CAPITOLATO SPECIALE DI POLIZZA

CAPITOLATO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI
CATEGORIE DIVERSE

NOTA

IN SEDE DI OFFERTA IL PRESENTE CAPITOLATO DOVRA' ESSERE TIMBRATO E FIRMATO IN OGNI PAGINA

MA NON COMPILATO

CONTRAENTE	AZIENDA ASL 8 CAGLIARI VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 09047 SELARGIUS (CA) Partita IVA 02261430926
DECORRENZA	ORE 24.00 DEL 31.07.2012
SCADENZA	ORE 24.00 DEL 31.07.2017
RATEAZIONE	ANNUALE

Si conviene fra le Parti che le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa nella modulistica utilizzata dall'Assicuratore in aggiunta al presente capitolato di polizza, per cui le stesse si devono intendere abrogate e prive di qualsiasi effetto. Pertanto le condizioni riportate nel presente capitolato sono le uniche a valere tra le Parti del presente contratto.
I moduli prestampati della Società, allegati al presente capitolato di polizza all'emissione del contratto, benché sottoscritti dal Contraente, valgono esclusivamente per i dati identificativi riferiti al Contraente, al conteggio del premio, alla durata contrattuale, al trattamento dei dati personali, nonché per l'indicazione delle eventuali quote di coassicurazione.

TIMBRO E FIRMA

_____

D E F I N I Z I O N I

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato.

ASSICURATO: il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione.

BENEFICIARI: la persona o le persone cui è destinata, per volontà espressamente dichiarata nella polizza dall'Assicurato, o, in mancanza di designazione, per eredità legittima o testamentaria, la somma garantita per il caso di morte dell'Assicurato.

BROKER: l'intermediario di assicurazioni incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione della polizza e riconosciuto dalla Società ovvero: Assidoge S.r.l.

CONTRAENTE: il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula l'assicurazione.

DAY HOSPITAL: ricovero a regime diurno che comporta la cartella clinica o documento sanitario equivalente.

FRANCHIGIA: l'importo fisso, dedotto dall'ammontare del danno liquidabile, che rimane obbligatoriamente a carico dell'Assicurato.

GESSATURA: mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti, purchè applicati in Istituti di Cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati.

INABILITA' TEMPORANEA: la temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate in polizza.

INDENNIZZO: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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 e/o una inabilità temporanea e/o il ricovero in un istituto di cura e/o delle cure mediche.

INVALIDITA' PERMANENTE: la perdita o la riduzione definitiva ed irrecuperabile della capacità generica dell'Assicurato di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

ISTITUTO DI CURA: Ospedale, Clinica, Casa di Cura, sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

MALATTIA: ogni valutabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

PARTI: il Contraente/Assicurato e la Società.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

TIMBRO E FIRMA

_____

RICOVERO:	la degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno sei ore consecutive.
RISCHIO:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
SCOPERTO:	l'importo in percentuale sull'ammontare del danno liquidabile, dedotto dallo stesso, che rimane obbligatoriamente a carico dell'Assicurato.
SFORZO:	l'impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitino per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato.
SOCIETA':	l'Impresa di Assicurazione o l'Impresa Delegataria e le Coassicuratrici.
VEICOLO AD USO PRIVATO:	autovettura, autocarro, autoveicolo ad uso speciale, motocarro, motociclo, ciclomotore, non adibito ad uso pubblico, né a noleggio, né a scuola guida, né ad autotassametro.

TIMBRO E FIRMA

_____

1 - RISCHI ASSICURATI

1.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante per gli infortuni che gli Assicurati, come individuati nelle specifiche categorie di polizza, subiscono nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali).

Sono compresi in garanzia:

