MINISTERO DELLA SALUTE

Via G. Ribotta, 5 – 00144 ROMA
C.F. 80242250589

Lotto unico

Polizza INFORTUNI

Durata: dalle ore 24,00 del 31.12.2014
alle ore 24,00 del 31.12.2017

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono per:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione, e cioè il **Ministero della Salute – Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale – Ufficio II**
Assicurato:	la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Società:	l'impresa assicuratrice
Broker:	la Marsh S.p.A.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società
Sinistro:	il fatto verificatosi durante il periodo di efficacia dell'assicurazione
Infortunio:	l'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
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Scoperto/Franchigia:	la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
Beneficiario:	il soggetto al quale, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita
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

Sezione 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio
In deroga agli artt.1892, 1893, 1894, 1898 C.C. l'omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza aggravante il rischio, cosi come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza o durante il corso della medesima, nonché qualsiasi errore ed omissione non intenzionale od involontario dello stesso, dei suoi amministratori e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, non pregiudicheranno questa assicurazione, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.
Resta inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 2 – 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/Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
Il rischio di cui alla presente polizza dovrà essere messo in copertura dalla data di effetto da parte della Società.
A parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 90 giorni dalla decorrenza della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Trascorso infruttuosamente tale termine, la copertura avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Il termine di 90 giorni vale anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma e qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.
Se il Contraente/Assicurato non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).
I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.
Ai sensi dell'art. 48 bis 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
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 C.C. nei confronti della Società stessa.

Art. 4 – Durata del contratto
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31/12/2014 e scadrà alle ore 24 del 31/12/2017, senza tacito rinnovo alla scadenza finale.
Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto prima di ogni ricorrenza annua con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 150 (centocinquanta) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.
La Società si impegna a concedere una proroga temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza del 31/12/2017, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova assicurazione, purché la richiesta del Contraente avvenga con un preavviso non inferiore ai 30 giorni.
Il contratto forma rischio comune con la polizza RCT stipulata per le stesse categorie di personale assicurato, come disciplinato nel bando della gara a lotto unico indetta dal

Contraente per la copertura dei rischi. Conseguentemente, l'eventuale rescissione di un contratto comporterà la rescissione automatica anche dell'altro.

Art. 5 – Modifiche dell'assicurazione
Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 6 – Recesso in caso di sinistro
Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 150 giorni da darsi con lettera raccomandata A.R.
In ambedue i casi di recesso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.
Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte del Contraente/Assicurato e conseguente riduzione del premio.
Poiché il contratto forma rischio comune con la polizza RCT stipulata per le stesse categorie di personale assicurato, come disciplinato nel bando della gara a lotto unico indetta dal Contraente per la copertura dei rischi, l'eventuale recesso del contratto per sinistro comporterà il recesso dalla stessa data anche dell'altro.

Art. 7 – Forma delle comunicazioni
Tutte le comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato possono essere fatte a mezzo raccomandata, raccomandata a mano, telegramma, telefax, posta certificata o altro mezzo idoneo atto a comprovare la data ed il contenuto.

Art. 8 – Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 9 – Foro competente
Per le controversie relative al presente contratto è competente esclusivamente l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 10 – Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

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 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio
La Società, con cadenza quadrimestrale, 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 senza seguito.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro, di data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o 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, per il tramite del broker, 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.

Art. 13 – Validità esclusiva delle norme dattiloscritte
Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.
La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Parimenti, le dichiarazioni a stampa di polizza del Contraente/Assicurato s'intendono nulle e prive di effetto essendo note alla Società tutte le circostanze determinanti per la valutazione del rischio.

Art. 14 – Clausola broker
Il Contraente incarica la Marsh S.p.A. della gestione ed esecuzione della presente polizza per tutta la durata, proroghe, rinnovi e/o sostituzioni, in qualità di Broker ai sensi della L.792/84 come modificata dal D. Lgs. 07/09/2005 n. 209 (Nuovo Codice delle Assicurazioni Private).
Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. La remunerazione del broker è a carico della Società nella misura, in percentuale sul premio imponibile, del 6%.

