



POLIZZA DI ASSICURAZIONE

INFORTUNI AZIENDE

Polizza: Z068564
Contraente: A.S.L. TO3

*Middle Market - Accident &
Health*

ESEMPLARE PER LA DIREZIONE *Dot. Paolo Reves*

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione;
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione;
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Società:	l'impresa assicuratrice;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
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.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Beneficiario:	in caso di morte, saranno gli eredi legittimi o testamentari. In caso di Invalidità Permanente saranno gli assicurati stessi;
Broker:	Marsh S.p.A. - Via Cavour, 1 - 10123 Torino
Periodo Assicurativo	Durata della copertura ai fini dell'applicazione di limiti, franchigie e scoperti e determinazione del premio. Equivale ad una annualità fatto salvo dove diversamente indicato.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Variazioni del rischio

Qualora nel corso del contratto si verifichino variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio é ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato.

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.

Resta inteso che l'Assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si é verificata.

Art.2 – Altre Assicurazioni

In deroga al disposto dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Art. 3 – Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 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. 3 del Decreto,
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione 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. 4 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società e il Contraente 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 delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 6 - Obblighi della Società nella gestione dei sinistri

La Società alle scadenze semestrali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri in formato elettronico così suddiviso:

sinistri denunciati;

sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva per ciascun sinistro);

sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato per ciascun sinistro).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto cartaceo e/o informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

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. 7 – Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima della suddetta scadenza.

Il Contraente ha la facoltà altresì ove lo ritenga conveniente di richiedere il rinnovo del contratto, per una durata massima pari a quella iniziale con preavviso di almeno tre mesi dalla 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 di 90 giorni decorrenti dalla scadenza.

Resta salva la facoltà per le parti di stipulare la rinnovazione del servizio, per un periodo massimo di ulteriori due anni ed una sola volta, ai sensi dell'art. 57, comma 5 lettera b) del D. Lgs. 163/2006, a condizione che, in tale momento, ne ricorrano tutte le condizioni previste dalle leggi.

Art. 8 – Obblighi del Contraente in caso di sinistro

In deroga a quanto disposto dall'art. 1913 del Codice Civile, il Contraente, in caso di sinistro, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando l'Ufficio competente del Contraente stesso ne ha avuto conoscenza.

Art. 9 – Oneri Fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

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 di Torino in via esclusiva.

Art. 11 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge nazionali e comunitarie in materia.

Art. 12 - Forma delle comunicazioni

Tutte le 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. 13 - Interpretazione del contratto

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

Resta inteso che in tutti i casi dubbi, l'interpretazione del contratto sarà quella più favorevole al Contraente/Assicurato, nel rispetto dello spirito in base al quale lo stesso acquisisce il diritto di essere tenuto indenne di quanto sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per danni involontariamente cagionati in relazione alle attività dichiarate nella presente polizza.

Art. 14 - Coassicurazione - Riparto e delega

Nel caso di coassicurazione il rischio è ripartito per quote tra le Società espressamente indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

L'Assicurato ha affidato la gestione del presente contratto alla Marsh S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega per la gestione del rapporto assicurativo alla; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Assicurato dalla Marsh S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutte le comunicazioni, gli atti di gestione nonché ogni modificazione del contratto compiuti dalla Delegataria per conto comune..

Art. 15 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio assicurativo Marsh S.p.A. in qualità di broker ai sensi dell'art. 109 lett. b), 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 alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Assicurato dalla Marsh S.p.A.

La Compagnia/e aggiudicataria/e s'impegna a riconoscere al Broker un'aliquota provvigionale pari al 12% del premio imponibile.

Art. 16 - Validità esclusiva norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.1 - Oggetto dell'Assicurazione

La presente assicurazione è operante per gli infortuni che l'Assicurato subisce a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, al lavoro, al servizio o all'attività del Contraente.

I massimali per le singole garanzie per ogni categoria di assicurati vengono riportati nell'ALLEGATO 1 della presente polizza.

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

Sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:

- l'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze nocive in genere;
- le infezioni od avvelenamenti derivanti da morsi o punture in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- infortuni causati dalle forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, smottamenti, valanghe e slavine.

