

POLIZZA INFORTUNI

Azienda Sanitaria Locale AT

Decorrenza: ore 24.00 del 31/12/2014

Scadenza: ore 24.00 del 31/12/2019

Durata: 5 anni

Azienda Sanitaria Locale AL

Decorrenza: ore 24.00 del 31/03/2015

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

Scadenza: ore 24.00 del 31/12/2019

Durata: 4 anni e 9 mesi

Azienda Ospedaliera “SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo” (AL)

Decorrenza: ore 24.00 del 31/03/2015

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

Scadenza: ore 24.00 del 31/12/2019

Durata: 4 anni e 9 mesi

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

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

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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

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

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

ART. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società; in caso di sinistro, l' Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 C.C.).

ART. 3 - Modifiche dell' assicurazione

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

ART. 4 – Comunicazioni dell'Assicurato

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

ART. 5 – Deroga alle dichiarazioni dell'Assicurato

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

ART. 6 – Naturale scadenza e durata del contratto

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

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

È fatto comunque salvo l'obbligo della Società di continuare il servizio alle condizioni e modalità di aggiudicazione/rinnovo fino a quando il Contraente non avrà provveduto alla stipula di un nuovo contratto.

Tale obbligo non potrà protrarsi oltre 6 mesi dalla scadenza del contratto originario o dei relativi rinnovi o dalla cessazione in caso di recesso anticipato per qualunque motivo; è facoltà del Contraente, entro il massimo di 6 mesi di cui sopra, scegliere l'effettivo periodo di continuazione del servizio e la Società è obbligata all'accettazione di quanto richiesto.

Il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura; nel caso di continuazione del servizio seguito recesso anticipato non verrà corrisposto ulteriore premio né predisposto alcun rimborso da parte della Società qualora il rateo corrispondente al periodo di proroga risulti compensato dalla quota di premio già anticipata e non goduta.

ART. 7 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia (CLAUSOLA NON DEROGABILE)

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

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

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 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.

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

I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art. 1901 c.c., vale anche qualora il Contraente si avvalga della facoltà di rinnovazione o proroga.

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

- a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, 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.

ART. 8 - Revisione del prezzo e recesso anticipato in corso di contratto

Le Parti prendono e danno reciprocamente atto che ai sensi dell'art. 115 del D. Lgs. 163/2006 "Codice degli Appalti" durante il decorso del rapporto contrattuale si potrà addivenire ad una revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza, laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una loro variazione.
La revisione del prezzo è consentita, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, al verificarsi di una delle seguenti circostanze:

in caso di aggravamento del rischio tale per cui, se fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società avrebbe consentito l'Assicurazione ad un premio più elevato,

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 l'ammontare del premio al netto delle imposte pagato dal Contraente per il medesimo periodo di oltre il 10%.

In tale ipotesi la Società rinuncia alla facoltà di recesso ed avrà diritto alla revisione del premio assicurativo, a far data dalla prima scadenza successiva, in misura massima pari all'eccedenza riscontrata, ma non oltre il 30%.

La revisione del prezzo deve essere richiesta dalla Società con un preavviso non inferiore a 60 giorni. Il Contraente avrà la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di revisione del prezzo sulla base di un'istruttoria condotta tenuto conto delle disposizioni di cui all'art. 7, comma 4, lettera c) e comma 5 del "Codice degli Appalti". Qualora il Contraente, in esito a tale indagine, comunichi di rifiutare l'applicazione dell'incremento di premio richiesto, il contratto si intenderà risolto di diritto, decorsi 180 giorni dalla data della predetta comunicazione di richiesta di revisione del prezzo da parte della Società.

La Società ha inoltre facoltà di recedere dall'Assicurazione, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, al verificarsi di una delle seguenti circostanze:

in caso di aggravamento del rischio tale per cui, se fosse esistito o fosse stato conosciuto al momento di conclusione del contratto la Società non avrebbe consentito l'Assicurazione,

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 l'ammontare del premio al netto delle imposte pagato dal Contraente per il medesimo periodo di oltre il 50%.

Ricorrendo tale circostanza la Società ha facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di 180 giorni da darsi con lettera raccomandata il cui computo decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente.

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

In caso di risoluzione anticipata del contratto la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

In ogni caso di risoluzione anticipata del contratto di cui al presente articolo, il recesso da parte della Società non avrà effetto qualora la Società non abbia comunicato al Contraente, contestualmente all'esercizio del recesso stesso, le informazioni di cui all'articolo "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio".

