

1031

Polizza INFORTUNI

1 003 00000 00107723639

AGENZIA ALESSANDRIA						NUMERO ARCHIVIO 00107723639					
COD. AG.	COD. SUBAG.	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICE (TIPO E NUMERO)
1/2041	220	77	113277703		1031	16	2015	1	0	0	
EFFETTO POLIZZA		SCADENZA POLIZZA		SCADENZA PRIMA RATA		CODICE RATEAZIONE		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO	
31/03/2015		31/12/2019		31/12/2015		1 ANNUALE		31/03/2015			
CONVENZIONE			COD. CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE			CODICE PAG.		
						87354			921		
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA	
A.S.L. AL - VIALE GIOVANNI GIOLITTI, 2 - 15033 CASALE MONFERRATO AL										02190140067	

PREMI

PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO PRIMA RATA	PROV.RISCHIO
31.809,12	4.771,37	36.580,49	914,51	* 37.495,00	AL
PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE	COMBINAZIONE
42.412,30	6.361,85	48.774,15	1.219,35	49.993,50	
COASSICURAZIONE DELEGA	QUOTA UnipolSai Assicurazioni	CODICE	QUOTA %	CODICE	QUOTA %
UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol	50	35	25	35	25
DELEGATARIA	COD.DELEG.	NUMERO POLIZZA DELEGATARIA			
DELEGA ALTRUI					

RIEPILOGO DELLE PERSONE - GARANZIE PRESTATE - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE (AD USO AMMINISTRATIVO)

GRUPPO 1

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
NUMERO PERSONE	14			
INFORTUNI: MORTE		TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
		3,27	4.969.400,00	16.258,05
INVALIDITÀ PERMANENTE		FRANCHIGIA % (2)		
		4,39	5.694.400,00	25.037,26
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
		14,61	445,00	6.503,22
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)			2.600,00	975,63
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG.		
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

GRUPPO 2

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
NUMERO PERSONE				
INFORTUNI: MORTE		TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
INVALIDITÀ PERMANENTE		FRANCHIGIA % (2)		
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG.		
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

48.774,16

(1) DA INDICARE SOLO PER POLIZZE RAPPORTATE ALLE RETRIBUZIONI

(2) SE INDICATE SI INTENDONO IN DEROGA A QUELLE PREVISTE DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI SE OPERANTI

1031

Allegato a polizza INFORTUNI

NUMERO POLIZZA	1/2041/77/113277703		
AGENZIA	ALESSANDRIA	CODICE SUBAGENZIA	220

Contraente/Assicurato A.S.L. AL
Domicilio VIALE GIOVANNI GIOLITTI, 2 - 15033 CASALE MONFERRATO - AL
Codice Fiscale 02190140067

INTEGRAZIONI E/O MODIFICHE AI CONTENUTI DI POLIZZA

Si da e si prende atto che la presente polizza è regolata esclusivamente dalle norme dattiloscritte riportate nel capitolato speciale allegato, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della presente Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

L'Impresa Assicuratrice UnipolSai Assicurazioni SpA (in breve "Assicuratore", assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche. L'Assicuratore si impegna a dare immediata comunicazione all'Ente ed alla prefettura-ufficio territorialmente competente del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Fermo il resto.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
(un procuratore)

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Uniteam s.n.c.

Il Contraente

Nota Informativa

Rami Infortuni e Malattia

Premessa

La nota informativa, redatta in conformità alle disposizioni contenute nell'art. 185 del D.Lgs. N. 209/05, Codice delle assicurazioni private, e a quelle impartite dall'ISVAP, è consegnata al Cliente prima della sottoscrizione del contratto di cui non costituisce parte integrante. Per maggiore chiarezza i contenuti che prevedono decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono stampati su fondo colorato, in questo modo evidenziato, e sono da leggere con particolare attenzione.

1. Informazioni relative alla Società

Le assicurazioni di cui alla presente polizza di riferimento saranno prestate da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., con sede legale e Direzione Generale in via Stalingrado 45, 40128 Bologna (Italia), tel. 051.5077111 - fax 051.375349, sito internet: www.unipolsai.it, Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.P.A. La Società è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento Isvap n. 2542 del 3/8/2007, pubblicato sulla G.U. n. 195 del 23/08/2007.

2. Informazioni relative al contratto

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali, per le quali si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione facenti parte della polizza, che il Cliente è invitato a leggere attentamente prima della sottoscrizione, richiedendo alle agenzie tutti i chiarimenti necessari.

2.1 Legislazione applicabile

Il contratto sarà concluso con UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e ad esso sarà applicata la legge italiana.

Ai sensi dell'art. 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, per le assicurazioni non obbligatorie è facoltà delle Parti scegliere una legislazione diversa, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative vigenti in Italia.

Anche per tali assicurazioni UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol propone comunque di scegliere la legislazione italiana.

Per le assicurazioni obbligatorie prevalgono in ogni caso le disposizioni specifiche dettate dalla legislazione italiana.

2.2 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Clienti** - Via della Unione Europea n. 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Tel.: 02.55604027 (da lunedì a giovedì dalle ore 9,00 alle ore 12,30; venerdì dalle 9,00 alle 12,00), Fax: 02.51815353, E-mail: reclami@unipolsai.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.421331.

