

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**

La presente polizza è stipulata tra

**FONDAZIONE IRCCS
"CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO"
Via Francesco Sforza, 28
20122 MILANO
P.IVA 04724150968
e**

Decorrenza ore 24.00 del	30.06.2015
Scadenza ore 24.00 del	30.06.2018

Scadenza annuale : 30.06

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

- Art.1 Definizioni
- Art.2 Identificazione degli Assicurati

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
- Art.3 Durata del contratto
- Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art.5 Regolazione del premio
- Art.6 Recesso a seguito di sinistro
- Art.7 Modifiche dell'assicurazione
- Art.8 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art.9 Oneri fiscali
- Art.10 Foro competente
- Art.11 Interpretazione del contratto
- Art.12 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
- Art.13 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
- Art.14 Coassicurazione e delega
- Art.15 Clausola Broker
- Art.16 Rinvio alle norme di legge

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione
- Art.2 Rimborso spese mediche e farmaceutiche
- Art.3 Diaria di ricovero
- Art.4 Diaria per inabilità temporanea
- Art.5 Spese di trasporto a carattere sanitario
- Art.6 Rientro sanitario
- Art.7 Rimpatrio salma
- Art.8 Danni estetici
- Art.9 Rischio aeronautico
- Art.10 Servizio militare
- Art.11 Rischio guerra
- Art. 12 Malattie contratte in servizio e per cause di servizio
- Art.13 Responsabilità del Contraente

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

- Art.1 Esclusioni
- Art.2 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

SEZIONE 5 GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

- Art.1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
- Art.2 Criteri di indennizzabilità
- Art.3 Controversie
- Art.4 Liquidazione dell'indennità
- Art.5 Rinuncia all'azione di surroga
- Art.6 Anticipo Indennizzo

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

- Art.1 Somme assicurate, scoperti e franchigie
- Art.2 Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione
- Art.3 Riparto di coassicurazione
- Art.4 Disposizione finale

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Art. 1 - Definizioni

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

	riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.

Art. 2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente.

E' pure esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti 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 ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente 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 C.C.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

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

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

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

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

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

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte

dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

Art. 3 - Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi sei mesi prima della suddetta scadenza

E' inoltre facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurato è tenuto a pagare, presso la Società o al Broker al quale è assegnata la polizza il premio stabilito nella polizza medesima.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

A parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1901 c.c. le garanzie saranno valide anche se il premio anticipato relativo sia stato corrisposto entro 60 giorni successivi alla data di decorrenza della suddetta polizza.

Se il Contraente non paga il premio entro il termine di 60 giorni dalla rispettiva data di scadenza, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno in cui è pervenuta la comunicazione scritta da parte della Società e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art.4 bis) Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n. 136/2010

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

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di

servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

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

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

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

Art. 5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 180 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00

del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Art. 6 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 (centottanta) giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 180 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente.

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

Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza devono essere provate per iscritto.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

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

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente

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

Art. 11 - Interpretazione del contratto

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

Art. 12 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

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

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

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

Art. 13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società alle scadenze semestrali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

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.

Art. 14 - Coassicurazione e delega

L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile _____ all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile _____ la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà che le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea impresa costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria. Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'impresa concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

Art. 15 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio assicurativo Marsh S.p.A. in qualità di broker ai sensi dell' art. 109 del D.Lgs. 209/2005 e successive modifiche e integrazioni.

La Società riconosce, pertanto, che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Assicurato dalla Marsh S.p.A.

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

L'assicurazione vale altresì per tutte le garanzie di cui ai seguenti articoli della presente sezione ad eccezione che per le garanzie di cui agli artt. 3 e 4 che si intendono operanti solo se espressamente richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, uso di armi anche non convenzionali, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- gli infortuni conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali.

Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche

Per tutte le categorie assicurate, in caso di prestazioni sanitarie, rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 5.500,00 per persona assicurata.

Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'Assicurato per le spese sostenute in occasione di:

- § Onorari dei chirurghi e dell'équipe medica
- § Uso della sala operatoria
- § Rette di degenza in ospedali o cliniche
- § Medicinali prescritti dal medico curante
- § Onorari dei medici
- § Accertamenti diagnostici
- § Trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica o presidio medico più vicino
- § Esami di laboratorio
- § Cure e visite mediche
- § Cure di rieducazione, riabilitazione ecc.
- § Rimborso spese dentarie e per apparecchi ortodontici

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Le spese sostenute all'estero saranno rimborsate in Italia, in moneta corrente al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato.

Art. 3 – Diaria per ricovero (Operante se espressamente richiamata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art. 4 – Diaria per inabilità temporanea (Operante se espressamente richiamata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

Art. 5 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo autoambulanza e/o mezzi speciali di soccorso. Il rimborso avverrà fino al limite di € 2.500,00 per trasporto e verrà limitato ad un massimo di due viaggi.

