

ALLEGATO N. 5 al Capitolato di gara – DISCIPLINARE TECNICO

ASL “CITTÀ DI TORINO”



A.S.L. TO2
Azienda Sanitaria Locale
C.so Svizzera 164 - 10149 Torino

POLIZZA INFORTUNI SOGGETTI VARI

La presente polizza è stipulata tra il Contraente

AZIENDA SANITARIA LOCALE “CITTA’ DI TORINO”
C.so Svizzera, 164 – 10149 TORINO
P.IVA 11632570013
N. CIG 7119384D85

e la Compagnia di Assicurazione

Nome.....
Via
C.F / P. IVA:
.....

Durata del contratto

dalle ore 24.00 del	27.09.2017
alle ore 24.00 del	30.06.2020

+ eventuale rinnovo di 24 mesi

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati:

Scadenza annua ore 24.00 del 30.06

SEZIONE DEFINIZIONI

Assicurazione:	il contratto di assicurazione;
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione;
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Beneficiario:	in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso;
Broker:	AON S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società;
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza;
Franchigia:	la percentuale o la somma prestabilita che in caso di sinistro l'assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce l'indennizzo;
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate;
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Infortunio :	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea;
Invalidità permanente:	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;
Istituto di cura:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno;
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione;
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento;
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Società:	l'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Somma assicurata:	la massima esposizione della Società per sinistro e per persona assicurata.

SEZIONE NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Art.2 PROVA E MODIFICHE DEL CONTRATTO

Sul contratto o su qualsiasi altro documento che concede la copertura deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale dell'impresa assicuratrice. La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto e pattuite da soggetto munito di poteri.

Art.3 DURATA DELL' ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha decorrenza e scadenza come indicato nel frontespizio di polizza.

La garanzia ha effetto dalle ore 24 del 27.09.2017 per le categorie dei soggetti ex ASL TO1 indicate nello schema Riepilogo soggetti assicurati A, ha effetto dalle ore 24 del 31/12/2017 per l'inserimento delle categorie dei soggetti ex ASL TO2 come da schema Riepilogo soggetti assicurati B.

Alla data di scadenza prevista la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

Le parti hanno comunque la facoltà di rescindere la polizza ad ogni scadenza annuale, sempre con preavviso di almeno 90 giorni.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 giorni. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 giorni dall'inizio della proroga.

L'Amministrazione, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o altre centrali di committenza (art. 1, comma 13, d.l. 95/2012 convertito in legge 135/2012 s.m.i.) si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite.

Art.4 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

A parziale deroga dell'art.1901 codice civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 (sessanta) giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il Contraente non paga il premio entro 60 (sessanta) giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio, più precisamente:

- entro 60 dalla data di decorrenza effettiva del contratto il premio derivante dalle categorie di soggetti di cui allo schema Riepilogo soggetti assicurati A per il periodo 29/9/2017 – 31/12/2017
- entro 60 giorni dalla scadenza del 31/12/2017 il premio derivante dalle categorie di soggetti rientranti nello schema Riepilogo soggetti assicurati A

Se il Contraente non paga il premio per le rate successive entro il 60° (sessantesimo) giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze successive stabilite.

Ai sensi degli art. 48 e 48 bis del d.p.r. 602/1973 la Società dà atto che:

- l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 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 d.p.r. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve

effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del d.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Art.5 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

Le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione, da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Anche per questi casi resta convenuto che si applicano tutte le condizioni e le modalità di pagamento previste all'art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione – della sezione 'Norme che regolano il contratto in generale', restando altresì inteso che l'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Art.6 REVISIONE DEL PREZZO

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'Art. 5 - Pagamenti per variazioni con incasso di premio - della sezione 'Norme che regolano il contratto in generale', ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società, sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere, alla data della richiesta, l'ammontare del premio, al netto delle imposte, pagato dal Contraente o oggetto di regolazione per il medesimo periodo di oltre il 20%, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, potrà richiedere, ai sensi dell'art. 106 del d.lgs. n° 50/2016, la modifica delle condizioni di premio in misura massima pari all'eccedenza riscontrata, ma non oltre il 50% del premio originario. A tal fine si precisa che, ai soli fini del calcolo revisionale, nel rapporto sinistri a premi di cui al precedente comma, verrà computato solo il 75% degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri riservati e non ancora pagati.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a far data dall'accordo stesso; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione - della sezione 'Norme che regolano il contratto in generale'.

Art.7 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta, 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.8 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETA'

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata, fax, posta elettronica, posta elettronica certificata, o altro mezzo idoneo, indirizzate al Broker.

Art.9 TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO

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

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

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

Art.10 FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, a scelta del Contraente, il Foro ove ha sede lo stesso oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal d.lgs 28/2010 s.m.i.

Art.11 ONERI FISCALI

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

Art.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme stabilite dal codice civile

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del codice civile sul contratto di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Si intendono altresì abrogate tutte le condizioni a stampa eventualmente riportate.