Si precisa inoltre che la garanzia vale anche per gli infortuni qui di seguito indicati in via esemplificativa e non limitativa derivanti all'Assicurato per attività legate a fini istituzionali:

- durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- durante le scalate di rocce ed accesso a ghiacciai di grado non superiore al terzo, estesa ai gradi superiori purché accompagnati da guida patentata;
- per imprudenze, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni in genere, con l'esclusione della partecipazione volontaria dell'Assicurato, agli eventi;
- azioni di dirottamento o di pirateria aerea;
- per le ernie addominali "traumatiche".

Art.2 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- per eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
- durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
- sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art.3 - Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte o privati per attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico 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 aeroclubs.

Nel caso di unico evento che colpisca più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della società non potrà superare la somma di € 5.000.000,00 per aeromobile. Qualora gli esborsi complessivamente a carico della Società per i propri Assicurati eccedano il limite sopraindicato gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione alle rispettive somme garantite.

Art.4 - 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'indennizzo dovuto ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Art.5 - Rientro Sanitario (valido in Italia e all'estero)

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

Art.6 - Rimpatrio della salma (valido in Italia ed all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dalla Contraente, fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di € 2.500,00=.

Art.7 - Rischio Guerra

La garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dello scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Limitatamente al rischio aeronautico, l'assicurazione si intende estesa agli eventi conseguenti a rischio guerra con esclusione di sorvoli o soste nei paesi in stato di guerra.

Art.8 - Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 2.500,00.= per evento.

Art.9 - Rimborso spese mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per singola categoria nell'apposita scheda dell'ALLEGATO 1, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, nonché delle spese farmaceutiche.

Art.10 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata scheda dell'ALLEGATO 1 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, compreso il Day-Hospital, effettuato in Istituti di Cura pubblici o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata ed il giorno di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art.11 – Diaria per gessatura

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata scheda dell'ALLEGATO 1 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato

Art.12 – Rischio in itinere

La garanzia viene estesa agli infortuni che avvengono durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa.

Art.13 - Persone non assicurabili

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art.15 (Criteri di indennizzabilità).

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 75 anni.

Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

Art.14 - 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 per 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.

a) 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 non entro due 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.

b) INVALIDITA' PERMANENTE

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

c) 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 in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

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

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.

Per ciò che concerne la liquidazione delle diarie di cui agli art.10, 11 e 12 esse non si cumulano tra di loro, ma rimane fermo il diritto dell'Assicurato di scegliere quella con la durata maggiore.

Art.15 - Controversie

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

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e 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.17 - Liquidazione dell'indennità

La Società ricevuta la documentazione medica ed esperiti gli accertamenti del caso, si impegna a liquidare l'indennità entro 30 giorni dall'atto di liquidazione.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art.18 - Limiti territoriali

La presente polizza si intende operante nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti in Italia in Euro.

Art.19 - Esonero denuncia infermità e difetti fisici

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità, le mutilazioni i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art.20 - Rinuncia al diritto di surroga

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

ALLEGATO 1 – CATEGORIE DI ASSICURATI, MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI, TASSI E
PREMI

Art. 1.1 – Personale volontario e altro

L'assicurazione copre ogni infortunio che possano subire le persone indicate nel presente articolo che svolgono servizio presso il contraente.