Art. 6 – Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 2.500,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpisce nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art. 7 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 2.500,00

Art. 8 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 5.000,00 per evento.

Art. 9 – Rischio aeronautico

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

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

- € 2.100.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 2.100.000,00 per il caso morte
- € 500,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta per persona e di:
 - € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
 - € 5.000.000,00 per il caso di morte
 - € 5.000,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta complessivamente per aeromobile.

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

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le

indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Sono equiparati agli "Infortuni Aeronautici" anche gli infortuni derivanti da dirottamenti, sabotaggi, atti di pirateria ed attentati.

Art. 10 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, 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 valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché quali obiettori di coscienza, volontari del servizio civile.

Art. 11 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 12 – Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 13 – Responsabilità del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di causa sostenute dal Contraente.

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

Art. 1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. in conseguenza di partecipazione ad imprese temerarie salvo, in quest'ultimo caso, che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
3. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
4. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
5. in conseguenza di partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti gare di regolarità pura.

Art. 2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza :

fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 80 (ottanta) anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 60° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

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

Art. 2 – Criteri di indennizzabilità

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

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

a) MORTE

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

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

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli aventi diritto l'importo liquidato o offerto.

b) MORTE PRESUNTA

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

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

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

c) INVALIDITA' PERMANENTE

a) Invalidità Permanente Assoluta

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

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

b) Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle seguenti percentuali della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato:

	destro	sinistro
- per la perdita totale di un arto superiore	70%	60%
- per la perdita della mano o dell'avambraccio	60%	50%
- per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%
- per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	50%

- per la perdita di un piede	40%	40%	
- per la perdita del pollice	18%	16%	
- per la perdita dell'indice	14%	12%	
- per la perdita del mignolo	12%	10%	
- per la perdita del medio	8%	6%	
- per la perdita dell'anulare	8%	6%	
- per la perdita di un alluce			5%
- per la perdita di ogni altro dito del piede			3%
- per la sordità completa di un orecchio			10%
- per la sordità completa di ambedue le orecchie			40%
- per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio			25%

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulta compresa in garanzia l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile: fino a trenta giorni d'indennità per inabilità temporanea, se tale indennità è contemplata in polizza;
- se non risulta operabile: indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

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

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati

come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente.

L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

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

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 3, art.2, le spese sostenute.

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

Art. 3 – Controversie

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

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

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

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

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

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

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga

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

Art. 6 - Anticipo Indennizzo

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 10%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 30 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO**Art. 1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti**

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

Art. 1.1 – Medici specialisti ambulatoriali e sostituti di incarico

Il contratto assicura gli infortuni subiti dai medici specialisti ambulatoriali e sostituti di incarico in occasione delle attività professionali, compreso l'accesso da e per la sede dell'ambulatorio, nonché in occasione dello svolgimento di attività extramoenia.

Garanzia	Capitali Assicurati pro capite
Caso Morte	€ 1.033.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00
Diaria per inabilità temporanea al giorno	€ 155,00

Per il caso di Inabilità Temporanea si prevede il limite di 300 giorni con decorrenza dalla data dell'inizio dell'invalidità.

L'indennità è ridotta al 50% per i primi tre mesi.

Agli effetti degli infortuni subiti dai medici specialisti ambulatoriali in caso di infortunio l'invalidità permanente verrà liquidata in base alla seguente tabella:

	destro	sinistro
- per la perdita totale di un arto superiore	100%	100%
- per la perdita della mano o dell'avambraccio	60%	50%
- per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%
- per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	50%
- per la perdita di un piede	40%	40%
- per la perdita del pollice	18%	16%
- per la perdita dell'indice	14%	12%
- per la perdita del mignolo	12%	10%
- per la perdita del medio	8%	6%
- per la perdita dell'anulare	8%	6%
- per la perdita di un alluce		5%
- per la perdita di ogni altro dito del piede		3%

- per la sordità completa di un orecchio	10%
- per la sordità completa di ambedue le orecchie	40%
- per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%
- per la perdita completa della facoltà visiva d'entrambi gli occhi	100%

Art. 1.2 – Personale in missione

L'assicurazione è operante per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante l'uso (in qualità di conducente o trasportato) di mezzi di trasporto a chiunque appartenenti.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 260.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 260.000,00

Art. 1. 3 – Donatori di Sangue (DGR 30 30061 del 18/07/1997)

La Società garantisce, per le somme indicate di seguito, ogni donatore di sangue che si rechi presso l'Ente contraente o in qualsiasi altro luogo per conto dell'Ente stesso, da qualunque infortunio connesso o derivante dal prelievo/donazione di sangue (e suoi derivati) sia durante il prelievo/ donazione sia durante le visite di controllo negli ambulatori (pubblici o gestiti dall'AVIS o da altre associazioni od organizzazioni di volontariato che svolgono la loro attività nell'interesse della Contraente), inclusi il rischio in itinere, a piedi o con qualsiasi mezzo, e le conseguenze derivanti dalla donazione, compresi, a titolo esemplificativo e non limitativo: collasso cardiaco, anemia cerebrale, embolia, flebiti, paraflebiti, infezioni, plasmaferesi del sangue e le conseguenze derivanti dalle operazioni di citoafelisi e leucoafelisi.