Art.13 GESTIONE DELLA POLIZZA

Alla Società AON S.p.A. è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del d.lgs 209/2005 s.m.i.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti il contratto saranno svolti per conto dell'Amministrazione dall'Intermediario suddetto. Ogni pagamento dei premi verrà effettuato dall'Amministrazione all'Intermediario e sarà considerato a tutti gli effetti come liberatorio, ai sensi dell'art. 118 del d.lgs 209/2005. Ogni comunicazione fatta dall'Intermediario, in nome e per conto dell'Assicurato, all'Assicuratore si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato all'Intermediario si intenderà come fatta all'Assicuratore.

Resta infine inteso che ogni documento contrattuale sarà trasmesso all'Intermediario a spese dell'Assicuratore.

L'attività di brokeraggio non comporterà alcun onere economico a carico dell'Amministrazione; il compenso dell'Intermediario per lo svolgimento dell'incarico affidatogli sarà posto a carico delle Compagnie di assicurazione conformemente agli usi di mercato. Tale compenso costituirà parte dell'aliquota comunque riconosciuta dalla Compagnia di assicurazione alla propria rete distributiva. La provvigione riconosciuta è rappresentata dall'aliquota del **7,99%** da applicarsi sul premio imponibile.

La Società prende altresì atto che non appena scadrà il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il citato Intermediario, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo dell'eventuale nuovo soggetto affidatario dell'infra nominato servizio, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo.

Art.14 GESTIONE DELLA POLIZZA – CORRISPONDENTE/COVERHOLDER (DA AGGIUNGERE SOLO IN CASO DI EFFETTIVA NECESSITA')

Nell'eventualità la gestione del presente contratto sia affidata ad un Corrispondente o Coverholder dei Lloyd's of London, si prende e si da atto di quanto segue.

Con la sottoscrizione della presente contratto di assicurazione si prende atto che l'Assicurato e/o Contraente conferiscono mandato di rappresentarli, ai fini del presente contratto di assicurazione, alla Società di brokeraggio indicata all'art. 13 – Gestione della polizza – della sezione 'Norme che regolano il contratto in generale' (qui di seguito indicato come "Broker incaricato") la quale si avvale per il piazzamento presso i Lloyd's del Corrispondente dei Lloyd's

Pertanto:

- ogni comunicazione effettuata al Broker incaricato dal Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata all'Assicurato e/o Contraente;
- ogni comunicazione effettuata dal Broker incaricato al Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata dall'Assicurato e/o Contraente.

I Sottoscrittori conferiscono mandato al Corrispondente dei Lloyd'sdi ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione.

Pertanto:

- ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente dei Lloyd's al Broker incaricato si considererà come effettuata dai Sottoscrittori; oppure,

- ogni comunicazione effettuata dal Broker Incaricato al Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata ai Sottoscrittori.

Art.15 ALTRE ASSICURAZIONI

È data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione, il quale s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del codice civile.

Art.16 COASSICURAZIONE E DELEGA (OPERATIVA NEL SOLO CASO DI COASSICURAZIONE EX ART. 1911 C.C)

Qualora la polizza risulti ripartita tra diverse Società Coassicuratrici, la sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Società Coassicuratrici, indicate in polizza o appendice, a firmare anche in loro nome per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione o Agenzia della Società Delegataria sul Documento di Assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice risulta dall'apposito prospetto inserito in polizza.

Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, nessuna esclusa, s'intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria in nome e per conto di tutte le Coassicuratrici, ivi comprese citazioni e notificazioni di carattere processuale. La Società Delegataria è incaricata dalle Società Coassicuratrici dell'intera gestione della polizza di assicurazione, ivi compresi, ad esempio, l'esazione dell'intero premio, il rilascio quietanze, la liquidazione ed il pagamento dei danni.

Si dà e si prende atto che non vi è responsabilità solidale tra le Società Coassicuratrici.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato, il quale tratterà con la sola Delegataria; è fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

Art.17 ELEZIONE DI DOMICILIO

La Società potrà eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notificazione dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art.18 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società appaltatrice assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche ed integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) o il CUP – CIG/CUP.

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3. La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

L'Ente Contraente verifica in occasione di ogni pagamento alla Società con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Società si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subContraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art.19 VALIDITÀ TERRITORIALE

La presente assicurazione è valida in tutto il mondo.

SEZIONE NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art.20 DENUNCIA DEI SINISTRI – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

La denuncia del sinistro sarà effettuata per iscritto alla Società, anche tramite l'Intermediario, entro 30 (trenta) giorni lavorativi dall'evento o da quando l'ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza.

Nel caso di morte, l'avviso deve essere dato entro 15 (quindici) giorni lavorativi da quando l'ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza.

L'Assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Il Contraente è sollevato dall'obbligo di osservanza dei termini di dichiarazione o di avviso qualora non abbia avuto conoscenza dei casi verificatisi per fatto altrui.

