

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Capitolato Speciale

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

stipulata tra:

Azienda ULSS 7 Pedemontana
Via dei Lotti, 40
36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI)

e

[Nome Società]

Via.....

Cap.....Città.....

P.IVA n°

Effetto: dalle ore 24.00 del 31/12/2020

Cessazione: alle ore 24.00 del 31/12/2023

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI, SOGGETTI E ATTIVITÀ ASSICURATA**Art. 1 – Definizioni**

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

Annualità assicurativa (o periodo di assicurazione)	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato	Persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurato aggiunto	I soggetti autorizzati della cui opera il Contraente si avvale a qualunque titolo ed i soggetti a cui è riconosciuta tale qualifica nel testo contrattuale.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario	In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Comunicazioni	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telegrammi, facsimile, PEC, mail o altro mezzo documentabile.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Cose	Gli oggetti materiali e gli animali.
Danni indiretti	Sospensione di attività o qualsiasi danno che non riguardi la materialità delle cose assicurate.
Danni materiali diretti e consequenziali	I danni materiali (intendendosi: distruzione, deterioramento, alternazione, perdita, smarrimento, furto nonché i danni ad esso conseguenti, danneggiamento totale o parziale) che le cose assicurate subiscono per effetto diretto di un evento per il quale è prestata l'assicurazione ed, in tale ipotesi, anche i danni materiali che subiscono altre cose assicurate, non direttamente colpite dall'evento, purché in conseguenza dell'evento stesso.
Danni patrimoniali puri/Perdite patrimoniali	Il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni materiali o corporali come sopra definiti, nonché i pregiudizi economici consequenziali ad un danno materiale
Danno	Qualsiasi pregiudizio suscettibile di valutazione economica.
Danno corporale	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale.
Danno indennizzabile	In applicazione del principio indennitario dell'Assicurazione, la quota di risarcimento riconosciuta all'avente diritto.
Dipendenti	Tutti i soggetti di cui, nel rispetto della legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro vigente al momento del sinistro, l'Assicurato si avvalga, anche occasionalmente o temporaneamente, nell'esercizio della attività descritta in polizza, inclusi: <input checked="" type="checkbox"/> le persone fisiche distaccate temporaneamente presso altre

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

	<p>Amministrazioni, anche qualora l'attività sia diversa da quella descritta in polizza;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ quelli per i quali l'obbligo di corrispondere i contributi obbligatori a istituti previdenziali ricada, ai sensi di legge, in tutto o in parte su soggetti diversi dall'Assicurato; ✓ quelli per i quali l'Assicurato sia tenuto al rispetto delle prescrizioni inerenti la sicurezza e la salute ai sensi della vigente normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, anche se l'obbligo di corrispondere i contributi obbligatori a istituti previdenziali ricade su soggetti, fisici o giuridici, giuridicamente distinti dall'Assicurato; <p>Sono parificati a dipendenti i consulenti o collaboratori esterni nell'esercizio delle mansioni loro affidate dall'Assicurato con specifico mandato o mediante convenzione.</p>
Enti o cose assicurati	Beni (persone, cose o animali) oggetto di copertura assicurativa.
Franchigia aggregata annua	L'ammontare massimo cumulato di indennizzi che l'Assicurato ritiene a proprio carico, in eccedenza all'eventuale franchigia per sinistro, per più sinistri che colpiscono la polizza nella medesima annualità assicurativa (conteggiato – pro rata – in caso di periodi assicurativi inferiori ad un anno).
Franchigia assoluta	La parte di danno indennizzabile espressa in valore fisso che resta a carico dell'assicurato, anche se anticipata dalla Società. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto esclusivamente per la parte eccedente, decurtando dall'indennizzo quanto ricompreso nella franchigia.
Franchigia relativa	La parte di danno indennizzabile espressa in valore fisso che resta a carico dell'assicurato, anche se anticipata dalla Società. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto per l'intero senza deduzione di alcuna franchigia.
Garanzie	Le prestazioni oggetto dell'Assicurazione dovute dalla Società.
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.