- l'annegamento;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad esposizione, contatto, ingestione o assorbimento di sostanze nocive e/o corrosive in genere;
- la folgorazione;
- l'assideramento o il congelamento;
- gli infortuni causati da colpi di sole, di calore o di freddo, nonché dalle influenze termiche ed atmosferiche;
- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas, vapori o esalazioni velenose;
- gli effetti della grandine e delle tempeste di vento;
- gli effetti causati da scariche elettriche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- gli infortuni determinati da vertigini, nonché gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza, purché non cagionati da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, uso di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni;
- gli infortuni derivanti da colpa grave, imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- il soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- le infezioni determinate da punture di insetti o di aracnidi, morsi di rettili o di animali, comprese le conseguenze dovute a vertigini o incoscienza causate da alterazioni patologiche conseguenti a morsi o punture;
- le ernie traumatiche;
- le ernie addominali da sforzo e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- gli infortuni derivanti da frane, valanghe, slavine, inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta di fulmini, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici e maremoti;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, anche con movente politico, sociale o sindacale, scioperi, sommosse, attentati, aggressioni e violenze, azioni delittuose, atti vandalici o dolosi, attentati, rapina e sequestro (anche tentati), scippo, terrorismo e sabotaggio, azioni di dirottamento di aeromobili o di pirateria aerea, navale o altri mezzi, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da atti di temerarietà compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le lesioni muscolari (esclusi gli infarti) o tendinee, le rotture sottocutanee dei tendini determinate da sforzi e aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di qualsiasi veicolo o natante, purché l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici resi necessari a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

TIMBRO E FIRMA

_____

2 - ESTENSIONI DI GARANZIA

2.1 - Rischio guerra

Se in un paese estero in stato di pace, nel quale l'Assicurato si trovi ad essere temporaneamente presente, dovesse scoppiare improvvisamente una guerra (con o senza dichiarazione), un'invasione, una rivoluzione, un'insurrezione, una guerra civile, una presa di potere da parte di militari o un altro tipo di ostilità, l'assicurazione comprenderà gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire in dipendenza di taluno di detti eventi.
Qualora un guasto o una situazione di emergenza costringano il mezzo aereo o navale, su cui l'Assicurato si trova in viaggio, a dirottare o a riparare in un Paese estero nel quale sia in atto una guerra (dichiarata o non), un'invasione, una rivoluzione, un'insurrezione, una guerra civile, una presa di potere da parte di militari o un altro tipo di ostilità, l'assicurazione comprenderà gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire in dipendenza di taluno di detti eventi.
La presente garanzia avrà una durata limitata e cesserà automaticamente e inderogabilmente alle ore 24.00 del 14° (quattordicesimo) giorno successivo a quello in cui l'ostilità ha avuto inizio.

La presente garanzia non vale:

- se l'Assicurato prende parte attiva all'evento;
- se l'evento ha luogo nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

2.2 - Servizio militare

Durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta sospesa.
Entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore all'inizio del servizio di cui sopra, il Contraente ha facoltà di chiedere il rimborso dei premi pagati relativi al periodo in cui l'assicurazione è rimasta sospesa; rimborso che verrà corrisposto al netto delle imposte.
L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva in qualità di obiettori di coscienza.

2.3 - Danni estetici

Nel caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico, la Società rimborsa fino alla concorrenza di un importo pari all'1% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, con il massimo di 5.200,00 (cinquemiladuecento/00) Euro le spese sostenute e documentate dall'Assicurato, entro due anni dalla guarigione clinica, ancorché successivamente alla scadenza di polizza, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica.
Il rimborso è effettuato a cura ultimata e previa presentazione di copia della cartella clinica e notule di spesa in originale oppure in copia, nel caso sia intervenuto il Servizio Sanitario Nazionale, con la prova della quota di concorso erogata dal predetto Ente.

2.4 – Morte / Morte presunta

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, ancorché successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.
Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi.
In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.
Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte.
La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 - 62 del Codice Civile.
Qualora dopo il pagamento dell'indennità l'Assicurato risultasse in vita, o risulti che la morte non è dipesa da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società avrà diritto alla restituzione della somma liquidata. A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

TIMBRO E FIRMA

_____

L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per 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, 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.

2.5 – Rientro sanitario / Rimpatrio della salma

Qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che colpisse gli Assicurati nel corso di una missione o viaggio per conto del Contraente si rendesse necessario il loro trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia, la Società indennizzerà, fino al limite per sinistro di 1.000,00 (mille/00) Euro le spese sostenute dagli Assicurati.
Qualora sempre a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, avvenuto all'estero, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Società garantisce il pagamento di una ulteriore somma pari all'1% del capitale assicurato per il caso morte, con il limite di 2.500,00 (duemilacinquecento/00) Euro, quali spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

2.6 - Invalidità permanente

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica, ancorché successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno dell'infortunio.
L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento alla tabella allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 e ss.mm.ii.
La perdita assoluta e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.
Nel caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.
L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice e dell'alluce è stabilita nella metà, per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali, di cui trattasi, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
Per le menomazioni degli arti superiori, nel caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
Resta convenuto che, in luogo della franchigia relativa prevista dalla predetta legge, l'indennità verrà corrisposta senza l'applicazione di alcuna franchigia.

Limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, l'assicurazione è estesa alle ernie traumatiche e alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 (trenta) giorni;
- qualora l'ernia non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

I suddetti massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale. qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui al successivo art. 6.4.

TIMBRO E FIRMA

_____

2.7 - Rimborso spese mediche

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato indicato in polizza, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato le rette di degenza, onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento, medicinali; qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società – in sostituzione del rimborso – liquida una diaria di Euro 52,00 (cinquantadue/00) per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti;

b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;

c) per visite mediche specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali;

d) per applicazioni di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;

e) per trattamenti fisioterapici rieducativi e riabilitativi;

f) per prestazioni medico-infermieristiche, acquisto di medicinali, presidi ortopedici, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche;

g) per cure odontoiatriche e protesi dentarie, con il limite per dente di 500,00 (cinquecento/00) Euro, il rimborso della relativa spesa è prevista solo per la prima protesi, semprechè applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio; per la perdita totale di un dente (avulsione) verrà corrisposto l'1% della invalidità permanente;

h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;

i) per cure termali, prescritte dal medico, effettuate nei 90 (novanta) giorni successivi all'infortunio denunciato;

l) per trasporto dell'Assicurato effettuato con l'ambulanza dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o di pronto soccorso.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, ricevute dell'Istituto di Cura, ecc.).
A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.
Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia su presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

2.8 - Indennità giornaliera da ricovero / gessatura / convalescenza

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde l'indennità assicurata per ciascun giorno di degenza nell'Istituto di Cura, fino ad un massimo di 100 (cento) giorni per ogni anno assicurativo, su presentazione di cartella clinica o documento sanitario equivalente.
L'indennità viene corrisposta anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di Day Hospital.
La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.
Qualora in conseguenza dell'infortunio si stata applicata in Istituto di Cura una gessatura, verrà corrisposta l'indennità giornaliera anche per il tempo trascorso fuori dall'Istituto. L'indennità sarà riconosciuta sino alla rimozione del mezzo di contenzione, ma solo per il periodo prescritto dall'Istituto di Cura. Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e gessatura, non potrà superare i 100 (cento) giorni per ogni anno assicurativo.
Qualora l'infortunio non comporti gessatura, verrà corrisposta a titolo di convalescenza l'indennità giornaliera pattuita, per un periodo non superiore ai giorni di ricovero. La convalescenza deve essere prescritta dai medici curanti e/o dai medici del Pronto Soccorso e documentata con certificazione. Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e convalescenza, non potrà superare i 100 (cento) giorni per ogni anno assicurativo.
In caso di ricovero all'estero, l'indennizzo verrà corrisposto al rientro dell'Assicurato in Italia e in Euro.
La corresponsione dell'indennizzo sarà effettuata a degenza ospedaliera ultimata, previa presentazione alla Società della certificazione definitiva, in originale, indicante il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura.

TIMBRO E FIRMA

_____

2.9 - Inabilità temporanea

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera integralmente, sia per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime, sia per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alla sue occupazioni.
L'indennità cessa con il giorno della 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.

2.10 - Cumulo di indennità

L'indennità per l'inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non verrà chiesto il rimborso in caso contrario.
Il diritto all'indennità per invalidità permanente, inabilità temporanea, rimborso spese mediche, diaria da ricovero / gessatura / convalescenza 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 agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

2.11 - Maggiorazione per il caso di invalidità permanente

Qualora l'indennità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni, di cui alle condizioni del presente contratto, sia di grado pari o superiore al 60% l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato.
I casi di invalidità permanente, non inferiori al 50%, che rendano obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro e la costituzione di un rapporto similare presso altro Ente, anche, eventualmente, con una diversa utilizzazione della persona in occupazioni confacenti alle sue attitudini, verranno indennizzati con il 100% del capitale assicurato.

2.12 – Rischio in itinere

L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dagli Assicurati durante l'itinerario percorso per recarsi dalla dimora al luogo di lavoro o dove si svolge l'incarico e viceversa, purché gli infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso in via ordinaria sia a piedi o con uso o guida dei mezzi di locomozione o di trasporto in genere, sia privati che pubblici o di civica proprietà.