Art.21 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La Società ha diritto di recedere dal contratto esclusivamente nei seguenti casi con le modalità di seguito indicate:

A. Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il Contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 90 giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società al Contraente entro e non oltre tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

B. Recesso per aggravamento del rischio

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'Art.6 "Revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 90 giorni, da comunicarsi al Contraente tramite raccomandata A.R. ovvero mediante posta elettronica certificata.

In entrambi i casi la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

In tutte le ipotesi di recesso la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al Contraente, nella comunicazione stessa di recesso, tutti i dati di cui all'Art.22 – Gestione Sinistri e impegni dell'assicuratore delle 'Norme che regolano la gestione dei sinistri', necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo.

Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

Art.22 GESTIONE SINISTRI E IMPEGNI DELL'ASSICURATORE

Entro il limite di 30 giorni dalla scadenza di ogni annualità assicurativa, o comunque dalla richiesta del Contraente, la Società si impegna a fornire al Contraente, per il tramite del Broker, dei tabulati contenenti i dati relativi all'andamento del rischio dall'inizio del contratto assicurativo aggiornati a non oltre i 60 gg precedenti, in formato elettronico modificabile (Excel o equivalente).

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo riservato per ciascun sinistro);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato per ciascun sinistro);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico, utilizzabile dal Contraente stesso.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

Nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso in caso di sinistro, la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Art.23 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art.24 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni.

Art.25 ANTICIPO INDENNIZZO

In tutti i casi in cui l'infortunio dia luogo ad un'invalidità permanente, la Società si obbliga a riconoscere all'Assicurato, dietro presentazione dei documenti giustificativi e previa visita da parte del medico fiduciario della Società stessa, un'anticipazione parziale per l'indennizzo, e ciò non prima che siano trascorsi 90 (novanta) giorni dal giorno dell'infortunio. L'anticipazione ha luogo nel caso in cui il grado d'invalidità permanente superi l'aliquota del 20% (venti per cento) ed è limitata nella misura massima di un terzo dell'indennizzo valutabile allo stato, con riserva di successiva revisione e conguaglio.

Art.26 CONTROVERSIE SULL'INFORTUNIO E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio e/o alla malattia, la vertenza viene deferita ad un Collegio arbitrale che risiede presso la città dell'Assicurato. Il Collegio è composto da tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo dalle Parti di comune accordo, o, in difetto, e su istanza da una delle Parti, dal Presidente del Tribunale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori; e le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

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

Art.27 DIRITTI 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.

SEZIONE NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.28 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Resta comunque inteso che la presente assicurazione sarà operante solamente per le attività descritte nella scheda di ciascuna categoria di Assicurati previsti all'Art.48 – Persone/categorie e somme assicurate della sezione 'Identificazione degli Assicurati'.

Art.29 ESTENSIONI DELLA COPERTURA

L'assicurazione comprende gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

1. assideramento o congelamento;
2. folgorazioni;
3. colpi di sole, di calore e di freddo;
4. ubriachezza;
5. eventi naturali;
6. eventi sociopolitici, inclusi atti di terrorismo ed aggressioni compiute nei confronti dell'assicurato.
È definito atto di terrorismo una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico. L'assicurazione è operante anche per gli infortuni subiti dagli Assicurati in seguito ad aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, anche fuori dall'orario di lavoro e/o fuori dai luoghi di svolgimento di mandati, d'incarichi o di attività sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
7. eventi catastrofici compresi terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
8. guida di veicoli e natanti in genere, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
9. scariche elettriche e contatti con corrosivi;
10. imprudenza, negligenza, colpa grave;
11. vertigini, malori ed incoscienza;
12. sforzi muscolari ed ernie traumatiche, strappi muscolari derivanti da sforzo;
13. arenamento, naufragio, scomparsa del mezzo di trasporto;
14. infezioni e malattie conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, punture vegetali;

Sono considerati infortuni anche:

15. l'asfissia, purché non dipendente da malattia;
16. gli avvelenamenti da ingestione o da assorbimento di sostanze e le lesioni da contatto con sostanze corrosive;
17. l'annegamento;
18. le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici o trattamenti medici resi necessari a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza;
19. le infezioni derivanti in forma diretta ed esclusiva da infortuni.

Art.30 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- a) guida di mezzi aerei e subacquei e guida di veicoli e natanti in genere per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato;
- b) dal conducente dei veicoli a motore in stato di ubriachezza;
- c) abuso di psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) pratica professionistica di qualsiasi sport.