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Compagnia www.unipolsai.it

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui il Cliente e UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'ISVAP si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

2.3 Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale Decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi e di risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali Organismi, alla sede legale di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Ufficio riscontro, Via Stalingrado, 45, 40128 Bologna, fax n. 051.5077689. Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio, cioè dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

2.4 Durata del contratto

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle Parti entro il termine indicato in polizza, si rinnova tacitamente per una ulteriore annualità e così successivamente di anno in anno. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, del Codice Civile. Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, non viene previsto il tacito rinnovo del contratto. Pertanto la garanzia cesserà alla scadenza pattuita senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, del Codice Civile.

3. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale de diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art.li 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

4. Periodi di carenza contrattuale

Per le polizze Infortuni la garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento della prima rata di premio (ex art. 1901 del Codice Civile).

Per le polizze Malattia la garanzia decorre dalle ore 24 del

- giorno di pagamento della prima rata di premio, per gli infortuni;

- 30° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le malattie;

- 30° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per l'aborto terapeutico se effettuato nel secondo trimestre di gravidanza e per le malattie dipendenti da gravidanza (compreso l'aborto spontaneo), soltanto se quest'ultima ha avuto inizio in un momento successivo al giorno del pagamento del premio;

- 180° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le conseguenze di stati patologici noti al Contraente e/o all'Assicurato, ovvero diagnosticati, ovvero sottoposti ad accertamenti, ovvero curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato ed accettati dalla Società;

- 180° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione del contratto, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data;

- 300° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per il parto e per le malattie dipendenti da puerperio.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra riguardante gli stessi assicurati ed identiche garanzie, i termini di cui sopra operano dalle ore 24 del giorno in cui essa si perfeziona, solo e limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste; resta ferma la decorrenza dalle ore 24 del giorno di perfezionamento della polizza sostituita, per le prestazioni da questa già previste.

In caso di variazione intervenuta nel corso del contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate. Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, l'assicurazione vale per le Invalidità Permanenti conseguenti ad una malattia che si sia manifestata dopo 90 giorni dal momento in cui decorre l'assicurazione.

5. Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Conforme agli allegati 7A e 7B Regolamento ISVAP 5/2006

NUMERO POLIZZA
1/2041/77/113277703

**COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO
CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI (Mod. 7A)**

La preghiamo di leggere con attenzione il presente documento e di restituircene una copia da Lei sottoscritta per presa visione.

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo qualora i dati dell'intermediario si siano modificati, consegnano al contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c) sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;

- d) informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e) consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 - 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 - 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 - 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto) nel rispetto delle disposizioni legislative riportanti le indicazioni restrittive circa l'utilizzo del denaro contante stesso, nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

Conforme agli allegati 7A e 7B Regolamento ISVAP 5/2006

NUMERO POLIZZA

1/2041/77/113277703

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO (Mod. 7B)**PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente**

Dati dell'intermediario per cui viene svolta l'attività		
Agenzia di	ALESSANDRIA	
Ragione Sociale	UNITEAM SNC	
Iscrizione nel registro	Sezione	A - società agente
	N. Iscrizione	A000194850
	Data di Iscrizione	13/07/2007
Indirizzo sede legale	VIA EMILIO FAA' DI BRUNO 33 ALESSANDRIA AL 15121	
Indirizzo sedi operative	VIA FAA' DI BRUNO N.33 ALESSANDRIA AL 15121	
Telefono	0131250420	
Indirizzo e-mail	ALESSANDRIA.UN02041@agenzia.unipolsai.it	
Sito web		
denominazione sociale dell'impresa di cui sono offerti i prodotti	UnipolSai Assicurazioni S.p.A.	

Dati dell'intermediario che entra in contatto col contraente		
Qualifica	Responsabile dell'attività di intermediazione	
Cognome e Nome	TAVERNA SILVIA OLGA	
Iscrizione nel registro	Sezione	A
	N. Iscrizione	A000194852
	Data di Iscrizione	31/10/2014

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, via del Quirinale 21 Roma - è l'Autorità competente alla vigilanza dell'attività svolta.

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

Conforme agli allegati 7A e 7B Regolamento ISVAP 5/2006

NUMERO POLIZZA
1/2041/77/113277703

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

- a) L'intermediario, sia quello che entra in contatto con il Contraente sia quello per cui viene svolta l'attività, non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o ai diritti di voto dell'impresa di assicurazione UnipolSai Assicurazioni S.p.A.;
- b) l'impresa di assicurazione UnipolSai Assicurazioni S.p.A. non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto della società di intermediazione per la quale l'intermediario opera;
- c) con riguardo al contratto proposto l'intermediario è tenuto a proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione.

Elenco delle imprese di assicurazione rappresentate:

<i>UnipolSai Assicurazioni S.p.A.</i>	

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

- a) ☐ I premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso;
oppure
- ☐ è stata stipulata dall'intermediario una fideiussione bancaria idonea a garantire una capacità finanziaria pari al quattro per cento dei premi incassati, con un minimo di euro 15.000;

Nota: crocesegnare la frase appropriata rispetto alla natura dell'intermediario.