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privata, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Massimale per anno	La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo.
Massimale per sinistro o limite di indennizzo	La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Periodo di efficacia	Il periodo compreso tra la data di retroattività (<i>se prevista</i>) e la data di scadenza della polizza.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Primo rischio assoluto	La forma assicurativa che copre quanto assicurato sino a concorrenza della somma assicurata, senza applicazione della regola proporzionale di cui all'art.1907 c.c.
Retribuzioni	Tutto quanto al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue retribuzioni (es. stipendio, altri elementi a carattere continuativo, provvigioni, premi di produzione, l'equivalente del vitto ed alloggio eventualmente dovuti al dirigente). Sono esclusi i rimborsi spese e emolumenti a carattere eccezionale. Come riferimento per la liquidazione dell'indennizzo, si considera retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, si considera la retribuzione annua presunta spettante a norma del relativo contratto di lavoro previa richiesta di apposita certificazione del datore di lavoro.
Ricovero	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Risarcimento	La somma dovuta dalla Società al danneggiato in caso di sinistro.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rischio in itinere	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora - anche occasionale - al luogo di lavoro e viceversa, nonché durante il tragitto dalla sede dove viene svolta l'attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici.
Scoperto	La parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

	dell'assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Sinistro in serie	Più richieste di risarcimento pervenute in forma scritta all'Assicurato provenienti da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro.
Società	L'impresa assicuratrice o il Raggruppamento Temporaneo di Imprese o le imprese in coassicurazione o i consorzi ordinari o i consorzi di Imprese identificati nei documenti di polizza.
Terzi interessati	Le altre persone fisiche o giuridiche titolari di un interesse giuridicamente rilevante sui beni oggetto dell'assicurazione.
Valore intero	La forma assicurativa che copre l'intero valore di quanto è assicurato, con applicazione della regola proporzionale ex art. 1907 c.c.

Art. 2 – Soggetti assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate: per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente. Il Contraente è inoltre esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, e riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è obbligatoria ai sensi di legge o di CCNL, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

SEZIONE 2 – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto**

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. con rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio anch'esse operanti a primo rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza. Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C.; resta salvo quanto diversamente disposto in tema di operatività temporale delle garanzie RCT.

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C.

Art. 3 - Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata con effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2020 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2023 senza tacito rinnovo.

Il Contraente si riserva il diritto insindacabile di recedere anticipatamente dal contratto, mediante PEC con preavviso di almeno 30 giorni, senza che per questo la Società possa avanzare qualsiasi pretesa di natura risarcitoria, nel caso di stipulazione di un contratto per forniture analoghe a seguito di espletamento di una procedura di affidamento centralizzata a livello regionale o Consip. In tal caso di recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Art. 4 - Pagamento del premio, decorrenza della garanzia e regolazione del premio

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di prima rata, di rinnovo o di proroga, di una mora di 60 giorni. Pertanto

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza (31/12/2020), se la prima rata di premio è stata pagata entro i 60 giorni successivi.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

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

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

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile.

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

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs 231/2002 e smi..

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

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Art. 5 – Revisione del prezzo

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'Art. 1 - "Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto", 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, (per cui sia accertata la operatività e copertura della polizza e sia conclusa l'istruttoria) 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 25%, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, potrà richiedere, ai

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

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 (per cui sia accertata la operatività e copertura della polizza e sia conclusa l'istruttoria).

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; 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, decorrenza della garanzia e regolazione del premio".

Art 6 – Recesso

Fermo quanto previsto all'art 3, ultimo capoverso, La Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 giorni da darsi con lettera raccomandata A/R (anche a mano) o con PEC (Posta Elettronica Certificata). Il computo dei 180 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata A/R (anche a mano) o PEC. In ambedue i casi di recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

La Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 – "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" 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. 7 – Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec e/o mail) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 11 - Interpretazione del contratto - Clausola di Buona Fede

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Inoltre l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc... L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benessere dell'Assicurato.

Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta

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

Art. 14 - 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 ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31/12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

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

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

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;

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

- 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 del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

Art. 15 - Clausola Broker. ABROGATO.

Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. n°. 136/2010

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

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

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

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

La Società si impegna, altresì, ad accettare le condizioni stabilite nel "Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" sottoscritto in data 17/09/2019 tra le prefettura della Regione Veneto, U.P.I. Veneto, A.N.C.I. Veneto, Regione Veneto.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione

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

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Art. 19- Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i., ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

La Società agisce quindi in qualità di “autonomo titolare” del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell’Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.

Art. 20 – Estensione territoriale

L’Assicurazione, per i casi di morte ed invalidità permanente, vale per il mondo intero. L’Assicurazione, per i casi di inabilità temporanea e per le diarie, vale per il territorio dell’Europa geografica fermo restando che gli indennizzi saranno corrisposti in Italia.

Art. 21 - Coassicurazione e Delega

Qualora l’assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell’art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell’Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell’Assicurazione.

La Spettabile, all’uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell’Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all’Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso.

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell’indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

SEZIONE 3 – CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE**Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere laddove espressamente previsto, che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente o una delle ulteriori garanzie prestate come concordate.

L'assicurazione vale per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4, 6, della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 5.

Si ritengono automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti artt. 5, 7 e 8 della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- le infezioni (malattie virali, anche da Covid 19, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatti subiti durante l'attività svolta per conto del Contraente
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- vertigini;
- ernie traumatiche, ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo; relativamente alle ernie addominali si conviene che:
 - qualora l'ernia (anche bilaterale) risulti operabile verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
 - qualora l'ernia (anche bilaterale) non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche (valido se richiamato alla Sezione 5)

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 5, il rimborso degli onorari dei medici, dei chirurghi e di ogni altro componente l'équipe operatoria, i diritti di sala operatoria e i materiali di intervento, le rette di degenza in ospedali e case di cura, le spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche comprese quelle fisioterapiche, nonché le spese farmaceutiche per medicinali prescritti dal medico a seguito dell'infortunio.

Per le sole categorie per cui è specificatamente prevista l'estensione "Spese per rottura lenti occhiali e protesi in genere" nel limite previsto per il rimborso spese mediche indicato nell'apposita scheda della Sezione 5 sono comprese le spese sostenute per riparare/sostituire lenti da vista e relativa montatura (fino a concorrenza di € **350,00**) apparecchi acustici, apparecchi ortodontici e protesi in genere in uso all'assicurato, comprese carrozzelle, tutori e simili, danneggiate in occasione di infortunio durante le attività assicurate.

Si precisa che per tale estensione di garanzia l'indennizzo verrà effettuato anche in caso di infortunio non indennizzabile a termini di polizza ma solo previa presentazione di:

- fattura di riparazione/sostituzione
- dichiarazione attestante le modalità del fatto e conferma dell'avvenuto danneggiamento dei beni per cui viene richiesto il rimborso delle spese; in caso di minori assicurati tale dichiarazione dovrà essere rilasciata dall'insegnante presente al momento dell'infortunio-

Art. 3 – Diaria per ricovero (valido se richiamato alla Sezione 5)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata scheda della Sezione 5 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Si intende escluso dalla garanzia il ricovero in regime di "day hospital".

Art. 4 – Diaria per gessatura (valido se richiamato alla Sezione 5)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 5 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente intendendosi qualsiasi mezzo fisso di contenzione NON amovibile se non a cura ultimata ed in istituto di cura o ambulatori autorizzati all'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Art. 5 – Trasporto/Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il trasporto/rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio (anche all'estero) disposto dal Contraente fino al luogo di sepoltura.

La garanzia si intende prestata fino alla concorrenza di € 2.500,00 per assicurato.

Art. 6 – Danni estetici (valido se richiamato alla Sezione 5)

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni

effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica; il tutto entro il limite di € 1.000,00 per evento.

Art. 7 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati per servizio in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 1.500.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 1.500.000,00 per il caso morte

per persona e di:

- € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 5.000.000,00 per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

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

Art. 8 – Rischio guerra

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 9 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata (salvo quanto previsto dall'art. 8 "Rischio Guerra" Sezione 3);
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei (salvo quanto previsto all'art. 7 "Rischio Aeronautico" Sezione 3);
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. in occasione della partecipazione a gare e corse (e relative prove), salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo

8. esclusivamente per le Categorie A, B, C, D, E, F, G, H, H 1,I, L in conseguenza di pandemia formalmente dichiarata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)

Pertanto l' esclusione non vale per la categoria M.

Art. 10 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a **ottanta anni**. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;
2. 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. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Tuttavia, laddove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizioni di legge o di contratti collettivi nazionali di lavoro la presente esclusione non troverà applicazione, né trova applicazione per i soggetti rientranti nella CAT H1.