Sono altresì esclusi gli infortuni verificatisi in occasione di:

- f) delitti dolosi, tentati o compiuti dall'assicurato;
- g) guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione (salvo quanto previsto dall'art. 32 – Rischio guerra – della sezione 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni');
- h) trasmutazioni o assestamenti energetici del nucleo dell'atomo, naturali o provocati e/o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; tale esclusione non si applica agli infortuni conseguenti all'utilizzo di apparecchiature scientifiche, di diagnosi e di cura;

salvo che l'assicurato provi che l'infortunio non ebbe alcun rapporto con tali eventi.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art.31 RISCHIO AERONAUTICO

A deroga di quanto previsto dall'art. 44 – Rischio in itinere – della sezione 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni', l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli, elicotteri e aeromobili gestiti da chiunque eserciti, tranne che da aeroclub.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa fanno parte del rischio del volo.

In caso di infortunio - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di:

- € 5.200.000,00 nel caso in cui gli assicurati viaggino a bordo di aeromobili di linea certificati per il trasporto pubblico di passeggeri che effettuino il servizio tra aeroporti stabiliti ad orari regolari e determinati;
- € 5.200.000,00 in caso in cui gli assicurati non viaggino a bordo di aeromobili di linea certificati per il trasporto pubblico di passeggeri che effettuino il servizio tra aeroporti stabiliti ad orari regolari e determinati.

La somma complessiva che precede si intende unica per tutti gli assicurati della presente polizza e per tutte le polizze stipulate dal Contraente con la Società per il rischio infortuni.

Resta convenuto che € 5.200.000,00 rappresenta la somma complessiva massima indennizzabile dalla Società per gli infortuni aeronautici così come definiti nel presente articolo di polizza.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

Art.32 RISCHIO GUERRA

L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, da insurrezioni e/o rivoluzioni. L'assicurazione vale per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero, in un Paese sino ad allora in pace.

Art.33 MORTE

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli

eredi legittimi e/o testamentari. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 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.34 MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 del codice civile. Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre 2 (due) anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

Art.35 INVALIDITÀ PERMANENTE (la garanzia è operante se prevista nella scheda di categoria assicurati di cui all'art. Art.48 – Persone/categorie e somme assicurate - della sezione 'Identificazione degli assicurati')

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente applicando la tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista all'allegato 1 del d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge. Anche per la valutazione delle lesioni e delle menomazioni non esplicitamente menzionate nella tabella sopraccitata si farà riferimento alla tabella di valutazione prevista dall'INAIL ai sensi del d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124 s.m.i.

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

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di perdita totale della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella d.p.r. 30 giugno 1965, n.1124 con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

In caso di constatato mancinismo le percentuali riferite all'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa.

Art.36 FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

Saranno applicabili le franchigie previste nella scheda di categoria assicurati di cui all'Art.48 – Persone/categorie e somme assicurate - della sezione 'Identificazione degli assicurati'.

Art.37 INABILITÀ TEMPORANEA (la garanzia è operante se prevista nella scheda di categoria assicurati di cui all'Art.48 - Persone/categorie e somme assicurate - della sezione 'Identificazione degli assicurati')

Per inabilità temporanea si intende la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.

Per ogni giorno la Società corrisponderà una somma per un massimo di 365 giorni. Tale somma è cumulabile con le altre garanzie previste dalla presente polizza.

Art.38 FRANCHIGIA SU INABILITÀ TEMPORANEA

Saranno applicabili le franchigie previste nella scheda di categoria assicurati di cui all'Art. 48 - Persone/categorie e somme assicurate - della sezione 'Identificazione degli assicurati'.

Art.39 DIARIA A SEGUITO DI RICOVERO (la garanzia è operante se prevista nella scheda di categoria assicurati di cui all'Art.48 - Persone/categorie e somme assicurate - della sezione 'Identificazione degli assicurati')

Qualora sia provato che l'infortunio abbia causato il ricovero, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera integralmente.

L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; qualora l'Assicurato non trasmetta tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto di 365 giorni, la garanzia vale anche in caso di ricovero in day hospital.

Art.40 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (la garanzia è operante se prevista nella scheda di categoria assicurati di cui all'Art.48 - Persone/categorie e somme assicurate - della sezione 'Identificazione degli assicurati')

In caso d'infortunio risarcibile a termini di polizza – sebbene l'infortunio non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente - la Società rimborsa agli Assicurati il costo delle cure mediche sostenute, fino alla concorrenza del limite di indennizzo previsto nella scheda di categoria assicurati di cui all'art. 46 - Persone/categorie e somme assicurate - della sezione 'Identificazione degli assicurati'.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici, medico-legali ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie;
- spese sostenute per tickets.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente laddove tale garanzia viene prestata.

Le spese saranno liquidate a presentazione di fatture, notule, e simile documentazione, debitamente quietanzate. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Se l'assicurato fruisce dell'assistenza sanitaria sociale, la garanzia è prestata fino alla concorrenza della somma assicurata, per la parte di spesa non sostenuta dall'Ente assistenziale.

Art.41 MALATTIE PROFESSIONALI

Limitatamente al rischio morte e invalidità permanente, l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, incluse, a titolo esemplificativo e non limitativo, HIV ed Epatite, che si manifestano nel corso della validità del presente contratto e/o entro 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro o dalla data di cessazione della presente garanzia.