Art. 8a – Proroga in caso di sinistro grave

Qualora nel corso degli ultimi 6 mesi di validità del contratto si verifichi un sinistro, che già non sia stato respinto dalla Compagnia, il cui ammontare pagato o posto a riserva ecceda di oltre il 50% il premio annuale di polizza al netto delle imposte, la

Società rinuncia ad esercitare la facoltà di recesso ed il contratto si intende prorogato di diritto di una ulteriore annualità decorrente dalla scadenza originaria del contratto.

In tale ipotesi la Società avrà diritto alla revisione del premio assicurativo relativo a tale ulteriore annualità in misura massima pari all'eccedenza riscontrata , ma non oltre il 50%.

ART. 9 - Oneri fiscali

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

ART. 10 - Foro competente

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

ART. 11 - Rinvio alle norme di legge

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

ART. 12 - Estensioni territoriali

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

ART. 13 - Assicurazione per conto altrui

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

ART. 14 – Interpretazione del contratto

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

ART. 15 – Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

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

ART. 16 – Clausola broker

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

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

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

Art. 16a) – Clausola Broker in presenza di Lloyd's Correspondent (clausola alternativa)

Con la sottoscrizione della presente polizza l'Assicurato/Contraente conferisce mandato alla società di brokeraggio Marsh S.p.A. (di seguito denominata Broker) di rappresentarlo ai fini della presente polizza:

Pertanto:

- a) Ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
- b) Ogni comunicazione effettuata dal Broker del Contraente Assicurato al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso.

I Sottoscrittori conferiscono mandato alla Società(di seguito nominata Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's) di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente polizza.

Pertanto:

- a) Ogni comunicazione effettuata al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata ai Sottoscrittori
- b) Ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dai Sottoscrittori

ART. 17 – Clausola di delega in presenza di broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Ditta Marsh S.p.A. e gli assicuratori hanno convenuto di affidare la delega alla (Compagnia)....., di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del contraente dalla Ditta Marsh S.p.A. la quale tratterà con la Compagnia delegataria informandone le Compagnie assicuratrici.

Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l' incasso dei premi di polizza la cui

regolazione verrà effettuata dal contraente per il tramite della Ditta Marsh S.p.A. direttamente nei confronti di ogni Compagnia assicuratrice.

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

**SEZIONE 3 – RISCHI COPERTI di Azienda Ospedaliera “SS. Antonio e Biagio e
C. Arrigo” di Alessandria**

ART. 1 – Persone e somme assicurate

a)	MEDICI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	
	MORTE	€ 775.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 775.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 62,00
b)	DONATORI DI SANGUE (iscritti e non)	
	MORTE	€ 104.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 104.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 30,00
c)	CONDUCENTI MEZZI AZIENDA	
	MORTE	€ 155.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 155.000,00
d)	DIPENDENTI USO MEZZO PROPRIO IN OCCASIONE DI TRASFERTE O PER ADEMPIMENTI DI SERVIZIO	
	MORTE	€ 155.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 155.000,00
e)	VOLONTARI (singoli ed appartenenti ad associazioni di volontariato)	
	MORTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA	€ 155.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	€ 155.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	€ 155.000,00
f)	PERSONALE CHE EFFETTUA SERVIZIO DI ELISOCORSO	
	MORTE	€ 775.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 775.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 52,00
g)	PERSONALE IN CONVENZIONE	
	MORTE	€ 517.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 517.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 78,00

ART. 2 – Rischi assicurati

- Categoria a) Infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.
- Categoria b) Infortuni subiti durante le donazioni ed operazioni connesse al prelievo del sangue, effettuati presso il Contraente e presso i Centri di raccolta convenzionati, nonché per gli eventuali infortuni occorsi durante i controlli richiesti ai donatori medesimi, compreso il rischio in itinere.
- Sono compresi in garanzia i casi di Morte ed Invalidità Permanente conseguenti e dipendenti dalle donazioni di sangue (a titolo esemplificativo si citano: collasso cardiaco, shock cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, periflebiti, paraflebiti, infezioni, ematomi di notevole entità, ipocalcemia, ecc.) solo 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.
- Categoria c) Infortuni subiti da conducenti durante il viaggio per la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i veicoli di proprietà o in uso all'Azienda.
- Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli.
- Categoria d) In ottemperanza agli obblighi di Legge derivanti alla Contraente, infortuni subiti dai Dipendenti durante la circolazione con i mezzi di trasporto, comprese biciclette, in uso ai dipendenti stessi purchè non intestati al PRA a nome della Contraente, che possono verificarsi durante le trasferte o gli adempimenti di servizio fuori dall' ufficio limitatamente al tempo strettamente necessario per l' esecuzione delle prestazioni relative comprese le persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.
- La garanzia deve intendersi estesa per la forzata sosta e la ripresa della marcia nonché la salita e la discesa dai mezzi di trasporto.