- b) l'attività di intermediazione è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;
- c) il contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può esporre un reclamo, alternativamente:

scrivendo a:	UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Informazioni e Reclami Via della Unione Europea 3/B 20097 San Donato Milanese (MI)
inviando un fax:	al numero 02 51815353
inviando un e-mail all'indirizzo di posta:	reclami@unipolsai.it
compilando il modulo online sul sito:	www.unipolsai.it
telefonando (da lunedì a giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.30; venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.30):	al numero 02 55604027

Nel caso in cui non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o nel caso non abbia ricevuto riscontro entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa, scrivendo a:

I.V.A.S.S.
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 Roma - ITALIA

Conforme agli allegati 7A e 7B Regolamento ISVAP 5/2006

NUMERO POLIZZA

1/2041/77/113277703

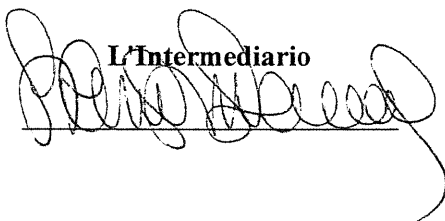
Contraente

Nominativo / Ragione sociale	Codice fiscale o P.IVA o Data e Luogo di Nascita
A.S.L. AL	02190140067

Dichiaro di ricevere il presente documento a titolo di nota informativa ai sensi dell'art. 49 comma 2 e 3 del Regolamento ISVAP 5/2006.

Data 31/03/2015

L'Intermediario



Legale rappresentante



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349 - Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

1031

Allegato a Polizza
INFORTUNI CUMULATIVA

NUMERO POLIZZA
AGENZIA

1/2041/77/113277703
ALESSANDRIA

SUBAGENZIA

220

ALLEGATO PER LA COASSICURAZIONE

Contraente/Assicurato A.S.L. AL
Domicilio VIALE GIOVANNI GIOLITTI, 2 - 15033 CASALE MONFERRATO - AL
Codice Fiscale 02190140067

CLAUSOLA DI DELEGA

L'assicurazione e' ripartita per quote fra le Imprese in appresso indicate. Ciascuna di esse e' tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilita' solidale.
Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione s'intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.
Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facolta' necessaria, ivi compresa quella di incaricare in nome e per conto delle Coassicuratrici esperti (periti, medici, consulenti, etc.).
La Delegataria e' anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente e/o Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze. Scaduto il termine contrattuale di pagamento del premio, la Delegataria potra' sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto. Ogni modifica al contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

N. ordine	Compagnia	Agenzia	Quota %
01	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA	2041	50,000
02	REALE MUTUA ASSICURAZIONI	106	25,000
03	REALE MUTUA ASSICURAZIONI	113	25,000

RIPARTO PREMIO RATA DAL 31/03/2015 AL 31/12/2015

N. ordine	Premio netto e oneri frazionamento	Accessori	Imposte	Totale
01	15.904,56	2.385,69	457,26	18.747,51
02	7.952,28	1.192,84	228,62	9.373,74
03	7.952,28	1.192,84	228,63	9.373,75
Totale	31.809,12	4.771,37	914,51	37.495,00

RIPARTO PREMIO RATE SUCCESSIVE

N. ordine	Premio netto e oneri frazionamento	Accessori	Imposte	Totale
01	21.206,15	3.180,93	609,67	24.996,75
02	10.603,08	1.590,46	304,84	12.498,38
03	10.603,08	1.590,46	304,84	12.498,38
Totale	42.412,30	6.361,85	1.219,35	49.993,50

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE

IL CONTRAENTE

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Uniteam S.n.c.

Le Coassicuratrici:

POLIZZA INFORTUNI

Azienda Sanitaria Locale di Alessandria

Decorrenza: ore 24 del 31/03/2015

Prima rata: ore 24 del 31/03/2015 - ore 24 del 31/12/2015

Scadenza: ore 24.00 del 31/12/2009

Durata: 4 anni e 9 mesi

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Unipol
GRUPPO

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per **Assicurazione**: il contratto di assicurazione;
- per **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione;
- per **Contraente**: l'impresa o l'ente che stipula la polizza;
- per **Assicurato**: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per **Beneficiario**: il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita;
- per **Società**: l'impresa di Assicurazione;
- per **Premio**: la somma dovuta alla Società;
- per **Rischio**: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per **Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente oppure una Inabilità Temporanea.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o Assicurato 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 dell'Assicurato e/o 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.

ART.2 - 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 con altre Società; in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 C.C.) .

ART. 3 - Modifiche dell'assicurazione

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

ART.4 - Comunicazioni dell'Assicurato

Si prende atto che le eventuali comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato possono essere fatte a mezzo raccomandata, raccomandata a mano, telex, telegramma, telefax o altro mezzo idoneo atto a comprovare la data ed il contenuto.

ART. 5 - Deroga alle dichiarazioni dell'Assicurato

Le dichiarazioni dell'Assicurato a stampa di polizza si intendono nulle e prive di effetto.