Per malattie professionali si intendono sia quelle previste nella tabella allegato 4 al d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124 e s.m.i., sia qualsiasi altra malattia ivi non compresa, ma di cui sia comunque provata la derivazione dalla professione o attività svolta dagli assicurati dichiarata in polizza; con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Ai fini dell'efficacia della garanzia per le lesioni derivanti da HIV ed Epatite, l'Assicurato dovrà documentare di aver rispettato le procedure e/o i protocolli vigenti in tema di accertamento delle infezioni derivanti da cause di servizio.

Art.42 COSTITUZIONE E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il conteggio del premio è così determinato:

- garanzie con effetto dalle ore 24 del 27.09.2017 per le categorie dei soggetti ex ASL TO1 indicate nello schema Riepilogo soggetti assicurati A;
- garanzie con effetto dalle ore 24 del 31/12/2017 con l'inserimento delle categorie dei soggetti ex ASL TO2 come da schema Riepilogo soggetti assicurati B.

Il premio è conteggiato moltiplicando i premi unitari convenuti per gli elementi variabili riportati nella scheda di categoria assicurati di cui all'Art. 48 – Persone/categorie e somme assicurate - della sezione 'Identificazione degli assicurati', e risulta costituito da una rata pagata anticipatamente, pari al 75% (settantacinque percento) del premio, calcolata sulla base dei dati forniti dal Contraente al perfezionamento del contratto e all'inizio di ogni annualità assicurativa, e da una eventuale regolazione calcolata sulla base dei dati consuntivi.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero degli Assicurati per inclusioni o esclusioni, queste s'intendono automaticamente efficaci e assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione da parte del Contraente. Il Contraente pertanto si impegna a fornire alla Società entro i 120 (centoventi) giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine, non minore di 15 (quindici) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto ed a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione verranno pagate alla Società entro 60 (sessanta) giorni dalla data di presentazione della suddetta appendice di regolazione.

Il Contraente è esonerato dalla preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso dell'Amministrazione stessa. Qualora il Contraente abbia in buona fede fornito dichiarazioni inesatte sul numero degli Assicurati, la Società riconoscerà la piena validità del contratto fermo il suo diritto a richiedere la quota di maggior premio non percepita.

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

Art.43 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Art.44 RISCHIO IN ITINERE (la garanzia è operante se prevista nella scheda di categoria assicurati di cui all'Art. 48 - Persone/categorie e somme assicurate - della sezione 'Identificazione degli assicurati')

Premesso che la copertura assicurativa opera, nell'ambito dell'attività descritta nella scheda di categoria assicurati di cui all'Art.48 - Persone/categorie e somme assicurate - della sezione 'Identificazione degli assicurati', la presente garanzia è prestata anche per il rischio in itinere, ossia per gli infortuni che dovessero colpire gli Assicurati durante il tragitto dal domicilio (anche occasionale) al luogo di studio e/o di lavoro e viceversa, dal luogo di studio al luogo di lavoro e viceversa ovvero da un luogo di lavoro ad un altro luogo di lavoro (in caso di attività in più sedi), purché tali infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con mezzi di locomozione (privati o pubblici) prima o dopo l'orario di inizio e cessazione delle attività.

Art.45 ESTROMISSIONE SOGGETTI ASSICURATI

La Società prende atto che il Contraente si riserva di richiedere l'esclusione dalla copertura di una o più categorie di soggetti assicurati. In tal caso, la richiesta di estromissione si intenderà quale cessazione di rischio ai sensi dell'art. 1896 codice civile e la Società provvederà, comunque, al rimborso del premio pagato e non goduto relativo al periodo di cessazione di rischio.

Art.46 CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE E ATTIVITÀ PROFESSIONALI DIVERSE

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che il Contraente e/o Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l' indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l' indennizzo sarà corrisposto nella ridotta proporzione esistente tra il premio pagato ed il premio che avrebbe dovuto pagare in base alla nuova attività esercitata.

Art.47 EVENTO CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo della Società non potrà comunque superare l'importo di €10.000.000,00 (diecimilioni).

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

SEZIONE IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie di seguito riportate, per le quali il Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Per le categorie attivabili a richiesta, identificate come tali, la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente tramite il Broker e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo.

Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione, secondo quanto previsto dall'art. 42 - Costituzione e regolazione del premio – della sezione 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni'.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art.48 PERSONE/CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

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

A. BORSISTI

L'assicurazione vale unicamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività professionale.