Categoria e) L'assicurazione vale unicamente per gli Infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di volontariato.

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

a) l'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o dalla data di cessazione del servizio, se questa è anteriore.

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

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

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

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

Categoria f) La garanzia si intende prestata per i medici e gli infermieri professionali, dipendenti della Contraente e/o appartenenti ad altre Asl/Aziende Ospedaliere convenzionate con la stessa, che prestano servizio di elisoccorso.

Categoria g) La garanzia è prestata per gli infortuni subiti da personale medico, paramedico ed amministrativo dipendente della Contraente operante presso terzi – convenzioni attive - e da personale esterno operante presso la Contraente – convenzioni passive - durante lo svolgimento di prestazioni professionali (attività di consulenza o di altra tipologia).

Limitatamente alle categorie c) e d)

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005-Nuovo Codice delle Assicurazioni Private-).

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

ART. 3 - Franchigia per Invalidità Permanente

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

*** per le categorie a-f-g:** nessuna franchigia

*** per le altre categorie:**

- 1) 5% sulla somma eccedente Euro 260.000,00 e fino a Euro 310.000,00;
- 2) 10% sulla somma eccedente Euro 310.000,00.

Pertanto sulla somma assicurata:

- eccedente Euro 260.000,00 e fino a Euro 310.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 5%;

- eccedente Euro 310.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 10%.

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

ART. 4 – Franchigia su inabilità temporanea

Per la categoria a) le franchigie si intenderanno quelle previste dal CCNL

ART. 5 – Parametri e calcolo del premio

Categoria a)	numero 66.000 ore €..... per ora premio annuo lordo €
Categoria b)	numero 12.000 donazioni di sangue €..... per donazione premio annuo lordo €
Categoria c)	numero 26 veicoli €per ogni veicolo premio annuo lordo €.....
Categoria d)	numero 19.000 km € per km numero 2 biciclette €..... per bicicletta premio annuo lordo €.....
Categoria e)	numero 9.000 ore €..... per ora premio annuo lordo €
Categoria f)	numero 730 giornate/presenza €..... per giornata/presenza premio annuo lordo € (<u>premio flat senza regolazione a fine annualità</u>)
Categoria g)	numero 11.000 ore €..... per ora premio annuo lordo €

ART. 6 – Regolazione del premio

Il premio convenuto anticipato in via provvisoria è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo (da intendersi pari al 75% del premio di polizza). A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per il conguaglio e cioè:

per la categoria a)	il numero delle ore effettive dei medici di emergenza sanitaria territoriale;
per la categoria b)	il numero effettivo delle donazioni di sangue;

- per la categoria c) il numero effettivo di veicoli.
Il Contraente è esonerato dall'obbligo della comunicazione delle inclusioni/esclusioni intervenute nel corso dell' anno e pertanto le stesse si intendono automaticamente comprese e/o escluse: a tale proposito, relativamente alla data di entrata e/o uscita, fanno fede i documenti ufficiali che l'Azienda si impegna ad esibire in qualsiasi momento.
Di tali variazioni si terrà conto in sede di regolazione conteggiando il 50% dei premi derivanti dalla differenza fra premi anticipati e premi consuntivi.
- per la categoria d) il numero dei Km. effettivi annui percorsi ed il numero di biciclette.
Il Contraente è esonerato dall' obbligo della preventiva denuncia delle generalità dei mezzi e dei loro proprietari, ma sarà tenuto ad esibire in qualsiasi momento gli atti dai quali è possibile desumere data, luogo della trasferta, generalità del conducente, targa mezzo di trasporto o indicazione dell'utilizzo di bicicletta, numero Km. percorsi (solo se non utilizzate biciclette).
Limitatamente alle biciclette il Contraente è esonerato dall'obbligo della comunicazione delle inclusioni/esclusioni intervenute nel corso dell' anno e pertanto le stesse si intendono automaticamente comprese e/o escluse: a tale proposito, relativamente alla data di entrata e/o uscita, fanno fede i documenti ufficiali che l'Azienda si impegna ad esibire in qualsiasi momento.
Di tali variazioni si terrà conto in sede di regolazione conteggiando il 50% dei premi derivanti dalla differenza fra premi anticipati e premi consuntivi.
- per la categoria e) il numero delle ore effettive dei volontari;
- per la categoria f) categoria non soggetta a regolazione premio;
- per la categoria g) il numero delle ore effettive del personale in convenzione.

