

CAPITOLATO INFORTUNI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- 1) Assicurazione: il contratto di assicurazione
- 2) Polizza: il documento che prova l'assicurazione
- 3) Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione
- 4) Assicurato: la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'assicurazione
- 5) Società: l'impresa assicuratrice
- 6) Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società
- 7) Sinistro: il fatto verificatosi durante il periodo di efficacia dell'assicurazione
- 8) Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.
- 9) Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
- 10) Scoperto/Franchigia: la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato
- 11) Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro
- 12) Beneficiario: il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

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

ART. 2 - PROVA DEL CONTRATTO - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera, raccomandata e non, raccomandata a mano, telex, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

ART.3 - DURATA DEL CONTRATTO – DECORRENZA DELLA GARANZIA – PAGAMENTO DEL PREMIO

Il presente contratto avrà durata dalle ore 24.00 del 31/12/2009 alle ore 24.00 del 31.12.2010.

La Polizza avrà validità per anni uno con possibilità di rinnovo annuale per un massimo di anni 2 previa richiesta della ASL alla Compagnia assicurativa in qualsiasi momento purchè prima della prevista scadenza contrattuale.

Tali rinnovi saranno soggetti all'art. 115 D.Lgs 163/2006 e s.m.i

La/e compagnia/e aggiudicataria/e ha l'obbligo di continuare l'affidamento del servizio alle stesse condizioni e prezzi, fino a quando l'Azienda non avrà provveduto alla stipula di un nuovo contratto .Tale richiesta dell'amministrazione alla Compagnia Assicurativa potrà avvenire in qualsiasi momento purchè prima della prevista scadenza contrattuale .

Si conviene che le parti hanno la facoltà di rescindere il contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 90 (novanta) giorni di anticipo rispetto alla scadenza.

Il Contraente é tenuto al pagamento del premio annuo entro 120 (centoventi) giorni dall'inizio dell'annualità assicurativa, ferma restando l'efficacia e l'effetto della garanzia.

In caso di inadempienza la garanzia resterà sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno e riprenderà vigore alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, fermo restando il diritto della Società al pagamento di quanto dovuto.

Il termine temporale di pagamento delle annualità di premio successive é di centoventi giorni dalla data di inizio dell'annualità assicurativa .

In caso di inadempienza si procederà come precedentemente previsto.

ART. 4- MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti, o non accettati dalla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo, nonché la stessa cessazione dell' assicurazione (art. 1898 C.C.).

ART. 6 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 7 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio deve essere fatta alla Società nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

ART. 8 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso pari al periodo di tempo necessario al Contraente ad aggiudicare, secondo la normativa vigente, ad altra Compagnia d'assicurazione, una assicurazione avente il medesimo oggetto della presente; tale periodo non può essere superiore a 90 giorni, termine dopo il quale la presente assicurazione cesserà di avere efficacia..

In caso di recesso da parte della Società dalla presente assicurazione, entro 15 giorni dalla data di efficacia dello stesso, la stessa rimborserà la parte di premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 9 - ONERI FISCALI

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

ART. 10 - FORO COMPETENTE

Per tutte le controversie che dovessero insorgere in attuazione dell'appalto, il Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede la ASL RM A.

ART. 11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 12 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di dubbio, le clausole contenute nel presente capitolato nonché le norme in esso richiamate e/o comunque applicabili saranno interpretati sempre in senso più favorevole al Contraente/Assicurato.

ART. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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

ART. 14 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;

- b) dall' uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall' art. 14;
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall' uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato;
- g) da guerre o insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell' atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) da infarti e da ernie di qualsiasi tipo;

m) Da atti di terrorismo ma solo come conseguenza dell' utilizzo di armi di distruzione di massa nucleari, chimiche o biologiche.

ART. 15 - RISCHIO VOLO

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

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

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

per persona:

- euro 1.032.913,80 per il caso di Morte
- euro 1.032.913,80 per il caso di Invalidità Permanente
- euro 258,23 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

- euro 5.164.568,99 per il caso di Morte
- euro 5.164.568,99 per il caso di invalidità Permanente
- euro 5.164,57 per il caso di Inabilità Temporanea

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

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

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

ART. 16 - SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso l' assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e prosegue per le altre garanzie e per le rispettive indennità previste in polizza.