Compreso il rischio in itinere come previsto dall'art. 44 delle 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni'

SI NO

La categoria è attivata automaticamente

SI NO

La categoria è attivata a richiesta

SI NO

Garanzie	Massimale per persona
Caso Morte	€ 260.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€ 260.000,00
Diaria per inabilità temporanea	€ 52,00
Diaria a seguito di ricovero	Non applicabile
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	Non applicabile

Elementi variabili per il calcolo del premio	N° soggetti	46
--	-------------	----

Franchigia caso invalidità permanente da infortunio	Non applicabile
---	-----------------

Franchigia diaria per inabilità temporanea	Non applicabile
--	-----------------

B. CONDUCENTI MEZZI DELL'ENTE (C.C.N.L.)

La garanzia deve intendersi prestata per gli 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' Ente compreso, a titolo esemplificativo e non limitativo, le biciclette. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli.

Compreso il rischio in itinere come previsto dall'art. 44 delle 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni'

SI NO

La categoria è attivata automaticamente

SI NO

La categoria è attivata a richiesta

SI NO

Garanzie	Massimale per persona
Caso Morte da infortunio	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€ 250.000,00
Diaria per inabilità temporanea	Non applicabile
Diaria a seguito di ricovero	Non applicabile
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	€ 7.500,00

Elementi variabili per il calcolo del premio	N°veicoli	92
--	-----------	----

Franchigia caso invalidità permanente da infortunio	<ul style="list-style-type: none"> • 5 punti oltre € 207.000,00 e fino a € 310.000,00 • 10 punti oltre € 310.000,00 • oltre 20 punti di invalidità permanente accertata la franchigia applicata è pari a zero. • Oltre 66 punti l'indennità verrà corrisposta al 100%
---	---

Franchigia diaria per inabilità temporanea	Non applicabile
--	-----------------

C. DIPENDENTI USO MEZZO PROPRIO IN OCCASIONE DI TRASFERTE O PER ADEMPIMENTI DI SERVIZIO (C.C.N.L.)

In ottemperanza agli obblighi di Legge derivanti alla Contraente, infortuni subiti dai Dipendenti durante la circolazione di veicoli, compresi i cicli e motocicli, in uso ai dipendenti stessi purché non intestati al P.R.A. 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 dai mezzi di trasporto.

Devono, inoltre, intendersi compresi gli infortuni - come sopradescritti - subiti da obiettori di coscienza.

Compreso il rischio in itinere come previsto dall'art. 44 delle 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni'

SI NO

La categoria è attivata automaticamente

SI NO

La categoria è attivata a richiesta

SI NO

Garanzie	Massimale per persona
Caso Morte da infortunio	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€ 250.000,00
Diaria per inabilità temporanea	Non applicabile
Diaria a seguito di ricovero	Non applicabile
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	€ 7.500,00

Elementi variabili per il calcolo del premio	Km. percorsi su automezzi n°	73.910
--	------------------------------	--------

Franchigia caso invalidità permanente da infortunio	<ul style="list-style-type: none"> • 5 punti oltre € 207.000,00 e fino a € 310.000,00 • 10 punti oltre € 310.000,00 • oltre 20 punti di invalidità permanente accertata la franchigia applicata è pari a zero. • Oltre 66 punti l'indennità verrà corrisposta al 100%
---	---

Franchigia diaria per inabilità temporanea	Non applicabile
--	-----------------

D. MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI (come da Accordo collettivo nazionale del 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78 e dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni)

Sono garantiti gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale in conformità ed ai sensi dei relativi accordi collettivi nazionali.

La garanzia è prestata per i medici che abbiano l'incarico dall'Azienda con l'intesa che, qualora per motivi di ferie, di malattia od altri motivi documentabili, i suddetti medici fossero sostituiti da altri, con le stesse mansioni, la garanzia dovrà ritenersi operante per questi ultimi.

Compreso il rischio in itinere come previsto dall'art. 44 delle 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni'

SI NO

La categoria è attivata automaticamente

SI NO

La categoria è attivata a richiesta

SI NO

Garanzie	Massimale per persona
Caso Morte	€ 1.033.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€ 1.033.000,00
Diaria per inabilità temporanea	€ 155,00.= giornaliero (50% per i primi 3 mesi)
Diaria a seguito di ricovero	Non applicabile
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	Non applicabile

Elementi variabili per il calcolo del premio	N° soggetti	298
--	-------------	-----

Franchigia caso invalidità permanente da infortunio	Non applicabile
---	-----------------

Franchigia diaria per inabilità temporanea	Non applicabile
--	-----------------

E. BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI CONVENZIONATI (ACN 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art.8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni)

Sono garantiti gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale in conformità ed ai sensi dei relativi accordi collettivi nazionali.

La garanzia è prestata per i medici che abbiano l'incarico dall'Azienda con l'intesa che, qualora per motivi di ferie, di malattia od altri motivi documentabili, i suddetti medici fossero sostituiti da altri, con le stesse mansioni, la garanzia dovrà ritenersi operante per questi ultimi.