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

SEZIONE 4 – CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI**Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi**

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata alla Società, entro il **30°** giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, (e più precisamente l'ufficio aziendale che gestisce i sinistri e le polizze assicurative al momento della segnalazione) ne abbia avuto conoscenza

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telegramma, pec, mail.

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

Art. 2 – Criteri di indennizzabilità

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

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

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

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

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

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato

stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale. Per le voci non previste dalla DPR 1124 e successive modificazioni e integrazioni in vigore fino al 24.7.2000 verrà applicata la tabella prevista dal Dlgs 38/2000 con rinuncia alle franchigie stabilite.

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

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

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero, o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria cui appartiene l'Assicurato, integralmente per il caso di ricovero o di applicazione di gessature o tutore immobilizzante e come previsto dall'apposito articolo della sezione 3 – se presente - per i casi di inabilità temporanea.

L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 5 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

La Società, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 5, le spese documentate sostenute a seguito di infortunio.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Art. 3 – Controversie

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

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato.

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

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

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

SEZIONE 5 – PERSONE E SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI, PREMIO**Art. 1 – Soggetti Assicurati, somme assicurate, franchigie e scoperti**

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.

Salvo espressa indicazione nella rispettiva categoria assicurata, il contratto non prevede l'applicazione di scoperti e franchigie.

CATEGORIA A**CONDUCENTE DEI VEICOLI DELL'ENTE**

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dal conducente durante ed in conseguenza dell'uso di tutti i veicoli di proprietà del Contraente e/o in uso a qualsiasi titolo allo stesso. L'assicurazione si intende pertanto prestata anche a favore del personale sanitario e non, anche proveniente da altri Enti/Aziende, che presta la propria opera presso il Contraente in base a specifiche Convenzioni.

L'assicurazione comprende gli infortuni avvenuti durante la salita e la discesa dal veicolo; comprende gli infortuni subiti in caso di riparazioni di emergenza effettuate dal conducente sulla strada sia per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia, che per spostare il veicolo stesso dal flusso del traffico o reinserirlo nel traffico medesimo

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€ 300.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Numero veicoli	148

CATEGORIA B**CONDUCENTI VEICOLI PROPRI IN OCCASIONI DI MISSIONI O DI ADEMPIMENTI DI SERVIZIO**

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti da dipendenti e collaboratori (non dipendenti) del Contraente alla guida di veicoli (a motore e non) non di proprietà né in uso a qualsiasi titolo al Contraente.

L'assicurazione si intende pertanto prestata anche a favore degli obiettori di coscienza che prestano il proprio servizio presso il Contraente, nonché del personale sanitario e non, anche proveniente da altri Enti, che presta la propria opera presso il Contraente in base a specifiche Convenzioni.

La garanzia è operante esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la circolazione in occasione di missioni o di adempimenti di servizio fuori dell'ufficio e nel tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

prestazioni di servizio.

L'assicurazione si intende peraltro estesa anche in occasione dello spostamento tra le diverse strutture dell'Aulss 7 Pedemontana resi necessario dall'adempimento dell'attività prevista.

L'assicurazione comprende gli infortuni avvenuti durante la salita e la discesa dal veicolo, nonché in caso di riparazioni di emergenza effettuate dal conducente sulla strada sia per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia che per spostare il veicolo stesso dal flusso del traffico o reinserirlo nel traffico medesimo

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€. 300.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 300.000,00
Percorrenza annua km	350.000

CATEGORIA C

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI E ALTRE PROFESSIONALITA' (PSICOLOGI, BIOLOGI, CHIMICI, VETERINARI)

L'assicurazione è prestata in ottemperanza alle vigenti disposizioni normative per tutti i medici specialisti ambulatoriali e per tutte le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi, veterinari) comunque operanti sia in attività istituzionale o in intramoenia negli ambulatori in diretta gestione e nelle altre strutture aziendali per gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio, anche qualora il servizio sia prestato in comune diverso da quelle di residenza. Nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna; sono compresi gli infortuni subiti in qualità di rappresentanti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati consultivi zonali/aziendali anche in località diverse da quella di residenza in occasione della partecipazione a riunioni non in orario di servizio

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€. 1.033.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 1.033.000,00
Inabilità temporanea	€. 155,00 giornalieri per un massimo di 300 giorni e con decorrenza dalla data di inizio dell'inabilità; l'indennità giornaliera è ridotta al 50% per i primi tre mesi.
Numero ore	86.000

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

CATEGORIA D**MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

L'assicurazione è prestata in ottemperanza alle vigenti disposizioni normative per tutti i medici che svolgono il servizio di continuità assistenziale per gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale, ivi compresi, anche qualora l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni zonali/aziendali.