Sono equiparate alle donazioni di sangue, quindi garantite dal contratto, anche le visite di idoneità effettuate dagli aspiranti donatori.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 260.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 260.000,00
Diaria per inabilità temporanea al giorno (365 gg)	€ 55,00

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

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria

calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 5 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art. 1 della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Cat. 1.1) Medici Specialisti Ambulatoriali

- Numero preventivo di ore di attività : 3.000
- Tasso annuo lordo: €
- **Premio annuo lordo anticipato Cat. 1.1): €**

Cat. 1.2) Personale in missione

a) Personale in missione con mezzo personale:

- Preventivo Km percorsi: 8.000
- Tasso annuo lordo per Km:
- **Premio annuo lordo anticipato Cat. 1.2) a) : €**

b) Personale in missione con mezzo di proprietà della Fondazione o in Leasing

- Numero dei mezzi utilizzati per missioni o adempimenti di servizio: 19
- Premio Annuo Lordo per mezzo assicurato: €
- **Premio annuo lordo anticipato Cat. 1.2) b) : €**

- **Premio annuo lordo anticipato Cat. 1.2) : €**

Cat. 1.3) Donatori di sangue

- Numero preventivo di donazioni: 30.000
- Premio annuo lordo per donazione: €
- **Premio annuo lordo anticipato Cat. 1.3) : €**

Art. 3 – Riparto di coassicurazione

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 4 – Disposizione finale

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

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

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

SCHEDA DI OFFERTA ECONOMICA
POLIZZA INFORTUNI
FONDAZIONE IRCCS "CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO"

DA RESTITUIRSI COMPILATO E FIRMATO IN SEDE DI OFFERTA
(N. 2 FOGLI)

Cat. 1.1) Medici Specialisti Ambulatoriali

- Numero preventivo di ore di attività : 3.000
- Tasso annuo lordo: €
- **Premio annuo lordo anticipato Cat. 1.1): €**

Cat. 1.2) Personale in missione

a) Personale in missione con mezzo personale:

- Preventivo Km percorsi: 8.000
- Tasso annuo lordo per Km:
- **Premio annuo lordo anticipato Cat. 1.2) a) : €**

b) Personale in missione con mezzo di proprietà della Fondazione o in Leasing

- Numero dei mezzi utilizzati per missioni o adempimenti di servizio: 19
- Premio Annuo Lordo per mezzo assicurato: €
- **Premio annuo lordo anticipato Cat. 1.2) b) : €**

- **Premio annuo lordo anticipato Cat. 1.2) : €**

Cat. 1.3) Donatori di sangue

- Numero preventivo di donazioni: 30.000
- Premio annuo lordo per donazione: €
- **Premio annuo lordo anticipato Cat. 1.3) : €**

PREMIO LORDO TOTALE ANTICIPATO

(Cat. 1.1 + Cat. 1.2 + Cat. 1.3):

di cui imposte: €

- Riparto di coassicurazione o indicazione della composizione dell'ATI:
Delegataria/Capogruppo: Quota:.....
Coassicuratrici/Mandanti: Quota:.....

DENOMINAZIONE SOCIALE OFFERENTE :.....

SEDE LEGALE :.....

FIRMA E QUALIFICA :.....

DATA :.....

SCHEDA DI OFFERTA TECNICA
POLIZZA INFORTUNI
FONDAZIONE IRCCS "CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO"

(Le Compagnie offerenti, anche utilizzando formulario proprio, dovranno presentare offerta da cui si evincano le seguenti informazioni)

BARRARE LA CATEGORIA DI INTERESSE

☐ Accettazione integrale capitolato

☐ Offerta con varianti

n. var.	tipo (*)	Variante	punteggio (°)

FONDAZIONE IRCCS "CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO"

n. var.	tipo (*)	Variante	punteggio (°)

(*) Tipo

Indicare come segue:

- Operatività delle garanzie - OG
- Limiti di indennizzo - LI
- Livelli di franchigie - LF
- Regole di operatività del contratto - ROC
- Regole di gestione dei sinistri - RGS

(*) Punteggio

A cura della Commissione

DENOMINAZIONE SOCIALE OFFERENTE

QUOTA %

FIRMA E QUALIFICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA: