.18 – OBBLIGHI INERENTI LA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI IN BASE ALLA L.N°. 136/2010

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

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

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

La Società 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. 1.19 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.20 - TRATTAMENTO DEI DATI

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

ART. 1.21 – CLAUSOLE VESSATORIE

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società offerente.

Per accettazione (timbro e firma).....

Sezione 2 - Definizioni e soggetti assicurati dalla Polizza infortuni

ART. 2.1 - DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione
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 o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione
Azienda:	Città della Salute e della Scienza
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. Resta inteso che avrà valore la data di invio risultante dai documenti provanti l'avvenuta comunicazione
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione, pertanto l'Azienda Città della Salute e della Scienza.
Cose assicurate:	Beni oggetto di copertura assicurativa; sono detti anche beni e enti assicurati.
Franchigia:	La parte di danno indennizzabile espressa in valore fisso che per ciascun sinistro resta a carico dell'assicurato.
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali

Per accettazione (timbro e firma).....

	dichiarate
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità permanente:	la diminuita capacità 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 privata, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Massimale per sinistro o limite di indennizzo:	La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Primo rischio assoluto:	La forma assicurativa che copre quanto assicurato sino a concorrenza della somma assicurata, senza applicazione della regola proporzionale di cui all'art.1907 c.c.
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura 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 dalla sede dove viene svolta la attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici.
Scoperto:	La parte di danno indennizzabile espressa in percentuale che per ciascun sinistro resta a carico dell'assicurato.

Per accettazione (timbro e firma).....

Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	L'Impresa di Assicurazioninonché le coassicuratrici.
Terzi interessati:	Le altre persone fisiche o giuridiche titolari di un interesse giuridicamente rilevante sui beni oggetto dell'assicurazione.

ART. 2.2 - SOGGETTI ASSICURATI

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso. Per le categorie c), d), e), f), g), h), l) deve intendersi compreso il rischio itinere - vale anche durante il percorso degli assicurati dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa -.

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.

E' pure esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

Sezione 3 - Norme che regolano la polizza infortuni

ART. 3.1 - OGGETTO DELLA COPERTURA

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio *in itinere*, - dove richiamato e dove previsto dai CCNL - che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente o una inabilità temporanea.

L'assicurazione vale altresì per tutte le garanzie di cui ai seguenti articoli della presente sezione ad eccezione che per le garanzie di cui agli articoli definiti "Diaria per ricovero" e "Diaria per inabilità temporanea" che si intendono operanti solo se espressamente richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 5.

E' considerata "morte" anche lo stato dichiarato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- c) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- d) ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- e) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- 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, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- m) gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;
- n) gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- o) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di 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 regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- p) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- q) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;

- r) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici. Tale estensione di garanzia non si applica ai soggetti Assicurati durante lo svolgimento delle proprie mansioni professionali per conto della Contraente, ed in ogni caso non si applica a tutti i soggetti Assicurati, per gli infortuni 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;
- v) le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.
- w) gli infortuni subiti dalle persone affette da diabete a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa. In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo a sensi dell'Art. 4.2 della sezione 4.
- x) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza alla guida di veicoli.

ART. 3.2 – DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA (OPERANTE SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 5, fino al limite di 300 giorni, per ogni giorno di inabilità. Per le categorie Mediche varranno comunque i disposti dei rispettivi CCNL.

ART. 3.3 – RISCHIO AERONAUTICO

A parziale deroga del disposto dell'articolo definito "Esclusioni", 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, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, 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. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società di lavoro aereo e 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:

- ü € 2.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- ü € 2.000.000,00 per il caso morte
- ü € 500,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta per persona e di:
- ü € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente

ü € 5.000.000,00 per il caso di morte

ü € 5.000,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta 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.

Sono equiparati agli "Infortuni Aeronautici" anche gli infortuni derivanti da dirottamenti, sabotaggi, atti di pirateria ed attentati.

ART. 3.4 – RISCHIO GUERRA

A parziale deroga del disposto dell'articolo definito "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.

ART. 3.5 – MALATTIE CONTRATTE IN SERVIZIO E PER CAUSE DI SERVIZIO

Limitatamente alla categoria "Volontari" l'assicurazione viene estesa alle malattie riconosciute come professionali e/o contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente, causata da malattia professionale contratta in servizio e per cause di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

ART. 3.6 – 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.

ART. 3.7 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- a) in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto disposto nell'articolo definito "Rischio Guerra";
- b) in conseguenza di partecipazione ad imprese temerarie salvo, in quest'ultimo caso, che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- d) in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- e) in conseguenza di partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato;
- g) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l' assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- h) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo ove diversamente disposto;
- i) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- j) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- k) da infarti.

ART. 3.8 – PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 80 (ottanta) 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.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Per gli assicurati della categoria "Volontari", il limite di età massimo è elevato a 85 anni purchè venga presentato un certificato di buona salute al compimento dell'ottantesimo anno.

ART. 3.9 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L' assicurazione vale in tutto il mondo intero. L' inabilità temporanea, al di fuori dell' Europa o degli Stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa o negli Stati sopra menzionati

Sezione 4 - Norme che regolano l'operatività della polizza infortuni

ART. 4.1 – DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

La denuncia dell'infortunio dovrà 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 al broker o 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.

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 telefax e/o telegramma.

ART. 4.2 – 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.

1. Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

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.

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 agli aventi diritto l'importo liquidato o offerto.

2. 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, nonché a seguito di qualsiasi altra causa, purché non esclusa dall'Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio qualora possa ragionevolmente desumersi che la morte sia avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di 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 polizza.

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.

3. Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche 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 d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Per quanto riguarda le franchigie relativamente alle categorie Mediche varranno comunque i disposti dei rispettivi CCNL.

4. Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto: I) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni; II) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni. L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria da ricovero.

Per le singole categorie si intenderanno applicabili le franchigie previste dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

ART. 4.3 – CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'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 remunererà 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. 4.4 – 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. 4.5 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI SURROGA

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

ART. 4.6 - ANTICIPO INDENNIZZO

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, 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 90 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.

ART. 4.7 - BENEFICIARIO

L' Assicurato o gli eredi, con intervento in quietanza dell' Ente.

Per accettazione (timbro e firma).....

Sezione 5 - Rischi assicurati, categorie e capitali assicurati della polizza infortuni

ART. 5.1 – RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

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

cat. a) Conducenti mezzi Ente

Infortuni subiti dai conducenti e dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i veicoli di proprietà o in uso all'Ente - compreso a titolo esemplificativo e non limitativo, le biciclette -. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli automezzi. La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (Titolo X del D.Lgs. 209/2005).

Esclusivamente per i Medici prelevatori della Banca sangue (per l'ex AOU S. Giovanni Battista) che possono utilizzare n 5.mezzi identificati, le cui targhe potranno essere comunicate su richiesta della Compagnia, deve essere prestata anche IT € 140,00

Somme Assicurate

Morte: € 200.000,00

Invalidità permanente: € 250.000,00

Diaria da inabilità temporanea: non prevista salvo precisazione per i medici prelevatori della Banca sangue

cat. b) Personale in missione - Dipendenti uso mezzo proprio

La garanzia deve intendersi prestata, in conformità agli obblighi derivanti al Contraente ai sensi di legge nonché dalle disposizioni organizzative Delibere e Determine anche di fonte Aziendale, per garantire il personale per gli infortuni subiti durante lo svolgimento della missione o adempimenti di servizio fuori ufficio, qualora sia autorizzato l'utilizzo di mezzi di trasporto, purché non intestati al PRA a nome del Contraente (vedi categoria "Conducenti mezzi Ente"), quali autoveicoli e motoveicoli, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative. L'assicurazione garantisce anche gli infortuni alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto. Devono intendersi compresi i Medici specializzandi

La garanzia deve intendersi estesa alla forzata sosta e alla ripresa della marcia.

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (Titolo X del D.Lgs. 209/2005).

Somme Assicurate

Morte: € 200.000,00

Invalidità permanente:	€ 250.000,00
Diaria da inabilità temporanea:	€ non prevista

cat. c) Medici specialisti ambulatoriali, psicologi, biologi e chimici in convenzione con la Contraente

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.

Somme Assicurate

Morte:	€ 1.033.000,00
Invalidità permanente:	€ 1.033.000,00
Diaria da inabilità temporanea:	€ 155,00

cat. d) Medici addetti al servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) e del servizio di Guardia Turistica

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.

Somme Assicurate

Morte:	€ 775.000,00
Invalidità permanente:	€ 775.000,00
Diaria da inabilità temporanea:	€ 52,00

cat. e) Medici addetti alla medicina dei servizi territoriali

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.

Somme Assicurate

Morte:	€ 775.000,00
Invalidità permanente:	€ 775.000,00
Diaria da inabilità temporanea:	€ 62,00

cat. f) Donatori di sangue

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

Per accettazione (timbro e firma).....

La garanzia è prestata anche per le conseguenze dovute a prelievi di plasma con plasmateresi, prelievi di piastrine con piastrinoteresi, autodonazioni di ricoverati e qualunque altro tipo di donazione.

Somme Assicurate

Morte: € 260.000,00

Invalidità permanente: € 260.000,00

Diaria da inabilità temporanea: € 55,00

cat. g) Personale convenzionato

Dipendenti convenzionati (Medici e non) che prestano attività di consulenza e non presso altri Enti

Rischio itinere – La garanzia deve intendersi prestata durante il percorso degli Assicurati dall’abitazione e/o sede al luogo di lavoro e viceversa.

Somme Assicurate

Morte: € 516.456,89

Invalidità permanente: € 516.456,89

Diaria da inabilità temporanea: € 77,46

Cat. h) Volontari

L’Assicurazione vale per gli infortuni che i volontari subiscano durante, in occasione ed in conseguenza dello svolgimento dell’attività di volontariato presso e/o per conto della Contraente.

Relativamente all’ex AOU S.G. Battista: devono intendersi compresi i volontari che svolgono attività presso la Casa di Riposo IRV

Somme Assicurate

Morte: € 200.000,00

Invalidità permanente: € 250.000,00

Cat. i) Infortuni Aeronautici Medici dipendenti e non, anche specializzandi, facenti parte di equipe per gli espianti di organi. Personale dipendente facente parte dell’equipe per il trattamento ECMO

L’assicurazione, in deroga all’articolo definito “Rischio Aeronautico”, vale per gli infortuni subiti dai dipendenti o dai soggetti che, a qualsiasi titolo, svolgono funzioni nell’ambito dell’attività istituzionale finalizzata al trapianto d’organi e/o elisoccorso, che siano autorizzati dalla Contraente a compiere trasferimenti in qualità di passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti per l’effettuazione di attività di trapianto e/o espianto d’organi e/o elisoccorso.

Per accettazione (timbro e firma).....

Somme Assicurate

Morte: € 516.456,89

Invalidità permanente: € 516.456,89

Diaria da inabilità temporanea: € 77,46

Cat. I) Psicologi, biologi, chimici ambulatoriali

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.

Somme Assicurate

Morte: € 1.033.000,00

Invalidità permanente: € 1.033.000,00

Diaria da inabilità temporanea: € 155,00

ART. 5.2 – CALCOLO DEL PREMIO

Il premio, finito di accessori e imposte, risulta così determinato

Azienda Ospedaliero-Universitaria CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA

Per accettazione (timbro e firma).....

Categoria	Descrizione	Morte	Invalità permanente	Diaria per Inabilità temporanea	Parametro	x	Premio Imponibile per parametro	x	Premio Imponibile Complessivo
a	Conducenti mezzi Ente Medici prelevatori di sangue	€ 200.000,00	€ 250.000,00	n.p.	n° 80 veicoli	X	€ 126,00	x	€ 10.080,00
					n° 5 veicoli	x	€ 126,00		€ 630,00
b	Dipendenti uso mezzo proprio	€ 200.000,00	€ 250.000,00	n.p.	n° 15.000 Km annuali	x	€ 0,0084	X	€ 126,00
					n. 1.000 trasferte		€ 0,1260		€ 126,00
c	Medici specialisti ambulatoriali, psicologi, biologi e chimici	€ 1.033.000,00	€ 1.033.000,00	€ 155,00	n° 12 assicurati	x	€ 1.041,18	x	€ 12.494,16
d	Medici addetti al servizio di continuità assistenziale e del servizio di guardia turistica ed emergenza territoriale (categoria d + categoria e)	€ 775.000,00	€ 775.000,00	€ 52,00	n° 78 assicurati	x	€ 781,20	x	€ 60.933,60
e	Medici addetti alla medicina dei servizi territoriali	€ 775.000,00	€ 775.000,00	€ 52,00	n° 0 assicurati	x	€ 781,20	x	€ 0,00

Per accettazione (timbro e firma).....

Categoria	Descrizione	Morte	Invalità permanente	Diaria per Inabilità temporanea	Parametro	x	Premio Imponibile per parametro	x	Premio Imponibile Complessivo
f	Donatori di sangue	€ 260.000,00	€ 260.000,00	€ 55,00	n° 9.000 donazioni	x	€ 0,2329600	x	€ 2.096,64
g	Personale convenzionato	€ 516.456,89	€ 516.456,89	€ 77,46	n° km. 18.000	x	€ 0,0257083	x	€ 462,75
h	Volontari	€ 200.000,00	€ 250.000,00	€	n° 150 assicurati	x	€ 201,60	x	€ 30.240,00
i	Infortuni Aeronautici	€ 516.456,89	€ 516.456,89	€ 77,46	n°20 voli	x	€ 867,65	x	€ 17.355,00
l	Psicologi, biologi, chimici ambulatoriali	€ 1.033.913,79	€ 1.033.913,79	€ 155,00	n° 0 assicurati	x	€ 1.041,18	x	€ 0,00
							TOTALE		€ 134.544,15

Il Contraente

Per accettazione (timbro e firma).....

CLAUSOLA EUROPEA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE

Salvo che sia diversamente specificato nel testo di polizza, si conviene che il presente contratto d'assicurazione sarà regolato esclusivamente dalla legge e dagli usi italiani, e che qualsiasi controversia derivante da, inerente a, o connessa al presente contratto d'assicurazione sarà esclusivamente soggetta alla giurisdizione del competente Foro in Italia.

Pertanto i Membri Sottoscrittori dei Lloyd's che hanno assunto il rischio di cui al presente contratto concordano che tutte le citazioni, gli avvisi o i procedimenti che debbano essere loro notificati al fine di promuovere azioni legali nei loro confronti in relazione al presente contratto d'assicurazione saranno correttamente notificati se a loro indirizzati e consegnati loro presso

Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano

che, in questo caso, ha il potere di accettare la notifica per loro conto.

I Membri Sottoscrittori nel fornire tale potere non rinunciano ad avvalersi di ogni speciale termine o periodo di tempo al quale abbiano diritto ai fini della notifica di tali citazioni, avvisi o procedimenti in virtù della loro residenza o domicilio in Inghilterra.

RECLAMI

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.

Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Ufficio Italiano di Lloyd's
All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano
Fax: 02 63788850
E-mail: servizioclienti@lloyds.com

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'ISVAP e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000; complaint.info@financial-ombudsman.org.uk.

La procedura di reclamo fa salvo il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

INFORMATIVA

AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N.196

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (di seguito denominato "Codice"), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento

- a) è diretto all'espletamento da parte degli assicuratori dei Lloyd's of London (di seguito denominati "Lloyd's") delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui i Lloyd's sono autorizzati ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte dei Lloyd's delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi dei Lloyd's stessi;

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento

- a) è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità tutela;
- b) È effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) È svolto dall'organizzazione del titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso i Lloyd's che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, subagenti, broker).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- b) obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica Lloyd's;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici. Inoltre i dati potranno essere comunicati ad altri enti in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio del Rappresentante Generale, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email servizioclienti@lloyds.com, ai sensi dell'art 7 del Codice.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della modalità e delle finalità del trattamento; di venire a conoscenza della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; di ottenere gli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2 del Codice; di essere messo a conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, o di incaricati; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della Legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso. L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere esercitato secondo quanto stabilito dall'art. 8 del Codice

7. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolari del trattamento in ambito italiano sono i Lloyd's nella persona del loro Rappresentante Generale per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra,

ed ai sensi dell'art. 23 e 26 del Codice, Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

- a) il trattamento dei dati "sensibili" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati sensibili oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute;
- b) la comunicazione dei dati sensibili alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge;

Luogo

L'interessato

Data

Nome e Cognome leggibili

Firma

- c) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

Luogo

L'interessato

Data

Nome e Cognome leggibili

Firma

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati oggetto di trattamento e come essi vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ricorrendo i motivi di cui all'art. 7 del Codice richiamati nel punto 6 dell'informativa.

¹ Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte dei Lloyd's di ulteriori dati sensibili, Le sarà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