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€. 775.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 775.000,00
Inabilità temporanea	€.52,00 giornalieri per un massimo di 300 giorni l'anno
Numero ore	85.000

CATEGORIA E**MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

L'assicurazione è prestata in ottemperanza alle vigenti disposizioni normative a garanzia di tutti i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale per gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale, ivi compresi, anche qualora l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché in occasione dello svolgimento di attività intramoenia; sono compresi i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni zonali/aziendali

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€. 775.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 775.000,00
Inabilità temporanea	€. 114,00 giornalieri per un massimo di 300 giorni l'anno
Numero ore	1000

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

CATEGORIA F**MINORI E ALTRI SOGGETTI IN AFFIDO**

L'assicurazione è prestata a favore dei minori che, tramite la Contraente, vengono temporaneamente affidati a Terzi (famiglie, cooperative sociali, ecc.), per gli infortuni che gli stessi subiscono durante ed in occasione della permanenza presso i Terzi affidatari inclusi quelli verificatisi in occasione di spostamenti, viaggi, ecc. con l'utilizzo di qualsiasi mezzo; l'assicurazione continuerà ad esplicare i suoi effetti fino al compimento del 21° anno di età, per i soggetti già affidati prima del 18° anno di età.

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 150.000,00
Rimborso spese mediche	€ 2.500,00
Spesa rotture lenti, occhiali.. (vd sez 3 art 2)	€ 350,00
Danni estetici	€ 1.000,00
Numero assicurati	126

CATEGORIA G**VOLONTARI OSPEDALIERI**

L'assicurazione è prestata per tutti i volontari per gli infortuni subiti durante ed in occasione dello svolgimento delle attività di volontariato e l'opera assistenziale comunque prestata, svolta presso le strutture della Contraente e/o presso altre strutture dalla stessa gestite e/o ad essa collegate. Si precisa che l'assicurazione vale anche nel caso in cui l'attività (sostegno, assistenza, ecc..) sia prestata anche nelle abitazioni delle persone anziane, e/o disabili e/o minori e/o in qualsiasi luogo essa si renda necessaria. Sono compresi in garanzia gli infortuni verificatisi durante il percorso dal luogo di servizio all'abitazione del volontario e viceversa, effettuati con qualsiasi mezzo di trasporto esclusi gli aerei. Ciascun volontario può effettuare più turni nell'arco della settimana. Per l'identificazione di tale persone farà fede l'elenco dei soci ed il programma delle presenze in reparto ospedaliero che viene predisposto nelle riunioni di gruppo per tutto l'anno. In caso di impedimento lo stesso può farsi sostituire da un collega. Relativamente alla garanzia indennità da ricovero in Istituto di cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, sia pubblico che privato, l'assicurazione è prestata sia per gli infortuni subiti durante e in occasione dello svolgimento delle attività di volontariato che per le malattie contratte per contagio nello svolgimento dell'attività stessa.

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€ 100.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 100.000,00
Spese mediche	€ 2.500,00
Numero assicurati	550

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

CATEGORIA H)**PARTECIPANTI AD ATTIVITA' ISTITUZIONALI VARIE ORGANIZZATE DAL CONTRAENTE (INCLUDE GITE, SOGGIORNI E/O SIMILI ATTIVITA')**

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti a causa ed in occasione della partecipazione a qualsiasi titolo alle attività e per il periodo di durata delle stesse.