ART. 6 - Naturale scadenza e durata del contratto

Resta convenuto e pattuito che il presente contratto si intende stipulato per la durata indicata in frontespizio senza clausola di tacito rinnovo alla scadenza finale, rinnovabile alla scadenza con espressa dichiarazione del contraente e previo accordo fra le parti, fermo comunque il rispetto delle disposizioni legislative in essere alla scadenza di polizza in materia di rinnovo dei contratti.

Il Contraente ha comunque la facoltà di rescindere la polizza ad ogni scadenza annuale, sempre con preavviso di almeno 180 giorni.

ART. 7 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza sempre che il pagamento del premio o della prima rata di premio avvenga, in deroga all'art. 1901 c.c., entro 60 giorni dalla data sopra citata.

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

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

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 c.c.) .

LA VARIANTE PROPOSTA
NON
E' STATA
ACCETTA

I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società. Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art. 1901 c.c., vale anche qualora il Contraente si avvalga della facoltà di rinnovazione o proroga.

ART.7a - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

- a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla Legge n. 136/2010.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori e 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.
- c) 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 si 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.
- d) 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 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.8 - Revisione del prezzo e recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni. In tal caso la Società, entro

15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ART.9 - Oneri fiscali

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

ART.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. 11 - Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge interne e comunitarie (art. 180 Capo VI del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i.).

ART.12 - Estensioni territoriali

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. L'inabilita' 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.

ART.13 - Assicurazioni per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

ART.14 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

ART. 15 - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

ART.16 . Clausola broker

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio Willis Italia S.p.A., in qualità di broker, ai sensi della Legge 28 novembre 1984 n. 792 e del D.Lgs.209/2005.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente /Assicurato stesso.

Gli Assicuratori inoltre riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato, e riconoscono che tale pagamento è liberatorio per l'Assicurato/Contraente.

Art. 17 - Clausola di delega in presenza di Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Ditta Willis Italia S.p.A. e gli assicuratori hanno convenuto di affidare la delega alla UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Agenzia di Alessandria, Uniteam snc - , di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del contraente dalla Ditta Willis Italia S.p.A. la quale tratterà con la Compagnia delegataria informandone le Compagnie assicuratrici.

Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza la cui regolazione verrà effettuata dal contraente per il tramite della Ditta Willis Italia SpA direttamente nei confronti di ogni Compagnia Assicuratrice.

Ognuna delle Compagnie sottoscrittrici concorrerà al pagamento dei risarcimenti liquidati in proporzione alla quota rispettivamente assunta e sarà responsabile soltanto per essa, non implicando il rapporto di coassicurazione alcuna responsabilità solidale.

SEZIONE 3 - RISCHI COPERTI
di Azienda Sanitaria Locale di Alessandria

ART.1 - persone e somme assicurate

- | | |
|---|----------------|
| a) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI ED ALTRE PROFESSIONALITA' AMBULATORIALI | |
| MORTE | € 1.033.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE | € 1.033.000,00 |
| INABILITA' TEMPORANEA | € 155,00 |
| b) MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE | |
| MORTE | € 775.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE | € 775.000,00 |
| INABILITA' TEMPORANEA | € 52,00 |
| c) MEDICI DELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI | |
| MORTE | € 755.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE | € 755.000,00 |
| INABILITA' TEMPORANEA | € 52,00 |
| d) DONATORI DI SANGUE (iscritti e non) | |
| MORTE | € 104.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE | € 104.000,00 |
| INABILITA' TEMPORANEA | € 30,00 |
| e) CONDUCENTI MEZZI AZIENDA | |
| MORTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA | € 155.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO | € 155.000,00 |
| f) DIPENDENTI USO MEZZO PROPRIO IN OCCASIONE DI TRASFERTE O PER ADEMPIMENTO DI SERVIZIO | |
| MORTE | € 775.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE | € 775.000,00 |

g) MINORI IN AFFIDO	
MORTE	€ 51.700,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 51.700,00
RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 2.600,00
h) PORTATORI DI HANDICAP	
MORTE	€ 51.700,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 51.700,00
i) VOLONTARI	
MORTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA	€ 155.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	€ 155.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	€ 155.000,00
l) DIPENDENTI ASL (MEDICI E NON MEDICI) CHE OPERANO PRESSO ALTRE AZIENDE E/O ENTI E PERSONALE ESTERNO (MEDICI E NON MEDICI) CHE OPERA PRESSO L'ASL SULLA BASE DI CONVENZIONI	
MORTE	€ 517.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 517.000,00
INABILITA' TEMPORANEA	€ 78,00
m) MEDICI ED ALTRO PERSONALE ESTERNO CHE EFFETTUANO PRESSO L'ASL ATTIVITA' DI CONSULENZA (RISCHIO PROFESSIONALE ED ITINERE)	
MORTE	€ 517.000,00
INVALIDITA' PERMANENTI	€ 517.000,00
INABILITA' TEMPORANEA	€ 78,00
n) LIBERI PROFESSIONISTI (RISCHIO PROFESSIONALE ED ITINERE)	
MORTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA	€ 260.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	€ 260.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	€ 260.000,00
o) MEDICI SPECIALIZZANDI CONVENZIONATI	
MORTE	€ 160.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 210.000,00
p) BORSISTI	
MORTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA	€ 260.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	€ 260.000,00

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

€ 260.000,00

ART.1 Bis - Limite di indennizzo per sinistro collettivo

Si conviene fra le Parti che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € 5.2000.000,00. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

ART. 2 - Rischi Assicurati

categoria a) b) c) Infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.

categoria d) Infortuni subiti durante le donazioni ed operazioni connesse al prelievo del sangue, effettuati presso il Contraente, e presso i Centri di raccolta convenzionati, nonché per gli eventuali infortuni occorsi durante i controlli richiesti ai donatori medesimi, compreso il rischio in itinere.