Art. 15 – Ripartizione dell'assicurazione e delega (clausola opzionale)
L'assicurazione è ripartita per quote 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 anche le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.
Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese, 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.
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'imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

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

a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla Legge n. 136/2010.
b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della Legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione Appaltante.
c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.
   La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge n. 136/2010.

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

Sezione 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione
L' assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività principali e secondarie svolte per conto del Contraente, indicate nelle singole categorie alla successiva Sezione 3 "RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE".
E' compreso il rischio in itinere; le garanzie sono inoltre operanti durante le missioni nonché durante i servizi effettuati con l'impiego dei normali mezzi di locomozione.

Art. 2 – 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, salvo il caso di guida con patente scaduta, a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
b. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dal successivo art. 3;
c. dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
d. da ubriachezza se alla guida di veicoli o natanti a motore; 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.);
j. da infarti ed ernie di qualsiasi tipo, salvo quanto previsto alla Condizione Particolare D);
k. da atti di terrorismo, ma solo come conseguenza dell'utilizzo di armi di distruzione di massa nucleari, chimiche e biologiche.

Art. 3 – 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/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi dal 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:
- € 1.500.000,00 per il caso di Morte

- € 1.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente
- € 250,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:
- € 5.000.000,00 per il caso di Morte
- € 5.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente
- € 5.000,00 per il caso di Inabilità Temporanea

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.
Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso. La salita e la discesa mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali fanno parte del rischio del volo.

Art. 4 – Limiti di età
L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 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. 5 – Persone non assicurabili
La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Art. 6 – Estensione territoriale
L'assicurazione vale in tutto il mondo; in ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

Art. 7 – Criteri di indennizzabilità
La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 8 – 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. 9 – Invalidità permanente
L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro 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 anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.
L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà; per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di un qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
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 eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.
Relativamente alla categoria A), e più precisamente ai **medici generici, specialisti ambulatoriali**, ed alla categoria C) **medici fiduciari**, l'indennizzo verrà calcolato applicando una **franchigia assoluta del 3%** sulla percentuale di invalidità permanente accertata.

Art. 10 – 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, liquiderà l'indennità giornaliera nei seguenti termini:
1. integralmente, dalla data dell'infortunio e per un periodo massimo di 300 giorni;
2. relativamente alla categoria A) e più precisamente ai **medici generici, specialisti ambulatoriali** l'indennità sarà ridotta al 50% per i primi 90 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto dal giorno dell'infortunio e cessa definitivamente con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico, e comunque non oltre 300 giorni; in caso di mancata presentazione del suddetto certificato, verrà considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.
L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente.

Art. 11 – Assicurazione per conto altrui
Poiché 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. 12 – Diritto di surrogazione
La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 13 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi
I sinistri debbono essere denunciati per iscritto alla Società entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità.

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, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 14 – Modalità 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 del 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. 15 – Pagamento dell'indennizzo
Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvederà al pagamento dell'indennizzo entro un termine massimo di 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza.

Sezione 3 - RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

Le garanzie prestate dalla presente polizza sono operanti a tutela del rischio di infortuni subìti dai soggetti assicurati nell'esercizio delle proprie attività professionali, nell'ambito di un rapporto convenzionale con il Contraente, consistenti nell'assistenza al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, comprese le visite professionali presso gli aeroporti o a bordo di navi in navigazione, in porto o in rada, per visitare ed eventualmente accompagnare in ospedale o strutture sanitarie assistiti ammalati nei casi in cui le condizioni fisiopatologiche degli stessi lo richiedano (art. 9/lett. d e art. 25/lett. r – ACN 63/2009).

L'assicurazione comprende altresì tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, comunque ed ovunque svolte ed attuate con ogni mezzo ritenuto utile o necessario, nessuna esclusa né eccettuata.