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€. 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 150.000,00
Numero assicurati	12

CATEGORIA H 1)**PARTECIPANTI AD ATTIVITA' ISTITUZIONALI VARIE ORGANIZZATE DAL CONTRAENTE (INCLUDE GITE, SOGGIORNI E/O SIMILI ATTIVITA') SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' E/O INFERMITA' MENTALE DI MAGGIORE E/O MINORE GRAVITA'**

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di attività inerenti percorsi di riabilitazione psicosociale, comprendenti, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, attività manuali e di laboratorio, attività motorie, arte-terapia, laboratori teatrali, acquaticità, montagna- terapia, attività culturali e ricreative. Le attività possono essere svolte anche all'esterno e, ove previsto, con utilizzo di utensili, attrezzi e attrezzature di vario genere.

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€. 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 150.000,00
Numero assicurati	108

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

CATEGORIA I)**MEDICI SPECIALIZZANDI**

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata presso le strutture dell'Azienda ULSS 7 da parte di medici specializzandi ai fini del completamento della formazione accademica e professionale. Tale copertura è prevista per i soli medici per cui non è stata aperta posizione INAIL .E' compreso in garanzia il rischio in itinere

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€. 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 300.000,00
Inabilità Temporanea	€ 55,00 giornalieri con un max di 360 gg l'anno
Numero assicurati	2

CATEGORIA L)**CONSULENTI ESTERNI DIPENDENTI DI ALTRE ULSS CHE SVOLGONO ATTIVITA' PRESSO LA CONTRAENTE**

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale ivi compresi i danni eventualmente subiti dai Consulenti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro.

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€. 300.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 300.000,00
Numero assicurati	22

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

CATEGORIA M**MEDICI componenti delle Unità Unità speciali di Continuità Assistenziale - U.S.C.A.**

L'assicurazione è prestata in ottemperanza alle vigenti disposizioni normative che regolamentano le Unità Speciali di Continuità Assistenziale per tutti i medici che svolgono attività di sorveglianza domiciliare/quarantena ed altri incarichi collegati.

Sono compresi gli infortuni, anche qualora l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, subiti a causa od in occasione dell'attività professionale; gli infortuni eventualmente subiti in itinere; in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro; in occasione dello spostamento da un indirizzo ad un altro.

Sono comprese le infezioni (malattie virali, anche da contagio COVID 19, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatti subiti durante l'attività svolta per conto del Contraente.

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€. 775.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 775.000,00
Inabilità temporanea	€52,00 giornalieri per un massimo di 300 giorni l'anno
Numero medici	36

Art. 2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.4 Sezione 2 della presente polizza.

Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione, fermo quanto previsto nelle singole categorie, la regolazione del premio sarà effettuata come segue: per le categorie assicurate sulla base del n. dei veicoli assicurati, in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il n. dei veicoli assicurati con l'indicazione della rispettiva data di inclusione/esclusione e il premio verrà regolato sul periodo effettivo di copertura in ragione di 1/360 giorni di presenza.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Categoria	Tipo dato variabile	Dati prevent.
A. Conducente veicoli Ente	Numero veicoli	148
B. Conducenti veicoli propri in occasioni di missioni o di adempimenti di servizio	Percorrenza annua km	350.000
C. Medici specialisti ambulatoriali e altre professionalità (psicologi, biologi, chimici, veterinari)	Numero ore	86.000
D. Medici addetti al servizio di continuità assistenziale e medicina turistica	Numero ore	85.000
E. Medici addetti al servizio di emergenza sanitaria territoriale	Numero ore	1.000
F. Minori e altri soggetti in affido	Numero assicurati	126
G. Volontari	Numero assicurati	550
H. Partecipanti attività istituzionali ULSS	Numero assicurati	12
H 1. Partecipanti attività istituzionali ULSS affetti da disabilità	Numero assicurati	108
I. Medici Specializzandi	Numero assicurati	2
L. Consulenti dipendenti altre ULSS	Numero assicurati	22
M. Medici USCA	Numero assicurati	36

La Società

Il Contraente

.....

.....

Clausole vessatorie

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale:

Sez. 2 art. 3 – Durata dell'Assicurazione

Sez. 2 art. 4 – Pagamento del premio, decorrenza della garanzia e regolazione del premio.

Sez. 2 art. 6 – Recesso

Sez. 2 art. 10 – Foro Competente

Sez. 2 art. 17 – Rinvio a norme di legge

Sez. 2 art. 20 – Estensione territoriale

Sez 5 art 1 – CATEGORIA M

La Società

Il Contraente

.....

.....

Data..... Timbro e firma per accettazione.....