Compreso il rischio in itinere come previsto dall'art. 44 delle 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni'

SI NO

La categoria è attivata automaticamente

SI NO

La categoria è attivata a richiesta

SI NO

Garanzie	Massimale per persona
Caso Morte	€ 1.033.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€ 1.033.000,00
Diaria per inabilità temporanea	€ 155,00.= giornaliera (50% per i primi 3 mesi)
Diaria a seguito di ricovero	Non applicabile
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	Non applicabile

Elementi variabili per il calcolo del premio	N° soggetti	142
--	-------------	-----

Franchigia caso invalidità permanente da infortunio	Non applicabile
---	-----------------

Franchigia diaria per inabilità temporanea	Non applicabile
--	-----------------

F. MEDICI VETERINARI AMBULATORIALI CONVENZIONATI (ACN 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art.8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni)

Sono garantiti gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale in conformità ed ai sensi dei relativi accordi collettivi nazionali.

La garanzia è prestata per i medici che abbiano l'incarico dall'Azienda con l'intesa che, qualora per motivi di ferie, di malattia od altri motivi documentabili, i suddetti medici fossero sostituiti da altri, con le stesse mansioni, la garanzia dovrà ritenersi operante per questi ultimi.

Compreso il rischio in itinere come previsto dall'art. 44 delle 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni'

SI NO

La categoria è attivata automaticamente

SI NO

La categoria è attivata a richiesta

SI NO

Garanzie	Massimale per persona
Caso Morte	€ 1.033.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€ 1.033.000,00
Diaria per inabilità temporanea	€ 155,00.= giornaliero (50% per i primi 3 mesi)
Diaria a seguito di ricovero	Non applicabile
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	Non applicabile

Elementi variabili per il calcolo del premio	N° soggetti	6
--	-------------	---

Franchigia caso invalidità permanente da infortunio	Non applicabile
---	-----------------

Franchigia diaria per inabilità temporanea	Non applicabile
--	-----------------

G. MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI (come da DPR 484 del 22/07/1996 - Accordo collettivo nazionale 23 Marzo 2005)

Sono garantiti gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale in conformità ed ai sensi dei relativi accordi collettivi nazionali.

La garanzia è prestata per i medici che abbiano l'incarico dall'Azienda con l'intesa che, qualora per motivi di ferie, di malattia od altri motivi documentabili, i suddetti medici fossero sostituiti da altri, con le stesse mansioni, la garanzia dovrà ritenersi operante per questi ultimi.

Compreso il rischio in itinere come previsto dall'art. 44 delle 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni'

SI NO

La categoria è attivata automaticamente

SI NO

La categoria è attivata a richiesta

SI NO

Garanzie	Massimale per persona
Caso Morte	€ 1.033.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€ 1.033.000,00
Diaria per inabilità temporanea	€ 52,00.= giornaliera (50% per i primi 3 mesi)
Diaria a seguito di ricovero	Non applicabile
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	Non applicabile

Elementi variabili per il calcolo del premio	N° soggetti	20
--	-------------	----

Franchigia caso invalidità permanente da infortunio	Non applicabile
---	-----------------

Franchigia diaria per inabilità temporanea	Non applicabile
--	-----------------

H. MEDICI CONVENZIONATI ADDETTI ALLE ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE (A.C.N. Medici di Medicina Generale)

Sono garantiti gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale in conformità ed ai sensi dei relativi accordi collettivi nazionali.

La garanzia è prestata per i medici che abbiano l'incarico dall'Azienda con l'intesa che, qualora per motivi di ferie, di malattia od altri motivi documentabili, i suddetti medici fossero sostituiti da altri, con le stesse mansioni, la garanzia dovrà ritenersi operante per questi ultimi.

Compreso il rischio in itinere come previsto dall'art. 44 delle 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni'

SI NO

La categoria è attivata automaticamente

SI NO

La categoria è attivata a richiesta

SI NO

Garanzie	Massimale per persona
Caso Morte	€ 775.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€ 775.000,00
Diaria per inabilità temporanea	€ 52,00.= giornaliera
Diaria a seguito di ricovero	Non applicabile
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	Non applicabile

Elementi variabili per il calcolo del premio	N° soggetti	5
--	-------------	---

Franchigia caso invalidità permanente da infortunio	Non applicabile
---	-----------------

Franchigia diaria per inabilità temporanea	Non applicabile
--	-----------------

I. MEDICI DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE (D.P.R. 270 del 28/07/2000 - Accordo collettivo nazionale 23 Marzo 2005) – ex Guardia Medica / Penitenziaria / Codici bianchi DEA

Sono garantiti gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale in conformità ed ai sensi dei relativi accordi collettivi nazionali.

La garanzia è prestata per i medici che abbiano l'incarico dall'Azienda con l'intesa che, qualora per motivi di ferie, di malattia od altri motivi documentabili, i suddetti medici fossero sostituiti da altri, con le stesse mansioni, la garanzia dovrà ritenersi operante per questi ultimi.