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

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

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

ART. 7 – Variazione della normativa vigente

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

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

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

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

ART. 8 – Variazioni di polizza

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

SEZIONE 3 – RISCHI COPERTI di Azienda Sanitaria Locale AL

ART. 1 – Persone e somme assicurate

a)	MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI ED ALTRE PROFESSIONALITA' AMBULATORIALI	
	MORTE	€ 1.033.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 1.033.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 155,00
b)	MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	
	MORTE	€ 775.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 775.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 52,00
c)	MEDICI DELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI	
	MORTE	€ 775.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 775.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 52,00
d)	DONATORI DI SANGUE (iscritti e non)	
	MORTE	€ 104.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 104.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 30,00
e)	CONDUCENTI MEZZI AZIENDA	
	MORTE	€ 155.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 155.000,00
f)	DIPENDENTI USO MEZZO PROPRIO IN OCCASIONE DI TRASFERTE O PER ADEMPIMENTI DI SERVIZIO	
	MORTE	€ 155.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 155.000,00
g)	MINORI IN AFFIDO	
	MORTE	€ 51.700,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 51.700,00
	RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 2.600,00

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

ART. 2 – Rischi assicurati

- Categoria a) b) c) Infortuni subiti a causa ed in occasione dell' attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.
- Categoria d) Infortuni subiti durante le donazioni ed operazioni connesse al prelievo del sangue, effettuati presso il Contraente e presso i Centri di raccolta convenzionati, nonché per gli eventuali infortuni occorsi durante i controlli richiesti ai donatori medesimi, compreso il rischio in itinere.
- Sono compresi in garanzia i casi di Morte ed Invalidità Permanente conseguenti e dipendenti dalle donazioni di sangue (a titolo esemplificativo si citano: collasso cardiaco, shock cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, periflebiti, paraflebiti, infezioni, ematomi di notevole entità, ipocalcemia, ecc.) solo 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.
- Categoria e) Infortuni subiti da conducenti durante il viaggio per la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i veicoli di proprietà o in uso all'Azienda compresi, a titolo esemplificativo e non limitativo, veicoli non targati (es: carrelli, trattori elettrici, macchine operatrici) e biciclette.
- Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli.
- Categoria f) In ottemperanza agli obblighi di Legge derivanti alla Contraente, infortuni subiti dai Dipendenti durante la circolazione con i mezzi di trasporto , in uso ai dipendenti stessi purchè non intestati al PRA a nome della Contraente, che possono verificarsi durante le trasferte o gli adempimenti di servizio fuori dall' ufficio limitatamente al tempo strettamente necessario per l' esecuzione delle prestazioni relative comprese le persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.
- La garanzia deve intendersi estesa per la forzata sosta e la ripresa della marcia nonché la salita e la discesa dai mezzi di trasporto.

Categoria g)	24 ore su 24
Categoria h)	<p>Infortuni subiti da portatori di handicap e disabili in genere durante la permanenza presso Istituti preposti alla loro accoglienza, come residenti e non residenti, compresi gli spostamenti fuori dai centri stessi ed i soggiorni organizzati dall'Asl purchè in presenza di personale addetto, durante i corsi propedeutici e di orientamento professionale ed attività del "tempo libero".</p> <p>La garanzia vale altresì per gli infortuni subiti da portatori di handicap durante la formazione professionale presso ditte private e/o Enti Pubblici.</p> <p>E' inoltre compreso il rischio in qualità di trasportati sui mezzi eventualmente utilizzati per effettuare le varie attività per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005-Nuovo Codice delle Assicurazioni Private-).</p>
Categoria i)	<p>L'assicurazione vale unicamente per gli Infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di volontariato.</p> <p>La garanzia è altresì prestata per il caso di morte o invalidità permanente in conseguenza di malattie connesse allo svolgimento della propria attività con l'intesa che:</p> <p>a) l'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o dalla data di cessazione del servizio, se questa è anteriore.</p> <p>b) sono escluse dalla garanzia l'AIDS , le nevrosi, le malattie mentali e quelle tubercolari, nonché le radiodermiti e comunque le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;</p> <p>c) in caso di controversie , è riservato al Collegio Arbitrale previsto dalle condizioni generali di assicurazione anche l'accertamento che la malattia sia effettivamente insorta in servizio e per causa di servizio;</p> <p>d) non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'invalidità permanente supera il 15% della totale , viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente detta</p>

percentuale, sempre in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

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

Categoria l) La garanzia deve intendersi prestata per gli infortuni subiti da dipendenti Asl (medici e non medici) che operano presso altre Aziende e/o Enti nel rispetto dei disposti di specifiche convenzioni limitatamente al percorso dall'abitazione e/o dalla sede del luogo di lavoro alla destinazione fissata e viceversa (copertura del solo rischio itinere).
La copertura vale nei medesimi termini di cui sopra anche a favore di personale esterno (medici e non medici) che opera presso l'Asl sempre nel rispetto dei disposti di specifiche convenzioni.