Comunque, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successiva all' inizio del servizio , il Contraente ha diritto di chiedere la sospensione dell' assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

ART. 17 – LIMITE DI ETA'

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

Tuttavia , per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l' assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l' eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell' età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

ART. 18 - PERSONE NON ASSICURABILI

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

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

ART. 19 - ESTENSIONI TERRITORIALI

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

ART. 20 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri debbono essere denunciati per iscritto alla Società nel più breve tempo possibile da quando l'Ufficio preposto alla gestione delle coperture assicurative ne sia venuto a conoscenza.

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

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

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

RT. 21- CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

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

ART. 22 - MORTE

L' indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se 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 invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell' infortunio ed in conseguenza di questo, l' Assicurato muore, gli eredi dell' Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l' indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 23 - INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche 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 d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

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

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

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

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

ART. 24 - INABILITA' TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

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

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

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

ART. 25- DIARIA DA RICOVERO

Se in conseguenza ad infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 300 gg.. La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

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

ART.26 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa agli assicurati, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato sulla scheda di rischio:

Per cure mediche si intendono:

- Spese ospedaliere o cliniche;
- Onorari a medici e chirurghi;
- Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- Spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- Spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- Spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

ART. 27 - MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado o durata dell'inabilità temporanea e sulla loro entità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici.

Il Collegio medico risiede presso la sede della Contraente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle 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 vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

ART. 28 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

ART. 29 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

CONTRAENTE

SOCIETA'

RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

CAT. C - DONATORI DI SANGUE

La garanzia copre gli infortuni subiti dalle persone che si sottopongono al prelievo del sangue presso l'Azienda unità Sanitaria, anche sotto forma di autotrasfusione.

L'assicurazione è prestata per le conseguenze delle operazioni connesse al prelievo del sangue (infezioni in genere, flebiti, periflebiti, ematomi, embolie), nonché per gli infortuni a termini di polizza che colpissero i donatori (iscritti all'Associazione AVIS od "occasionalmente" non iscritti) nell'ambito dei locali in cui si effettuano dette operazioni e durante il tempo necessario con tutti i mezzi di locomozione, terrestri e per via d'acqua, pubblici o privati, quest'ultimi anche se guidati dall'Assicurato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro alla località in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa.

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare preventivamente sia le generalità dei singoli donatori, sia il giorno e l'ora dei prelievi; per le relative identificazioni sarà fatto riferimento agli appositi registri e schedari che la Contraente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, a semplice richiesta della Società assicuratrice e dei suoi incaricati.

SOMME ASSICURATE

Morte	euro 258.229,00
Invalità Permanente	euro 258.229,00
Inabilità Temporanea	euro 52,00
Rimborso spese mediche da infortunio	euro 2.582,00

CAT. D - MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.

SOMME ASSICURATE

Morte:	euro 1.032.913,80
Invalidità permanente:	euro 1.032.913,80
Inabilità temporanea:	euro 154,90

CAT.E-MEDICI ADDETTI ALLE ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE(ex medicina dei servizi)

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.

SOMME ASSICURATE

Morte:	euro 775.000,00
Invalidità permanente:	euro 775.000,00
Inabilità temporanea:	euro 52,00

CAT. F - MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex guardia medica)

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.

SOMME ASSICURATE

Morte:	euro 775.000,00
Invalidità permanente:	euro 775.000,00
Inabilità temporanea:	euro 52,00

CAT.G-PSICOLOGI,BIOLOGI E CHIMICI

La garanzia copre gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'accordo collettivo nazionale.

SOMME ASSICURATE

Morte :	€1.032.913,80
Invalidità permanente :	€1.032.913,80
Inabilità temporanea :	€154,94

CAT.H-SOGGETTI DISAGIATI MENTALI E DISABILI IN ETA' GIOVANILE ED ADULTA

La garanzia sarà estesa agli handicappati utenti e disagiati mentali dei servizi negli immobili della ASL e riservati agli stessi e, quanto agli handicappati tirocinanti , nelle normali istituzioni educative lavorative sociosanitarie , con ulteriore estensione della garanzia alla frequenza dei Centri sportivi, alle attività ricreative , riabilitative, culturali e sportive (quali gioco del calcio, ecc.) anche se svolte in luoghi diversi dalle Strutture della ASL RM/A (teatro, cinema, ecc) per i seguenti capitali:

€15.500,00 per il caso di morte ;

€15.500,00 per il caso di invalidità permanente;

Fino ad €260,00 per il rimborso di spese mediche , chirurgiche e farmaceutiche.