Compreso il rischio in itinere come previsto dall'art. 44 delle 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni'

SI NO

La categoria è attivata automaticamente

SI NO

La categoria è attivata a richiesta

SI NO

Garanzie	Massimale per persona
Caso Morte	€ 775.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€ 775.000,00
Diaria per inabilità temporanea	€ 52,00.= giornaliera
Diaria a seguito di ricovero	Non applicabile
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	Non applicabile

Elementi variabili per il calcolo del premio	N° soggetti	123
--	-------------	-----

Franchigia caso invalidità permanente da infortunio	Non applicabile
---	-----------------

Franchigia diaria per inabilità temporanea	Non applicabile
--	-----------------

J. DONATORI DI SANGUE ASSOCIATI E NON (I. 266/1991)

La garanzia deve intendersi prestata per gli infortuni subiti durante le donazioni ed operazioni connesse al prelievo del sangue, 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 ed Invalidità Permanente conseguenti e dipendenti dalle donazioni di sangue (a titolo esemplificativo si citano: collasso cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, periflebiti, infezioni, ematomi di notevole entità, ecc.) solo ed 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.

Compreso il rischio in itinere come previsto dall'art. 44 delle 'Norme che regolano l'assicurazione infortuni'

SI NO

La categoria è attivata automaticamente

SI NO

La categoria è attivata a richiesta

SI NO

Garanzie	Massimale per persona
Caso Morte da infortunio	€ 104.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€ 104.000,00
Diaria per inabilità temporanea	€ 30,00
Diaria a seguito di ricovero	Non applicabile
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	Non applicabile
Elementi variabili per il calcolo del premio	N° don azioni 1.767

Franchigia caso invalidità permanente da infortunio	Non applicabile
Franchigia diaria per inabilità temporanea	Non applicabile

RIEPILOGO SOGGETTI ASSICURATI A (decorrenza dal 27.09.2017 ex TO1)

CATEGORIA	ELEMENTO VARIABILE	ENTITÀ	PREMIO IMPONIBILE PRO-CAPITE O TASSO IMPONIBILE APPLICATO	TOTALE
A)BORSISTI	N° soggetti	24	€,00	€,00
B) Conducenti Mezzi dell'Ente	N°veicoli	13	€,00	€,00
C) Dipendenti Uso Mezzo proprio in occasione di trasferte o per adempimenti di servizio (C.C.N.L.)	Km percorsi	23.249	€,00	€,00
D) Medici specialisti ambulatoriali	N° soggetti	298	€,00	€,00
E) Biologi, Chimici e Psicologi Ambulatoriali Convenzionati	N° soggetti	45	€,00	€,00
F)Medici Veterinari Ambulatoriali Convenzionati	N° soggetti	6	€,00	€,00
G)Medici addetti alla medicina dei servizi	N° soggetti	15	€,00	€,00
H) Medici Convenzionati addetti alle attività territoriali programmate	N° soggetti	5	€,00	€,00
I)Medici della Continuità Assistenziale (Ex Guardia Medica, Penitenziaria, Codici Bianchi DEA)	N° soggetti	82	€,00	€,00
J)Donatori di sangue (associati e non)	N° donazioni	----	€,00	€,00
TOTALE				

Scomposizione del premio anticipato relativo alle sezioni con attivazione automatica

Premio annuo imponibile	€	
Imposte	€	
TOTALE	€	

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

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

Luogo e data

LA CONTRAENTE

I COASSICURATORI

LA SOCIETA'

RIEPILOGO SOGGETTI ASSICURATI B
(decorrenza dal 31.12.2017 ex TO1 ed ex TO2)

CATEGORIA	ELEMENTO VARIABILE	ENTITÀ	PREMIO IMPONIBILE PRO-CAPITE O TASSO IMPONIBILE APPLICATO	TOTALE
A) Borsisti	N°soggetti	46	€,00	€,00
B) Conducenti mezzi dell'Ente	N°veicoli	92	€,00	€,00
C) Dipendenti uso mezzo proprio in occasione di trasferte o per adempimenti di servizio (C.C.N.L.)	Km percorsi	73.910	€,00	€,00
D) Medici specialisti ambulatoriali	N°soggetti	298	€,00	€,00
E) Biologi, Chimici e Psicologi Ambulatoriali Convenzionati	N°soggetti	142	€,00	€,00
F) Medici Veterinari Ambulatoriali Convenzionati	N°soggetti	6	€,00	€,00
G) Medici addetti alla medicina dei servizi	N°soggetti	20	€,00	€,00
H) Medici Convenzionati addetti alle attività programmate	N°soggetti	5	€,00	€,00
I) Medici della Continuità Assistenziale (Ex Guardia Medica, Penitenziaria, Codici Bianchi DEA)	N°soggetti	123	€,00	€,00
J) Donatori di sangue (associati e non)	N°donazioni	1.767	€,00	€,00
TOTALE				

Scomposizione del premio anticipato relativo alle sezioni con attivazione automatica

Premio annuo imponibile	€	
Imposte	€	
TOTALE	€	

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

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

Luogo e data

LA CONTRAENTE

I COASSICURATORI

LA SOCIETA'