Categoria m) L'assicurazione vale per gli infortuni che medici ed altro personale (a titolo esemplificativo e non limitativo personale infermieristico) dipendente di altre Aziende (soggetti esterni all'Asl), subiscano nello svolgimento dell'attività di consulenza espletata nel rispetto dei disposti di specifiche convenzioni.
La garanzia comprende anche il rischio in itinere.

Categoria n) L'assicurazione vale per gli infortuni subiti da operatori liberi professionisti, appartenenti alle categorie mediche e non, nello svolgimento del proprio incarico.
La garanzia comprende anche il rischio in itinere.

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

a) l'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o dalla data di cessazione del servizio, se questa è anteriore.

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

c) in caso di controversie , è riservato al Collegio Arbitrale previsto dalle condizioni generali di assicurazione anche

l'accertamento che la malattia sia effettivamente insorta in servizio e per causa di servizio;

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

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

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

Categoria p) Infortuni subiti dai borsisti nello svolgimento della propria attività compreso rischio itinere

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

a) l'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o dalla data di cessazione del servizio, se questa è anteriore.

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

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

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

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

Limitatamente alle categorie e) e f)

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005-Nuovo Codice delle Assicurazioni Private-).

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

ART. 3 - Franchigia per Invalidità Permanente

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

*** per le categorie a-b-c-d-l-m-n-o-p:** nessuna franchigia

*** per le altre categorie:**

- 1) 5% sulla somma eccedente Euro 206.000,00;
- 2) 10% sulla somma eccedente Euro 310.000,00.

Pertanto sulla somma assicurata:

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

- eccedente Euro 310.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 10%.

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

ART. 4 – Franchigia su inabilità temporanea

Per le categorie a)b)c) le franchigie si intenderanno quelle previste dal CCNL

ART. 5 – Parametri e calcolo del premio

Categoria a)	numero 88.000 ore € per ora premio annuo lordo €
Categoria b)	numero 109.000 ore € per ora premio annuo lordo €
Categoria c)	numero 7 medici premio annuo pro-capite € premio annuo lordo €
Categoria d)	numero 12.000 donazioni di sangue € per donazione premio annuo lordo €
Categoria e)	numero 385 veicoli (di cui 9 veicoli non targati – es: carrelli, trattori elettrici, macchine operatrici -) + 2 biciclette €per veicolo premio annuo lordo €
Categoria f)	numero 719.000 Km € per km premio annuo lordo €
Categoria g)	numero 17 minori in affido premio annuo pro-capite € premio annuo lordo €
Categoria h)	numero 120 portatori di handicap premio annuo pro-capite € premio annuo lordo €
Categoria i)	numero 5.100 ore € per ora premio annuo lordo €
Categoria l)	numero 2.600 accessi € per accesso premio annuo lordo €
Categoria m)	numero 380 giornate/presenza € per giornata/presenza premio annuo lordo €
Categoria n)	numero 14.700 ore

	€ per ora premio annuo lordo €
Categoria o)	numero 6 medici specializzandi premio annuo pro-capite € premio annuo lordo €
Categoria p)	numero 12 borsisti premio annuo pro-capite € premio annuo lordo €

ART. 6 – Regolazione del premio

Il premio convenuto anticipato in via provvisoria è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo (da intendersi pari al 75% del premio di polizza). A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per il conguaglio e cioè:

per la categoria a)	il numero delle ore effettive dei medici specialisti ambulatoriali ed altre professionalità ambulatoriali
per la categoria b)	il numero delle ore effettive dei medici di continuità assistenziale
per la categoria c)	il numero dei medici effettivi della medicina dei servizi territoriali
per la categoria d)	il numero effettivo delle donazioni di sangue
per la categoria e)	il numero effettivo di veicoli e biciclette;
per la categoria f)	il numero dei Km. effettivi annui percorsi. La Contraente è esonerata dall' obbligo della preventiva denuncia delle generalità dei mezzi e dei loro proprietari, ma sarà tenuta ad esibire in qualsiasi momento gli atti dai quali è possibile desumere data luogo della trasferta, generalità del conducente, targa mezzo di trasporto, numero Km. percorsi.
per la categoria g)	il numero effettivo dei minori in affido
per la categoria h)	il numero effettivo dei portatori di handicap
per la categoria i)	il numero delle ore effettive dei volontari

per la categoria l)	il numero degli accessi effettuati da dipendenti (medici e non) e da altro personale esterno (medici e non) operante nell'ambito di convenzioni limitatamente al rischio itinere
per la categoria m)	il numero effettivo di giornate/presenza dei consulenti esterni medici e non
per la categoria n)	il numero delle ore effettive dei liberi professionisti
per la categoria o)	il numero dei medici effettivi
per la categoria p)	il numero dei borsisti effettivi

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

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

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

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

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

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

ART. 7 – Variazione della normativa vigente

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

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

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

Nel caso in cui le modifiche sopraindicate aggravino il rischio in misura tale che se il nuovo stato di cose fosse esistito o fosse stato conosciuto dalla Società al momento

della stipulazione del contratto, quest' ultima non avrebbe aderito all' assicurazione, ovvero qualora le parti non giungano ad un accordo in merito alle variazioni di cui al comma precedente, la Società può recedere dal contratto, con le modalità di cui all'art. 1 della sezione 2.

ART. 8 – Variazioni di polizza

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

SEZIONE 3 – RISCHI COPERTI di Azienda Sanitaria Locale AT

ART. 1 – Persone e somme assicurate

a)	MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI ED ALTRE PROFESSIONALITA' AMBULATORIALI	
	MORTE	€ 1.033.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 1.033.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 155,00
b)	MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	
	MORTE	€ 775.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 775.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 52,00
c)	MEDICI DELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI	
	MORTE	€ 775.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 775.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 52,00
d)	DONATORI DI SANGUE (iscritti e non)	
	MORTE	€ 104.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 104.000,00
	INABILITA' TEMPORANEA	€ 30,00
e)	CONDUCENTI MEZZI AZIENDA	
	MORTE	€ 155.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 155.000,00
f)	DIPENDENTI USO MEZZO PROPRIO IN OCCASIONE DI TRASFERTE O PER ADEMPIMENTI DI SERVIZIO	
	MORTE	€ 155.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 155.000,00
g)	PORTATORI DI HANDICAP	
	MORTE	€ 51.700,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 51.700,00
h)	VOLONTARI	
	MORTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA	€ 155.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	€ 155.000,00

	INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	€ 155.000,00
i)	TIROCINANTI, FREQUENTATORI, ALLIEVI DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE UNIVERSITARIE ED IN GENERE TUTTI COLORO CHE – PREVIA AUTORIZZAZIONE – A QUALSIASI TITOLO, SVOLGONO ATTIVITA' PRESSO L'ASL AT	
	MORTE	€ 52.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 78.000,00

ART. 2 – Rischi assicurati

- Categoria a) b) c)
- Infortuni subiti a causa ed in occasione dell' attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale. Inoltre, relativamente ai **MEDICI CONTINUITA' ASSISTENZIALE** deve intendersi compresa altresì l'attività prestata dai suddetti medici sulla base di appositi accordi regionali ed aziendali, presso il Servizio di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri del Contraente.
- Relativamente ai **MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI** l'assicurazione esplica la sua efficacia quando gli stessi siano operanti sia istituzionalmente o in intramoenia, negli ambulatori in diretta gestione e nelle altre strutture aziendali. Sono altresì compresi i danni comunque verificatisi nell'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale
- Categoria d)
- Infortuni subiti durante le donazioni ed operazioni connesse al prelievo del sangue, effettuati presso il Contraente e presso i Centri di raccolta convenzionati, nonché per gli eventuali infortuni occorsi durante i controlli richiesti ai donatori medesimi, compreso il rischio in itinere. La garanzia è altresì operativa per i donatori di sangue che si sottopongono volontariamente, previa manifestazione del consenso informato, alla vaccinazione anti-epatite al fine di prelievo di plasma iperimmune, nell'ambito di locali in cui si effettuano le vaccinazioni e durante l'itinere.
- Sono compresi in garanzia i casi di Morte ed Invalidità Permanente conseguenti e dipendenti dalle donazioni di sangue e dalle vaccinazioni antiepatite
(a titolo esemplificativo si citano: collasso cardiaco, shock cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, periflebiti, paraflebiti, infezioni, ematomi di notevole entità, ipocalcemia, ecc. vaccinazioni antiepatite al fine di prelievo di plasma iperimmune) 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.

- Categoria e) Infortuni subiti da conducenti durante il viaggio per la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i veicoli di proprietà o in uso all'Azienda compresi, a titolo esemplificativo e non limitativo, veicoli non targati (es: carrelli, trattori elettrici, macchine operatrici, electric cars, muletti elettrici, transpallet elettrici).
Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli.
- Categoria f) In ottemperanza agli obblighi di Legge derivanti alla Contraente, infortuni subiti dai Dipendenti durante la circolazione con i mezzi di trasporto, in uso ai dipendenti stessi purchè non intestati al PRA a nome della Contraente, che possono verificarsi durante le trasferte o gli adempimenti di servizio fuori dall' ufficio limitatamente al tempo strettamente necessario per l' esecuzione delle prestazioni relative comprese le persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.
La garanzia deve intendersi estesa per la forzata sosta e la ripresa della marcia nonché la salita e la discesa dai mezzi di trasporto.
- Categoria g) Infortuni subiti da portatori di handicap e disabili in genere durante la permanenza presso Istituti preposti alla loro accoglienza, come residenti e non residenti, compresi gli spostamenti fuori dai centri stessi ed i soggiorni organizzati dall'Asl purchè in presenza di personale addetto, durante i corsi propedeutici e di orientamento professionale ed attività del "tempo libero".
La garanzia vale altresì per gli infortuni subiti da portatori di handicap durante la formazione professionale presso ditte private e/o Enti Pubblici.
E' inoltre compreso il rischio in qualità di trasportati sui mezzi eventualmente utilizzati per effettuare le varie attività per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005-Nuovo Codice delle Assicurazioni Private-).
- Categoria h) L'assicurazione vale unicamente per gli Infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di volontariato.

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

a) l'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o dalla data di cessazione del servizio, se questa è anteriore.

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

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

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

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

Categoria i)

La copertura assicurativa è prestata per gli infortuni occorsi durante l'espletamento delle lezioni teoriche e pratiche dell'attività di volontariato, tirocinio e attività formativa ai fini dell'acquisizione dell'esperienza pratico-applicativa. La garanzia è estesa agli infortuni, comunque avvenuti, durante gli spostamenti tra le sedi dove si svolgono i corsi e le attività di pratica inerenti alla funzione espletata.

Limitatamente alle categorie e) e f)

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005-Nuovo Codice delle Assicurazioni Private-).

Poiché la presente assicurazione è stipulata dalla Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi Accordi Collettivi Nazionali gli importi

liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

ART. 3 - Franchigia per Invalidità Permanente

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

*** per le categorie a-b-c-d:** nessuna franchigia

*** per le altre categorie:**

- 1) 5% sulla somma eccedente Euro 206.000,00;
- 2) 10% sulla somma eccedente Euro 310.000,00.

Pertanto sulla somma assicurata:

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

- eccedente Euro 310.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 10%.

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

ART. 4 – Franchigia su inabilità temporanea

Per le categorie a)b)c) le franchigie si intenderanno quelle previste dal CCNL

ART. 5 – Parametri e calcolo del premio

Categoria a)	numero 58.800 ore € per ora premio annuo lordo €
Categoria b)	numero 74.800 ore € per ora premio annuo lordo €
Categoria c)	numero 3 medici premio annuo pro-capite € premio annuo lordo €
Categoria d)	numero 14.000 donazioni di sangue € per donazione premio annuo lordo €
Categoria e)	numero 112 veicoli - n. 8 veicoli non targati – n. 3 electric cars, n. 2 muletti elettrici, n. 3 transpallet elettrici). €per veicolo premio annuo lordo €
Categoria f)	numero 150.000 Km € per km premio annuo lordo €
Categoria g)	numero 80 portatori di handicap premio annuo pro-capite € premio annuo lordo €
Categoria h)	numero 300 volontari premio annuo per pro-capite € premio annuo lordo €
Categoria i)	numero 100 soggetti € per soggetto premio annuo lordo €

ART. 6 – Regolazione del premio

Il premio convenuto anticipato in via provvisoria è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo (da intendersi pari al 75% del premio di polizza). A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per il conguaglio e cioè:

per la categoria a)	il numero delle ore effettive dei medici specialisti ambulatoriali ed altre professionalità ambulatoriali
per la categoria b)	il numero delle ore effettive dei medici di continuità assistenziale
per la categoria c)	il numero dei medici effettivi della medicina dei servizi territoriali
per la categoria d)	il numero effettivo delle donazioni di sangue
per la categoria e)	il numero effettivo di veicoli
per la categoria f)	il numero dei Km. effettivi annui percorsi. La Contraente è esonerata dall' obbligo della preventiva denuncia delle generalità dei mezzi e dei loro proprietari, ma sarà tenuta ad esibire in qualsiasi momento gli atti dai quali è possibile desumere data luogo della trasferta, generalità del conducente, targa mezzo di trasporto, numero Km. percorsi.
per la categoria g)	il numero effettivo dei portatori di handicap
per la categoria h)	il numero effettivo dei volontari
per la categoria i)	il numero effettivo dei tirocinanti, ecc.....