Si precisa che la garanzia è limitata ai soli rischi infortuni e decorrerà dal momento in cui gli handicappati e disagiati mentali vengono consegnati al personale autorizzato e preposto alla loro sorveglianza e terminerà all'atto della riconsegna dei medesimi a domicilio anche extra-moenia.

Si precisa, infine, che per gli handicappati la garanzia sarà estesa ai mezzi pubblici e/o privati per il solo viaggio che devono compiere dalla ASL ai centri sportivi o ai luoghi ove prestano tirocinio e viceversa.

Per i soggetti handicappati assicurati tutto l'anno il premio viene stabilito in € pro capite (compresi accessori); in tale importo vengono comprese anche le gite effettuate dagli handicappati e disagiati mentali che frequentano i Centri Diurni dell'Azienda.

Per i soggetti partecipanti ai soggiorni estivi della durata non inferiore a 20 giorni il premio viene stabilito in € pro capite (compresi accessori).

Per i soggetti partecipanti alle gite ed ai soggiorni estivi della durata inferiore ai 20 giorni il premio viene stabilito in € pro capite (compresi accessori).

Si fa presente che non si deve considerare il periodo stabilito per la regolazione del premio relativamente ai soggiorni estivi effettuati dai portatori di handicap e/o disagiati mentali.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

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

L'assicurazione vale anche per:

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

A) EVENTI SOCIOPOLITICI

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

B) CALAMITA' NATURALI

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

C) COLPA GRAVE

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato.

D) RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possono colpire gli Assicurati durante:

- il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo di lavoro e viceversa;
- il tragitto dalla sede dove viene svolta la loro attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa

purchè questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso pre via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici.

E) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:

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

F) FRANCHIGIA SU INABILITA' TEMPORANEA

Le franchigie si intenderanno quelle previste dagli Accordi Collettivi Nazionali .

I) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e alla Contraente, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, 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 morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di Morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

L) LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 60% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni Particolari di Assicurazione verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato

M) ANTICIPO INDENNIZZO

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di euro 51.000,00.

N) REGOLAZIONE PREMIO

Il Contraente comunicherà i dati consuntivi necessari entro 90 giorni dalla scadenza annuale.

Nel caso in cui l'Assicurato Contraente, nei termini prescritti, non abbia effettuato:

- la comunicazione dei dati ovvero la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni per i relativi adempimenti.

Non dovrà essere considerato il periodo per la regolazione del premio relativamente ai soggiorni estivi effettuati dai portatori di handicap e/o disagiati mentali.

Trascorso infruttuosamente tale periodo, il premio, anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza attiva.

In tale eventualità la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare la risoluzione del contratto con lettera raccomandata.

Le differenze ,attive e/o passive , risultanti dalla regolazione devono essere pagate e/o introitate nei 60 giorni- dalla Contraente e/o Compagnia assicurativa risultata aggiudicataria –successivi al ricevimento della relativa appendice di regolazione , formalmente ritenuta corretta, che dovrà essere , in ogni caso trasmessa , entro e non oltre ,120 giorni dall'inizio dell'annualità assicurativa.

Categoria D- Medici Specialisti ambulatoriali

Il premio deve essere regolato in base al numero medio mensile degli assicurati.

Categoria F - Medici addetti al servizio della continuità assistenziale (ex guardia medica)

Il premio deve essere regolato in base al numero medio mensile degli assicurati.

Categoria E - Medici addetti alle attività territoriali programmate (ex medici della medicina dei servizi)

Il premio deve essere regolato in base al numero medio mensile degli assicurati.

Categoria G - Psicologi Biologi e Chimici

Il premio deve essere regolato in base al numero medio mensile degli assicurati.

Categoria C - Donatori di sangue

Il numero dei Donatori di sangue.

Categoria H – Disagiati mentali e disabili in età giovanile ed adulta

Il numero dei soggetti disagiati mentali e disabili

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate; per la loro identificazione si farà riferimento ai libri amministrativi del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.

Eventuali variazioni, in corso di contratto, avranno automaticamente validità agli effetti della garanzia, senza obbligo di comunicazione da parte del Contraente: di tali variazioni si terrà conto in sede di regolazione premio.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento della relativa Appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta.