2.13 - Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri, da chiunque eserciti tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Si intendono compresi in garanzia gli infortuni avvenuti in occasione di dirottamento e voli conseguenti o di atti di pirateria aerea.
Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizza infortuni comuni, non potrà superare i capitali di:

€ 1.033.000,00	per il caso di Morte;
€ 1.033.000,00	per il caso di Invalidità Permanente;
€ 260,00	giornalieri per il caso di inabilità temporanea assoluta;

per ciascuna persona, e di:

€ 5.200.000,00	per il caso di Morte;
€ 5.200.000,00	per il caso di Invalidità Permanente;
€ 5.200,00	giornalieri per il caso di inabilità temporanea assoluta;

TIMBRO E FIRMA

_____

complessivamente per aeromobile, nel caso di assicurazione prestata con polizza cumulativa.

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 sulle singole assicurazioni.
Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si intende concluso nel momento in cui ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio volo.

Elisoccorso 118 - L'assicurazione si intende estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei in attività di elisoccorso (a mezzo di velivoli o elicotteri) da chiunque eserciti; la garanzia della presente polizza si intende quindi estesa al personale sanitario addetto al servizio di elisoccorso afferente alla Centrale Operativa 118 di Cagliari. Si prende atto che tale personale sanitario può essere impiegato in interventi anche in orario notturno da parte di Enti Militari, di norma presso il 7° Reparto Volo C.A.I.P. della Polizia di Stato di Abbasanta e l'Aeroporto Militare di Elmas. La polizza è estesa a coprire il rischio infortunio (morte, invalidità permanente e invalidità temporanea) derivante da attività svolte a terra, sia sui luoghi di intervento che nelle fasi di volo; è inoltre estesa a coprire il rischio relativo al tempo necessario al trasferimento del personale – anche con proprio veicolo – dal proprio domicilio fino al luogo di operatività e ritorno, durante i turni di servizio attivo e di reperibilità diurna e notturna.
Capitali assicurati
€ 775.000,00 per il caso di Morte;
€ 775.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;
€ 52,00 giornalieri per il caso di inabilità temporanea assoluta per un massimo di 300 giorni l'anno.
L'Azienda ASL 8 di Cagliari si riserva di attivare questa garanzia Elisoccorso 118 comunicando alla Compagnia l'elenco delle persone assicurate; su espressa richiesta della Contraente, la Compagnia si impegna a quotare questo rischio in base al numero di soggetti assicurati.

2.14 - Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, incagliamento, naufragio, sommersione, atterraggio e ammaraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche nei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio, ma in conseguenza delle zone, del clima o di altre situazioni concomitanti, l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

TIMBRO E FIRMA

_____

3 - ESCLUSIONI

3.1 - Rischi esclusi

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti:

a) dall'uso di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;

b) dall'uso di mezzi di locomozione aerea (considerati come tali anche deltaplani ultraleggeri e simili) salvo quanto previsto alla Clausola 2.13 - Rischio volo;

c) dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e bob, lotte e pugilato;

d) dalla partecipazione a competizioni (e relative prove) sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche, di pallavolo, di pallamano, di pallacanestro, di hockey, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e/o amatoriale;

e) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

f) dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;

g) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio, salvo quanto previsto alla Clausola 2.3 - Danni estetici;

h) da proprie azioni dolose o dalla partecipazione ad imprese temerarie o inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o per legittima difesa;

i) da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto alla Clausola 2.1 - Rischio guerra;

l) dalla guida di veicoli e/o natanti in genere in stato di ubriachezza;

m) le conseguenze dirette ed indirette di contaminazioni chimiche e biologiche derivanti da atti di terrorismo o di guerra.

3.2 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infermità mentale.
Di conseguenza l'assicurazione cessa, per tali persone, con il loro manifestarsi, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

3.3 - Limiti di età

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

4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEL CONTRATTO

4.1 - Altre assicurazioni

Il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne tuttavia avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

TIMBRO E FIRMA

_____

4.2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza a prescindere dal pagamento della prima rata di premio che comunque deve avvenire entro il 60° (sessantesimo) giorno successivo a tale data.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.
I premi devono essere pagati alla Direzione della Società o all'Agenzia della stessa alla quale è stata assegnata la polizza o alla Società di brokeraggio che gestisce il contratto.

4.3 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha validità dalle ore 24.00 del 31.07.2012 fino alle ore 24.00 del 31.07.2017.
Pur essendo il contratto di durata poliennale, le Parti si riservano la facoltà di risolverlo alla scadenza di ciascun periodo assicurativo annuo mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 120 (centoventi) giorni prima della scadenza.
Nel caso in cui la Regione Sardegna e/o le Aziende sanitarie regionali provvedano a stipulare in modo congiunto, disgiunto, consorziato, aggregato o altre forme di gestione del rischio assicurativo altra/e polizza/e assicurative, è facoltà della Contraente recedere dalla presente polizza con preavviso di 90 (novanta) giorni mediante lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia; il recesso avrà effetto decorsi 90 giorni dalla spedizione della raccomandata.
È facoltà del Contraente chiedere alla Società la proroga della presente assicurazione fino al completo espletamento delle procedure di gara e la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di proroga.
Per il pagamento del premio vale il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento delle rate successive.
Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

4.5 - Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società coassicuratrici, in caso di sinistro, le medesime concorreranno nel pagamento dell'indennizzo in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.
Il Contraente/Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Spett.le ASSIDOGE S.r.l. e le Società assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Spett.le ……..; di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente/Assicurato dalla ASSIDOGE S.r.l. la quale tratterà con la Società Delegataria.
La Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici, indicate nella polizza o appendice, a firmare in loro nome e per loro conto tutti gli atti contrattuali. Pertanto la firma apposta dalla Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.
Il dettaglio dei capitali assicurati e dei premi spettanti a ciascuna Coassicuratrice risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza. Le Coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci, anche nei propri confronti, tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare esperti (periti, medici, consulenti, ecc.). È fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi, il cui pagamento verrà effettuata dal Contraente per il tramite della Spett.le ASSIDOGE S.r.l. direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice e tale procedura è accettata dalle medesime. Tutte le comunicazioni fatte alla Delegataria, anche attinenti alla denuncia dei sinistri, hanno effetto nei confronti dei Coassicuratori.

4.6 - Clausola broker

Alla Società Assidoge S.r.l. – Insurance Broker è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione, ai sensi del D.lgs. 209/2005. Di conseguenza tutti i rapporti e comunicazioni inerenti l'assicurazione saranno svolti per conto del Contraente/Assicurato dal Broker il quale tratterà con la Società.
Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto del Contraente/Assicurato si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso; parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società; farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di una comunicazione ufficiale del Broker alla Società.
Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento verrà effettuato dal Contraente al broker, che provvederà al versamento alla/e Società. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art. 1901 del

TIMBRO E FIRMA

_____

Codice Civile, del pagamento effettuato dal Contraente al Broker.
Il Broker sarà remunerato dalla/e Società aggiudicatarie dell'appalto. Il compenso riconosciuto al Broker, sotto forma di ritenuta sui premi di assicurazione e all'atto del pagamento dei medesimi, sarà pari al 70% dell'aliquota provvigionale, calcolata sul premio imponibile, che l'Impresa riconosce all'Agenzia affidataria del contratto, come risultante dalla documentazione ufficiale sotto forma di dichiarazione della Direzione della/e Società; essendo tale remunerazione parte dell'aliquota riconosciuta dall'Impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita diretta, non potrà mai rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente/Contraente.

4.7 - Generalità degli assicurati / Regolazione del premio

La Società rinuncia all'identificazione in polizza delle generalità degli Assicurati, per la loro identificazione nonché dei dati necessari alla definizione delle liquidazioni, si farà riferimento agli atti e registri in possesso del Contraente, il quale si obbliga ad esibirli a semplice richiesta della Società, anche per l'effettuazione di accertamenti e controlli.
Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi variabili del rischio, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza 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 a base per il conteggio del premio. Non vi è l'obbligo per il Contraente di comunicare nel corso del periodo assicurativo le variazioni del numero di assicurati, numero di veicoli assicurati o qualsiasi altro dato variabile.
La regolazione del premio di polizza avverrà secondo quanto previsto dalla normativa seguente:

a) entro 120 (centoventi) giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società i dati necessari per effettuare la regolazione del premio e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza;
b) le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere corrisposte nei 60 (sessanta) giorni successivi dal momento in cui il Contraente abbia effettivamente ricevuto la relativa appendice emessa dalla Società (farà fede la data di protocollazione di ricevimento del documento).

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 (trenta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 (trenta) giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società medesima non è obbligata per 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.

4.8 - Estensione territoriale

La validità della presente assicurazione è estesa al mondo intero.

4.9 - Modifiche dell'assicurazione

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

4.10 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

4.11 - Foro competente

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede legale del Contraente/Assicurato.

4.12 - Rinvio alle norme di legge

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

TIMBRO E FIRMA

_____

5 - ALTRE NORME CHE DISCIPLINANO L' OPERATIVITA' DEL CONTRATTO

5.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/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 ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

5.2 - Variazioni del rischio

Il Contraente/Assicurato deve comunicare alla Società 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, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.
A parziale deroga dell'art. 1897 del Codice Civile, nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre, con effetto immediato, il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente/Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.
La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione oppure in occasione del primo rinnovo dell'annualità di premio a scelta del Contraente/Assicurato.

5.3 - Buona fede

La mancata comunicazione da parte del Contraente/Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte o incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza e/o nel corso della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.
La Società, una volta venuta a conoscenza delle circostanze aggravanti, ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

5.4 – Clausola di legittimazione

La Società da e prende atto che:

- la presente polizza viene stipulata dal Contraente a favore degli Assicurati con il loro espresso consenso;
- il Contraente adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa ed esercita di conseguenza tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva ed in luogo degli Assicurati, con il consenso degli Assicurati stessi che si intende e riconosce come espressamente prestato e manifestato sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato;
- è data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

5.5 - Comunicazione sullo stato dei sinistri

La Società si impegna a garantire al Contraente/Assicurato e al Broker l'accesso all'Ispettorato Sinistri per la discussione delle vertenze relative ai danni denunciati e comunque la facilitazione per gli opportuni collegamenti telefonici e via fax.
La Società, inoltre, si impegna ad inviare al Broker, con cadenza annuale, una comunicazione che riporti la stato dei sinistri denunciati e aperti con i rispettivi numeri di protocollazione, data di accadimento, tipologia di accadimento e le seguenti annotazioni:

- sinistro liquidato (con l'indicazione del relativo importo);
- sinistro aperto e posto a riserva (con l'indicazione del relativo importo a riserva);
- sinistro chiuso, senza seguito (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazione scritte);
- sinistro respinto (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazione scritte).

Gli obblighi precedentemente descritti non precludono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle suindicate.

TIMBRO E FIRMA

_____

5.6 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

6 - NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

6.1 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di sinistro

Il Contraente/Assicurato deve dare avviso scritto, anche a mezzo telefax, alla Società alla quale è stata assegnata la polizza o al Broker indicato in polizza entro 30 (trenta) giorni lavorativi da quando l'Ufficio dell'Ente incaricato della gestione dei contratti assicurativi ne è venuto a conoscenza.
La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico; il decorso delle lesioni deve essere documentato con continuità da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.
Se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso scritto alla Società.
L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

6.2 - Criteri di indennizzo

Fermo restando l'esonero del Contraente/Assicurato dalla denuncia delle infermità, delle malattie sofferte, nonché delle mutilazioni e dei difetti fisici di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero sopravvenire successivamente, la Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di operatività della garanzia, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. Pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

6.3 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni.
Per gli infortuni avvenuti all'estero, il pagamento verrà effettuato in Italia in valuta italiana. Per le spese sanitarie sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

6.4 - Controversie e collegio arbitrale

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso il Broker al quale è assegnato il contratto di assicurazione. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.
Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabile come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

TIMBRO E FIRMA

_____

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

6.5 - Infortunio catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo della Società non potrà comunque superare l'importo di 5.200.000,00 (cinquemilioniduecentomila/00) Euro.
Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

6.6 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti hanno facoltà di recedere dall'assicurazione mediante lettera raccomandata e con preavviso di almeno 90 (novanta) giorni.
Il recesso avrà effetto dalla scadenza annuale ovvero, se comunicato meno di 90 (novanta) giorni prima di detta scadenza, dalla scadenza annua successiva.
Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

6.7 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili del sinistro.

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

Per il pagamento dei premi, sia il Broker che la Compagnia si impegnano a ottemperare agli obblighi previsti in materia di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dall'art. 3 della legge 136/2010; a tale scopo, a pena di risoluzione del contratto, si impegnano a utilizzare conti correnti bancari o postali, dedicati.
Nel caso in cui la Compagnia, 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 Compagnia si impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.
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 Cod. Civ. 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 Cod. Civ., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

TIMBRO E FIRMA

_____

CATEGORIE, GARANZIE E SOMME ASSICURATE

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per gli Assicurati appartenenti alle sotto riportate categorie per le garanzie e le somme assicurate pro capite di seguito indicate.

CATEGORIA A) – MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI E ALTRE PROFESSIONALITA' (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI

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) ambulatoriali, 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, sempreché il servizio sia prestato in comune diverso da quello 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 in località diversa da quella di residenza in occasione della partecipazione a riunioni non in orario di servizio.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITE
Morte	€ 1.033.000,00
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

PREVENTIVO NUMERO PERSONE	**300**

CATEGORIA B) – MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex Guardia medica) – GUARDIA TURISTICA – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

L'assicurazione è prestata in ottemperanza alle vigenti disposizioni normative per tutti i medici che svolgono il servizio di continuità assistenziale, guardia turistica ed emergenza sanitaria territoriale per gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale, ivi compresi, sempreché 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.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITE
Morte	€ 775.000,00
Invalidità Permanente	€ 775.000,00
Inabilità Temporanea	€ 52,00 giornalieri per un massimo di 300 giorni l'anno

PREVENTIVO NUMERO PERSONE	**150**

CATEGORIA C) – DONATORI DI SANGUE / MIDOLLO OSSEO

L'assicurazione è prestata per tutti i donatori di sangue e di midollo osseo per

- le conseguenze delle operazioni connesse al prelievo di sangue (e cioè infezioni in genere, flebiti, periflebiti, ematomi, embolie), e/o di midollo osseo anche in deroga a quanto eventualmente previsto nelle condizioni tutte della presente polizza;
- gli infortuni sofferti sia durante la donazione e/o il controllo, sia durante il tragitto per recarsi e ritornare dal luogo della donazione effettuato con qualunque mezzo di trasporto esclusi gli aerei.

La copertura assicurativa viene estesa alla pratica di "emaferesi" e "plasmaferesi" nel prelevamento del sangue dei donatori con separatore cellulare.

Si intendono compresi nella garanzia i casi di morte ed invalidità permanente conseguenti e dipendenti dalla donazione del sangue (si cita a puro titolo esemplificativo collasso cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, para-flebiti, infezioni in genere, ecc.) se verificatisi entro 90 giorni da quello della donazione.

TIMBRO E FIRMA

_____

Detta garanzia è operante anche quando il prelievo viene effettuato nei centri di raccolta mobili

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITE
Morte	€ 260.000,00
Invalidità Permanente	€ 260.000,00
Inabilità Temporanea	€ 30,00 giornalieri con un massimo di 180 gg l'anno
Rimborso spese mediche	€ 5.000,00
Protesi rese necessarie da invalidità di qualsiasi tipo	€ 13.000,00

PREVENTIVO NUMERO DONAZIONI	**20.000**

CATEGORIA D) – CONDUCENTI DEI VEICOLI DEL CONTRAENTE
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 dello stesso. L'assicurazione si intende pertanto prestata anche a favore del personale sanitario e non, anche proveniente da altri Enti, 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, 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.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITE
Morte	€ 500.000,00
Invalidità Permanente	€ 500.000,00

PREVENTIVO NUMERO VEICOLI	**60**

CATEGORIA E) – CONDUCENTI DI VEICOLI PRIVATI 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 in qualità di conducenti durante ed in conseguenza dell'uso, della guida e della circolazione di veicoli non di proprietà né in uso a qualsiasi titolo al Contraente. L'assicurazione si intende pertanto prestata anche a favore 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 prestazioni di servizio. 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.

GARANZIE ASSICURATE	SOMME ASSICURATE PRO CAPITE
Morte	€ 500.000,00
Invalidità Permanente	€ 500.000,00

PREVENTIVO PERCORRENZA ANNUA	**Km 2.500.000**

IL CONTRAENTE **LA SOCIETA'**

_____ _____

TIMBRO E FIRMA

_____

CONTEGGIO DEL PREMIO

NON COMPILARE

Il premio dell'assicurazione, viene anticipato nella misura indicata nella presente sezione di polizza, di cui il 75% costituisce il premio minimo dovuto comunque dal Contraente alla Società.

CATEGORIA	DATO VARIABILE	PREVENTIVO	PREMIO	PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO
A	Numero assicurati	300	=====	=====
B	Numero assicurati	150	=====	=====
C	Numero donazioni	20.000	=====	=====
D	Numero veicoli	60	=====	=====
E	Km veicoli	2.500.000	=====	=====

PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO TOTALE	€ ==========

IL CONTRAENTE **LA SOCIETA'**

_____ _____

TIMBRO E FIRMA

_____