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

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

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

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

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

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

ART. 7 – Variazione della normativa vigente

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

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

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

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

ART. 8 – Variazioni di polizza

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

SEZIONE 4 – ESCLUSIONI

ART. 1 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall' assicurazione gli infortuni derivanti:

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

Sono inoltre esclusi gli infarti.

SEZIONE 5 – CONDIZIONI DI GARANZIA

ART. 1 – Estensioni dell'assicurazione

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

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

L' ASSICURAZIONE VALE ANCHE PER:

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

ART. 2 - Morte

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

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

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

ART. 3 - Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro tre anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

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

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

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

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

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

ART. 4 - Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

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

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

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

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

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

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

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

ART. 5 - Diaria da ricovero

Se in conseguenza ad infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 300 gg..

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

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

ART. 6 – Rimborso spese mediche a seguito infortunio

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

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

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

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

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

La presente garanzia vale fino a concorrenza della somma indicata.

ART. 7 - Rischio volo

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

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

- da aeroclubs.

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

per persona:

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

per aeromobile:

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

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

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

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

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

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

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

ART. 9 – Eventi sociopolitici

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

ART. 10 – Calamità naturali

Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

Resta però convenuto che in caso di evento:

- che colpisca più assicurati con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del ramo infortuni, rilevati nel bilancio dell'esercizio precedente l'evento, con il minimo di Euro 1.033.000,00.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopraindicato, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione.

ART. 11 – Rischio guerra

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezioni per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

ART. 12 – Rischio itinere

(per categorie a) b) e) g) di Azienda Ospedaliera “SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo” di Alessandria)

(per categorie a) b) c) d) h) i) l) m) n) o) p) di Azienda Sanitaria Locale AL)

(per categorie a) b) c) d) g) h) di Azienda Sanitaria Locale AT)

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

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

ART. 13 – Morte presunta

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

a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;

b) possa ragionevolmente desumersi che la Morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

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

ART. 14 - Diabete

A maggior precisazione di quanto indicato nelle C.G.A. l'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo a sensi dell'Art. 3 della sezione 6.

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

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

ART. 16 – Colpa grave

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

ART. 17 - Limite di età

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

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere

opposto l' eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell' età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

ART. 18 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo o tossicodipendenza.

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

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

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art.3 della sezione 6.

ART. 20 – Esonero denuncia generalità degli assicurati

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

SEZIONE 6 – GESTIONE DEI SINISTRI

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

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 C.C.)

L' inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo (art. 1915 C.C.).

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

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

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

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

ART. 2 – Pagamento dell'indennizzo

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

ART. 3 - Criteri di indennizzabilità

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

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

ART. 4 - Modalità di valutazione del danno - Controversie

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

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

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

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

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

ART. 5 - Diritto di surrogazione

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

ART. 6 - Beneficiario

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

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

La Società

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in caso di risoluzione anticipata del contratto contestualmente all'esercizio del recesso,

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

- a) il numero identificativo attribuito dalla Società (*in formato "numero"*);
- b) la data del sinistro (*in formato "data"*);
- c) la data di accadimento dell'evento se non coincidente con quella del sinistro (*in formato "data"*);
- d) il nominativo del reclamante o, qualora non divulgabile, un codice identificativo univoco (*in formato "testo"*);
- e) l'indicazione se trattasi di danneggiamento a cose o a persone o se trattasi di evento mortale (*in formato "testo"*);
- f) la descrizione dettagliata dell'evento (*in formato "testo"*);
- g) lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia) (*in formato "testo"*);
- h) la sede di trattazione (stragiudiziale, giudiziale civile, giudiziale penale, accertamento tecnico non ripetibile) (*in formato "testo"*);

- i) l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società) (*in formato "valuta"*);
- j) l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo (*in formato "valuta"*);
- k) la data di avvenuto pagamento (*in formato "data"*).

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;

rappresentano un'insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione.

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.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.