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

Relativamente ai massimali previsti per legge di cui alle categorie di **personale convenzionato** - categoria D,E,F,G - del presente Capitolato, la Compagnia si impegna ad aggiornare automaticamente (senza comunicazione ufficiale) già dal momento della entrata in vigore del nuovo Contratto, i nuovi massimali secondo quanto stabilito dalla Normativa stessa e con un aumento di premio rapportato proporzionalmente in misura percentuale all'effettivo aumento dei massimali più un massimo del 20% di incremento da prevedersi per un eventuale aggravamento dei soggetti infortunati.

La ASL si impegna a pagare l'importo richiesto dalla Compagnia per tale aggiornamento in sede di regolazione finale del premio fermo restando che i massimali aggiornati saranno vigenti dall'entrata in vigore del nuovo Contratto.

O) MORTE PRESUNTA

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

- a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b) possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

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

P) DIABETE

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

In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo a sensi dell'Art. 22 delle C.G.A..

Q) UBRIACHEZZA

A parziale rettifica di quanto indicato nell'art. 14 delle C.G.A. l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

R) ESONERO DALL' OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA' MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

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

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 19 delle C.G.A..

S) ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

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

T) VARIAZIONE DEL RISCHIO, BUONA FEDE

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

U) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga a quanto disposto dalle C.G.A. , il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

V) DEROGA ALLE DICHIARAZIONI DELL' ASSICURATO

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

W) OBBLIGHI DELLA SOCIETA' NELLA GESTIONE DEI SINISTRI

La Società annualmente si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società di data di accadimento del sinistro, data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Z)COASSICURAZIONE

E' consentita la Coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 c.c

SCHEDE DI QUOTAZIONE

CAT. C - DONATORI DI SANGUE

SOMME ASSICURATE

Morte	euro 258.229,00
Invalidità Permanente	euro 258.229,00
Inabilità Temporanea	euro 52,00
Rimborso spese mediche da infortunio	euro 2.582,00

Premio per donazione:

n. preventivo donazioni: n°27

Premio lordo annuale pro-capite €

Totale premio annuo lordo €

CAT. D - MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

SOMME ASSICURATE

Morte:	euro 1.032.913,80
Invalidità permanente:	euro 1.032.913,80
Inabilità temporanea:	euro 154,94

Premio per assicurato:

n. preventivo assicurati: n°275

Premio lordo annuale pro-capite €

Totale premio annuo lordo €

CAT. E - MEDICI ADDETTI ALLE ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE

(ex medicina dei servizi)

SOMME ASSICURATE

Morte:	euro 775.000,00
Invalidità permanente:	euro 774.000,00
Inabilità temporanea:	euro 52,00

Premio per assicurato:

n. preventivo assicurati:n°77
Premio lordo annuale pro-capite €
Totale premio annuo lordo €

CAT. F - MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(ex guardia medica)

SOMME ASSICURATE

Morte:	euro 775.000,00
Invalidità permanente:	euro 775.000,00
Inabilità temporanea:	euro 52,00

Premio per assicurato:

n. preventivo assicurati:n°34
Premio lordo annuale pro-capite €
Totale premio annuo lordo €

CAT. G – PSICOLOGI ,BIOLOGI E CHIMICI
SOMME ASSICURATE

Capitali assicurati	
Morte	euro 1.032.913,80
Invalidità permanente	euro 1.032.913,80
Inabilità Temporanea	euro 154,94

Numero assicurati :n°2
Premio lordo annuale pro-capite €
Totale premio annuo lordo

CAT.H-HANDICAPPATI E/O DISAGIATI MENTALI
SOMME ASSICURATE

Capitali assicurati

Morte €15.447,99

Invalidità permanente €15.447,99

Fino €257,46 per il rimborso spese mediche, chirurgiche e farmaceutiche.

Numero assicurati :n°100

Premio lordo annuale pro-capite €

TOTALE PREMIO ANNUO LORDO :€

Premio lordo pro-capite Soggiorni estive €

Premio lordo pro-capite Gite giornaliere €

Cat.C+D+E+F+G+H

EURO.....

DELEGATARIA

_____%

EVENTUALI COASSICURATORI:

_____%

_____%

_____%

_____%

La/e Società _____