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

Art. 1.2 – Donatori di sangue

L'assicurazione copre i donatori di sangue relativamente agli infortuni che possono verificarsi a seguito di prelievi di plasma eseguiti presso le sedi della Contraente e le sezioni AVIS; sono compresi gli infortuni subiti in conseguenza del trasferimento dall'abitazione al luogo del prelievo e viceversa. La Società corrisponde il capitale di €100.000,00 qualora l'assicurato, a causa di un evento accidentale ed esterno occorsogli durante la donazione, ritenga di essere stato contagiato dal virus HIV. L'Assicurato deve darne notizia entro 5 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento, a mezzo telegramma o fax indirizzato all'Agenzia che gestisce la polizza. Contemporaneamente deve inviare alla Società, a mezzo raccomandata, descrizione dettagliata dall'infortunio, certificata dall'Ente presso il quale si è verificato l'evento accidentale. Entro 10 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test HIV presso un centro specializzato indicato dalla Società Assicuratrice. Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo, l'assicurazione nei suoi confronti cesserà immediatamente ed il premo sarà diminuito dalla prima scadenza fissa successiva. Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test presso il medesimo centro, e se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, entro un anno dalla data di denuncia dell'evento la Società liquiderà l'intera somma assicurata. Tutte le spese mediche relative al test HIV restano a carico dell'Assicurato, tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese verranno rimborsate dalla Società. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. L'Assicurato dovrà inoltre sottoscrivere, al momento della denuncia di sinistro, l'apposita "informativa consenso" ai sensi dell'art. 13 D.Lgs.n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni. Il rispetto dei termini della denuncia dell'infortunio e degli altri obblighi sopra indicati è essenziale per la validità della copertura assicurativa e pertanto l'inosservanza dei predetti termini comporta la decadenza da ogni diritto all'indennizzo.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00

Art. 1.3 – Infortuni Conducenti

L'assicurazione è operante per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente (ad es. i Dipendenti della Contraente) subiscano in occasioni di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante l'utilizzo di mezzi di trasporto propri e/o di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente o in locazione o comodato all'Ente.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di Legge.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 7.500,00

Art. 1.4 - Obblighi assicurativi ex art. 41 Accordo Collettivo Nazionale del 29 luglio 2009 – Medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 1.032.913,80
Caso Invalidità Permanente	€ 1.032.913,80
Caso Inabilità Temporanea	€ 154,94 giornaliero per un massimo di 300 giorni L'indennità giornaliera è ridotta al 50 % per i primi tre mesi

Art. 1.5 - Obblighi assicurativi art 89 Accordo Collettivo Nazionale del 29 luglio 2009 - Medici addetti alla medicina dei servizi

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 775.000
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000
Caso Inabilità Temporanea	Euro 52,00 giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno

Art. 1.6 - Obblighi assicurativi ex art.27 e 84 D.P.R. 270/1987 – Consulenti esterni convenzionati

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 516.456,89
Caso Invalidità Permanente	€ 516.456,89

Art. 1.7 - Obblighi assicurativi ex art 73 e 99 Accordo Collettivo Nazionale del 29 luglio 2009 - Medici della Continuità Assistenziale (Guardia Medica) ed della Emergenza Sanitaria Territoriale (118)

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 775.000
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000
Caso Inabilità Temporanea	Euro 52,00 giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno

Art.2 – Premio e modalità di applicazione della regolazione

La Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo di € 180.947,21, rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle applicazioni effettuate.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria, la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del deposito premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone o veicoli assicurati.

1. Categoria	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale
Art. 1.1 Personale volontario e altro	Numero assicurati	10	€ 40,00	€ 400,00
Art. 1.2 – Donatori di sangue	Numero assicurati	5.000	€ 0,25	€ 1.250
Art. 1.3 - Infortuni Conducenti	a)veicoli dell'Ente	a) 386	€ 60,00	€ 23.160,00
	b)Km percorsi auto dipendenti	b) auto dipendenti: 500.000 km	€ 0,01	€ 5.000,00
Art. 1.4	Numero	300	€ 351,19	€ 105.357,21

Medici specialisti ambulatoriali interni, ecc.ecc.	assicurati			
Art. 1.5 Medici addetti alla medicina dei servizi	Numero assicurati	40	€ 232,50	€ 9.300,00
Art. 1.6 Consul. esterni convenzionali	Numero assicurati	30	€ 100,00	€ 3.000,00
Art. 1.7 -Medici della Continuità Assistenziale (Guardia Medica) e della Emergenza Sanitaria Territoriale (118)	Numero assicurati	144	€ 232,50	€ 33.480,00

Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.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, 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 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.
- 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 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.

IL CONTRAENTE
(data e firma)



[Handwritten signature]
Zurich Insurance plc
Rappresentanza Generale per l'Italia