Si precisa altresì che:
1. l'assicurazione si intende estesa anche agli Assicurati che, nei casi previsti dall'accordo stipulato con il Contraente, sostituiscono gli Assicurati titolari dell'incarico;
2. l'attività professionale effettuata in aeroporto od a bordo di nave in navigazione, in porto o in rada, costituisce un evento occasionale considerato che l'attività prevalente viene svolta presso i poliambulatori del Contraente;
3. la copertura assicurativa per gli infortuni derivanti da attività professionali effettuate a bordo di nave decorre dal momento in cui l'Assicurato lascia l'ambulatorio per raggiungere la nave in navigazione o in rada e termina nel momento in cui il medesimo torna all'ambulatorio o al proprio domicilio/residenza.

SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE

Categoria A – *Medici generici, specialisti ambulatoriali – Biologi, chimici, psicologi*

1. Caso Morte: € 1.032.913,80
2. Caso Invalidità Permanente: € 1.032.913,80
3. Caso Inabilità Temporanea: € 154,94

- Numero assicurati Categoria A): **195**

Categoria B – *Tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, fisioterapisti - Infermieri*

1. Caso Morte: € 774.687,00
2. Caso Invalidità Permanente: € 774.687,00
3. Caso Inabilità Temporanea: € 78,00

- Numero assicurati Categoria B): **90**

Categoria C – *Medici fiduciari*

1. Caso Morte: € 775.000,00
2. Caso Invalidità Permanente: € 775.000,00
3. Caso Inabilità Temporanea: € 52,00

- Numero assicurati Categoria C): **306**

CONTEGGIO DEL PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO

Cat. A – Numero assicurati: 195 x € _____ = € _____

Cat. B – Numero assicurati: 90 x € _____ = € _____

Cat. C – Numero assicurati: 306 x € _____ = € _____

TOTALE PREMIO COMPLESSIVO ANNUO LORDO ANTICIPATO: € _____

* * *

Sezione 4 - CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:
- asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione o assorbimento di sostanze, o aventi origine traumatica;
- affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza, esclusi comunque il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico, compresi strappi muscolari e rotture sottocutanee del tendine achilleo.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni:
- sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- conseguenti a colpi di sonno;
- derivanti da aggressioni in genere;
- 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;
- derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- derivanti da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

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, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

B) CALAMITA' NATURALI

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2 – Esclusioni – della Sez. 2, sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine, neve e fenomeni connessi.

C) RISCHIO GUERRA

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2 – Esclusioni – della Sez. 2, 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.

D) ERNIE TRAUMATICHE O DA SFORZO
A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2 – Esclusioni – della Sez. 2, 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 o 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 se 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 Norme che regolano l'assicurazione infortuni.

E) MORTE PRESUNTA
Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

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

F) DIABETE
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.

G) ANTICIPO INDENNIZZI
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 € 50.000,00.

H) ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA', MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI
Il Contraente è esonerato dalla denuncia di malattie, 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. 7 – Sezione 2.

I) 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.

J) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI
Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che il Contraente stesso stipulasse in futuro o che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

K) COLPA GRAVE
L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato.

L) REGOLAZIONE PREMIO

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, 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 minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo, degli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per la regolazione del premio, e cioè: **il numero degli Assicurati di cui alle categorie A), B) e C).**

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni dalla ricezione da parte del Contraente della relativa appendice di regolazione, formalmente ritenuta corretta.

Si conviene che non si procederà a regolazione qualora il numero complessivo degli Assicurati, a consuntivo, dovesse essere inferiore del 10% - in aumento o in diminuzione – del totale degli Assicurati inizialmente dichiarati per ogni annualità, a prescindere dalla loro collocazione nelle categorie. Per la prima annualità il numero complessivo dichiarato è di **591** unità.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata, dopodichè le garanzie si intenderanno ridotte nelle medesima proporzione esistente tra l'importo di premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore).

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

IL CONTRAENTE LA SOCIETA'

_____ _____