Sono compresi in garanzia i casi di morte e invalidità permanente conseguenti e dipendenti dalle donazioni di sangue (a titolo esemplificativo si citano: collasso cardiaco, shock cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, periflebiti, paraflebiti, infezioni, ematomi di notevole entità, ipocalcemia, ecc.) solo esclusivamente se verificatisi entro 90 giorni da quello della donazione. La garanzia assicurativa è prestata anche per le conseguenze dovute a prelievi di plasma con plasmaferesi, prelievi di piastrine con piastrinoferesi, autodonazioni di ricoverati e qualunque altro tipo di donazione. Resta comunque inteso che non rientrano in garanzia le infermità conseguenti a trasfusioni eseguite in epoca precedente alla stipulazione del presente contratto.

Categoria e) Infortuni subiti da conducenti durante il viaggio per la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i veicoli di proprietà o in uso all'Azienda compresi, a titolo esemplificativo e non limitativo, veicoli non targati (es. carrelli, trattori elettrici, macchine operatrici) e biciclette. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli.

- Categoria f) In ottemperanza agli obblighi di Legge derivanti alla Contraente, infortuni subiti dai dipendenti durante la circolazione con i mezzi di trasporto, comprese biciclette, in uso ai dipendenti stessi purché non intestati al PRA a nome della Contraente, che possono verificarsi durante le trasferte o gli adempimenti di servizio fuori dall'ufficio limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative comprese le persone di cui sia stato autorizzato il trasporto. La garanzia deve intendersi estesa per la forzata sosta e la ripresa della marcia nonché la salita e la discesa sui mezzi di trasporto.
- Categoria g) 24 ore su 24 .
- Categoria h) Infortuni subiti da portatori di handicap e disabili in genere durante la permanenza presso istituti preposti alla loro accoglienza, come residenti e non residenti, compresi gli spostamenti fuori dai centri stessi ed i soggiorni organizzati dall'ASL purché in presenza di personale addetto, durante i corsi propedeutici e di orientamento professionale ed attività del "tempo libero". La garanzia vale altresì per gli infortuni subiti da portatori di handicap durante la formazione professionale presso ditte private e/o Enti Pubblici. E' inoltre compreso il rischio in qualità di trasportati sui mezzi eventualmente utilizzati per effettuare le varie attività per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 - Nuovo Codice delle Assicurazioni Private -).
- Categoria i) L'assicurazione vale unicamente per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di volontariato.
La garanzia è altresì prestata per il caso di morte o invalidità permanente in conseguenza di malattie connesse allo svolgimento della propria attività con l'intesa che:
- a. 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 o dalla data di cessazione del servizio, se questa è anteriore;
 - b. sono escluse dalla garanzia l'AIDS, le nevrosi, le malattie mentali e quelle tubercolari, nonché le radiodermiti e comunque le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;

- c. in caso di controversie, è riservato al Collegio Arbitrale previsto dalle condizioni generali di Assicurazione anche l'accertamento che la malattia sia effettivamente insorta in servizio e per causa di servizio.
- d. non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'invalidità permanente supera il 15% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente detta percentuale, sempre in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

Per le definizioni di morte ed invalidità permanente si farà riferimento alla disciplina di cui agli artt. 2) e 3) della sezione 5.

Categoria l)

La garanzia deve intendersi prestata per gli infortuni subiti da dipendenti ASL (medici e non medici) che operano presso altre Aziende e/o Enti nel rispetto dei disposti di specifiche convenzioni limitatamente al percorso dall'abitazione e/o dalla sede del luogo di lavoro alla destinazione fissata e viceversa (copertura del solo rischio in itinere).

La copertura vale nei medesimi termini di cui sopra anche a favore di personale esterno (medici e non medici) che opera presso l'ASL sempre nel rispetto dei disposti di specifiche convenzioni.

Categoria m)

L'Assicurazione vale per gli infortuni che medici e altro personale (a titolo esemplificativo e non limitativo personale infermieristico) dipendente di altre Aziende (soggetti esterni all'Asl), subiscano nello svolgimento dell'attività di consulenza espletata nel rispetto dei disposti di specifiche convenzioni.

La garanzia comprende anche il rischio in itinere.

Categoria n)

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti da operatori liberi professionisti, appartenenti alle categorie mediche e non, nello svolgimento del proprio incarico.

La garanzia comprende anche il rischio in itinere.

La garanzia è altresì prestata per il caso di morte o invalidità permanente in conseguenza di malattie connesse allo svolgimento della propria attività con l'intesa che:

- a) 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 o dalla di cessazione del servizio, se questa è anteriore;

b) sono escluse dalla garanzia l'AIDS, le nevrosi, le malattie mentali e quelle tubercolari, nonché le radiodermiti e comunque le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;

c) in caso di controversie, è riservato al Collegio Arbitrale previsto dalle condizioni generali di assicurazione anche l'accertamento che la malattia sia effettivamente insorta in servizio e per causa di servizio;

d) non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente se la invalidità permanente non supera il 15% della totale; se invece la invalidità permanente supera il 15% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente detta percentuale, sempre in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

Per le definizioni di morte ed invalidità permanente si farà riferimento alla disciplina di cui all'artt. 2) e 3) della sezione 5.

Categoria o) La garanzia deve intendersi prestata per gli infortuni subiti da medici specializzandi nello svolgimento della propria attività, compreso il rischio itinere.

Categoria p) Infortuni subiti dai borsisti nello svolgimento della propria attività compreso rischio itinere.
La garanzia è altresì prestata per il caso morte o invalidità permanente in conseguenza di malattie connesse allo svolgimento della propria attività con l'intesa che:

a) 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 servizio, se questa è anteriore.

b) sono escluse dalla garanzia l'AIDS, le nevrosi, le malattie mentali e quelle tubercolari, nonché le radiodermiti e comunque le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;

c) in caso di controversie, è riservato al Collegio Arbitrale previsto dalle condizioni generali di assicurazione anche l'accertamento che la malattia sia effettivamente insorta in servizio e per causa di servizio;

d) non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece

l'invalidità permanente supera il 15% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente detta percentuale, sempre in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

Per le definizioni di morte ed invalidità permanente si farà riferimento alla disciplina di cui agli articoli 2) e 3) della sezione 5.

Limitatamente alle categorie e) e f)

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 (ex D.Lgs. n.209 del 7 settembre 2005 - Nuovo Codice delle Assicurazioni Private-).

Poiché la presente assicurazione è stipulata dalla Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi Accordi Collettivi Nazionali gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

- Per quanto riguarda le categorie **VOLONTARI, LIBERI PROFESSIONISTI e BORSISTI** si precisa che le garanzie **"morte da malattia"** e **"i.p. da malattia"** cui fanno riferimento le condizioni di pag 10, 11, 12, 13 e 14 del presente Capitolato, sono da intendersi come **MALATTIE IN SERVIZIO E PER CAUSA DI SERVIZIO**.
- Per quanto riguarda la categoria **MEDICI** si specifica che l'importo della franchigia resta a totale carico del Contraente per ciascun sinistro. In ogni caso la Società resterà obbligata esclusivamente al pagamento degli importi eccedenti la franchigia e la responsabilità di indennizzare la porzione di danno corrispondente alla franchigia resterà a totale carico del Contraente.

ART. 3 - Franchigia per invalidità permanente

Si precisa che alla garanzia Invalidità Permanente si applicano le seguenti franchigie:

- nessuna franchigia per le categorie **D),E),F), G), H), I)**;
- per tutte le altre categorie sono operanti le seguenti franchigie assolute:
 - 3% fino a € 206.000,000

- 5% sulla somma eccedente € 206.000,00 e fino a € 310.000,00
- 10% sulla somma eccedente € 310.000,00 .

Pertanto sulla somma assicurata:

- da zero fino a € 206.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 3% del totale; in caso contrario la Società solo per la parte eccedente il 3%;
- eccedente € 206.000,00 e fino a 310.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 5%;
- Eccedente € 310.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 10%.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

ART.4 - Franchigia su inabilità temporanea

Per la categoria a),b) e c) le franchigie si intenderanno quelle previste da CCNL

ART.5 - Parametri di calcolo del premio

categoria a)	numero 88.000 ore € 0,16 per ore premio complessivo di categoria € 14.080,00
categoria b)	numero 109.000 ore € 0,10 per ora premio complessivo di categoria € 10.900,00
categoria c)	numero 7 medici € 218,00 pro capite premio complessivo di categoria € 1.526,00
categoria d)	numero 12.000 donazioni € 0,31 per donazione premio complessivo di categoria € 3.720,00
categoria e)	numero 385 veicoli € 17,50 per veicolo

	<p>numero 2 biciclette € 17,50 per bicicletta premio complessivo di categoria € 6.772,50</p>
categoria f)	<p>numero 719.000 km € 0,01 per km premio complessivo di categoria € 3.595,00</p>
categoria g)	<p>numero 17 minori in affido € 40,00 pro capite premio complessivo di categoria € 680,00</p>
categoria h)	<p>numero 120 portatori di handicap € 18,00 pro capite premio complessivo di categoria € 2.160,00</p>
categoria i)	<p>numero 5.100 ore € 0,50 pro capite premio complessivo di categoria € 2.550,00</p>
categoria l)	<p>numero 2.600 accessi € 0,29 per accesso premio complessivo di categoria € 754,00</p>
categoria m)	<p>numero 380 giornate/presenza € 2,00 giornate/presenza premio complessivo di categoria € 760,00</p>
categoria n)	<p>numero 14.700 ore € 0,08 per ora premio complessivo di categoria € 1.176,00</p>
categoria o)	<p>numero 6 medici € 70,00 pro capite premio complessivo di categoria € 420,00</p>
categoria p)	<p>numero 12 borsisti € 75,00 pro capite premio complessivo di categoria € 900,00</p>

ART.6 - Regolazione del premio

Il premio convenuto anticipato in via provvisoria è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo (da intendersi al 75% del premio di polizza).

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per il conguaglio e cioè:

- | | |
|----------------------|---|
| per la categoria a): | il numero delle ore effettive dei medici di specialisti ambulatoriali ed altre professionalità ambulatoriali; |
| per la categoria b): | il numero delle ore effettivo dei medici di continuità assistenziale; |
| per la categoria c): | il numero dei medici effettivi della medicina dei servizi territoriali; |
| per la categoria d): | il numero effettivo delle donazioni di sangue; |
| per la categoria e): | il numero effettivo dei veicoli e delle biciclette; |
| per la categoria f): | il numero dei Km effettivi annui percorsi.
La contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità dei mezzi e dei loro proprietari, ma sarà tenuta ad esibire in qualsiasi momento gli atti dai quali sia possibile desumere data e luogo della trasferta, generalità del conducente, targa mezzo di trasporto, numero km percorsi; |
| per la categoria g): | il numero effettivo dei minori in affidamento; |
| per la categoria h): | il numero effettivo dei portatori di handicap; |
| per la categoria i): | il numero delle ore effettive dei volontari; |
| per la categoria l): | il numero degli accessi effettuati dai dipendenti (medici e non) e da altro personale esterno (medici e non) operante nell'ambito di convenzioni limitatamente al rischio in itinere; |

per la categoria m): il numero effettivo di giornate/presenza dei consulenti esterni medici e non;

per la categoria n): il numero delle ore effettive dei liberi professionisti;

per la categoria o): il numero dei medici effettivi;

per la categoria p): il numero dei borsisti effettivi;

Limitatamente alla categoria c), e),g),h),o),p), il Contraente è esonerato dall'obbligo della comunicazione delle inclusioni/esclusioni intervenute nel corso dell'anno, e pertanto le stesse si intendono automaticamente comprese e/o escluse: a tale proposito, relativamente alla data di entrata e/o uscita, fanno fede i documenti ufficiali che l'Ente si impegna ad esibire in qualsiasi momento.

Di tali variazioni si terrà conto in sede di regolazione premio conteggiando il 50% dei premi derivanti dalla differenza fra premi anticipati e premi consuntivi.

Limitatamente alla categoria e), contestualmente all'emissione della regolazione premio, si provvederà **all'aggiornamento del premio di quietanza**.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 60 giorni dalla presentazione al Contraente della relativa appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta.

Il premio anticipato per le annualità successive verrà aggiornato in base ad accordo fra le Parti.

In caso di ritardata comunicazione dei dati di regolazione o di ritardato pagamento del premio di conguaglio, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

ART.7 - Variazione della normativa vigente

La Società si impegna a riconoscere l'applicazione di eventuali modifiche alla normativa vigente riferita alla regolamentazione dei rapporti con gli assicurati a far tempo dalla data in cui tali provvedimenti diventano esecutivi.

Si conviene quindi che qualora dette modifiche producano una variazione dei capitali assicurati presi come base per la determinazione dell'indennizzo, il premio conteggiato verrà proporzionalmente variato.

Per tutti gli altri casi, saranno concordate variazioni alle condizioni contrattuali qui previste e, conseguentemente, al premio convenuto.

Nel caso in cui le modifiche sopraindicate aggravino il rischio in misura tale che se il nuovo stato di cose fosse esistito o fosse stato conosciuto dalla Società al momento della stipulazione del contratto, quest'ultima non avrebbe aderito all'assicurazione, ovvero qualora le parti non giungano ad un accordo in merito alle variazioni di cui al comma precedente, la Società può recedere dal contratto, con le modalità di cui all'art.1 della sezione 2.

ART.8 - Variazioni di polizza

Eventuali variazioni di polizza non rientranti nella tipologia del suddetto art.7) e che comportano aumenti di premio (a titolo esemplificativo e non limitativo modifiche della copertura prestata per le categorie già assicurate, inserimento di nuove categorie ecc.) si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo il pagamento del premio relativo entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

SEZIONE 4 - ESCLUSIONI

ART.1 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a. dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'art.7 della sezione 5;
- c. dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f. da guerre o insurrezioni;
- g. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono inoltre esclusi gli infarti.

SEZIONE 5 - CONDIZIONI DI GARANZIA

ART.1 - Estensioni dell'assicurazione

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione o assorbimento di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- le affezioni ed avvelenamenti conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili di polizza;
- le ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza.

L'ASSICURAZIONE VALE ANCHE PER:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

ART. 2 - Morte

L'indennizzo per il caso morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se successivamente alla scadenza di polizza - entro tre 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 invalidità permanente, ma se entro tre anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte -se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

ART.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 tre 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 mancino, 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%.

L'invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% verrà indennizzata al 100% del capitale assicurato.

ART. 4 - Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria da ricovero.

Per le categorie mediche l'indennizzo verrà calcolato come disposto dai relativi CCNL.

Limitatamente alla categoria Medici di emergenza sanitaria territoriale la disciplina del presente articolo si intende integrata come segue.

L'art. 5 comma 2 della Delibera della Regione Piemonte n. 41-9367 del 1.8.2008 "Accordo regionale per il personale medico inserito nei servizi di emergenza/urgenza sanitaria 118" dispone che l'Azienda provveda al pagamento diretto delle somme spettanti al medico con cadenza mensile e per tutta la durata dell'infortunio anticipandole in sostituzione della compagnia assicurativa con la quale l'Azienda stessa ha stipulato specifico contratto in adempimento a quanto previsto dal corrispondente CCNL.

Conseguentemente, in caso di sinistro riguardante il personale appartenente alla categoria d) medici di emergenza sanitaria territoriale, la Società si impegna a coordinarsi con gli uffici dell'Azienda preposti alla gestione del sinistro stesso affinché la liquidazione di quanto previsto all'art. 99) comma 5 lett.b) del CCNL possa essere effettuata direttamente a favore dell'Azienda se la stessa ha già provveduto all'anticipo di tale somma all'infortunato.

ART. 5 - Diaria da ricovero

Se in conseguenza ad infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 300 gg.. La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero. L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

ART. 6 – Rimborso spese mediche a seguito infortunio

Per ogni infortunio la Società garantisce il rimborso delle spese, se assicurate, per:

- onorari dei medici e dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale d'intervento, medicinali, apparecchi terapeutici, protesici ed endoprotesici applicati durante l'intervento;
- spese di ricovero, rette di degenza;
- esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni ed altre cure mediche, anche termali, occorrenti;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

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

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con ambulanza, eliambulanza o aereo in un centro ospedaliero attrezzato.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

La presente garanzia vale fino a concorrenza della somma indicata.

ART. 7 - Rischio volo

L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- Euro 1.500.000,00 per il caso di Morte
- Euro 1.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente
- Euro 260,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

- Euro 5.200.000,00 per il caso di Morte
- Euro 5.200.000,00 per il caso di invalidità Permanente
- Euro 5.200,00 per il caso di Inabilità Temporanea

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

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell' aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

ART. 8 – Ernie traumatiche e da sforzo – ernie addominali

L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:

- qualora sia operabile, viene corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 9 – Eventi sociopolitici

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

ART. 10 – Calamità naturali

Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve. Il limite massimo di risarcimento per catastrofe dovuta a calamità naturali che colpiscano più assicurati è pari ad € 5.200.000,00 .

ART. 11 – Rischio guerra

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezioni 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 in pace.

ART. 12 – Rischio itinere - (per categorie a),b),c),d),h),i), l),m),n),p) di Azienda Sanitaria Locale di Alessandria) .

L'assicurazione vale anche durante il percorso degli assicurati dall'abitazione e/o dalla sede aziendale al luogo di lavoro e viceversa.

Relativamente a Donatori di sangue l'assicurazione vale anche durante il percorso dei donatori dall'abitazione o luogo di lavoro al luogo in cui viene effettuata la donazione e viceversa.

ART. 13 – Morte presunta

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di Morte presunta ai sensi dell'art. 60 e 62 del C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di Morte, a condizione che:

- a. siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b. possa ragionevolmente desumersi che la Morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi, l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subito.

ART. 14 - Diabete

A maggior precisazione di quanto indicato nelle C.G.A. l'assicurazione vale anche per le 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. 3 della sezione 6.

ART. 15 – Ubriachezza – Abuso di psicofarmaci – Uso di stupefacenti o allucinogeni

L'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, di alterazione conseguente ad abuso di psicofarmaci o uso di stupefacenti o allucinogeni, esclusi comunque quelli conseguenti a tali condizioni alla guida di veicoli.

ART. 16 – Colpa grave

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'assicurato fatta eccezione per dipendenti per i quali la garanzia non opera nel caso in cui gli infortuni siano derivanti da dolo o colpa grave degli stessi, accertati con sentenza passata in giudicato.

ART. 17 - Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, 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 al Contraente.

ART. 18 - Persone non assicurabili

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

ART. 19 – Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art.3 della sezione 6.

ART. 20 – Esonero denuncia generalità degli assicurati

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

SEZIONE 6 – GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 1 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all' Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 C.C.). L' inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo (art. 1915 C.C.).

La denuncia dell' infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell' evento e sarà corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell' assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell' assicurazione.

L' Assicurato, o in caso di morte, il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

ART. 2 – Pagamento dell'indennizzo

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.

ART. 3 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l' indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell' infortunio. Se, al momento dell' infortunio, l' Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l' infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all' art. 3 della sezione 5 sono diminuite tenendo conto del degrado di invalidità preesistente.

ART. 4 - Modalità di valutazione del danno - Controversie

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 3 della presente sezione sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenza per terzo medico.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

ART. 5 - Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 6 - Beneficiario

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

ART. 7 – Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa;
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto;

3. nonché, in caso di risoluzione anticipata del contratto contestualmente all'esercizio del recesso;
si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti.

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.

Il Contraente

La Compagnia Assicuratrice

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Uniteam S.p.A.

