

**GARA D'APPALTO SERVIZI ASSICURATIVI
CAPITOLATO SPECIALE
ASSICURAZIONE INFORTUNI**

CONTRAENTE:

**MINISTERO DELLA SALUTE
Via G. Ribotta, 5 - 00144 Roma
C.F.: 80242250589**

EFFETTO : ore 24.00 del 31/12/2011
SCADENZA: ore 24.00 del 31/12/2014

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato

CONTRAENTE

Il **Ministero della Salute – Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie** - in qualità di soggetto che stipula il contratto

ASSICURATO

I soggetti nel cui interesse è stata stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti derivanti dal contratto.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione e quindi il complesso delle garanzie prestate in polizza

POLIZZA

il documento che prova l'assicurazione

SOCIETÀ

L'Impresa assicuratrice indicata nel frontespizio della presente polizza nonché le coassicuratrici

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

INDENNITA'

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

BROKER

La Società **GPA S.p.A.** in qualità di intermediario di assicurazioni a cui il Contraente ha affidato la gestione del contratto

INFORTUNIO

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea

INVALIDITA' PERMANENTE

Perdita, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione

INABILITA' TEMPORANEA

La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria normale attività

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata del presente contratto è fissata in anni 3 (TRE), con effetto alle ore 24.00 del 31.12.2011 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2014.

Sarà comunque facoltà delle Parti rescindere il contratto al termine di ogni annualità assicurativa mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 120 giorni prima della scadenza annuale.

Alla relativa scadenza il contratto cesserà automaticamente, senza obbligo di preventiva comunicazione tra le Parti.

Il contratto forma rischio comune con la polizza RCT dello stesso personale assicurato come disciplinato nel bando di gara indetta dalla contraente per la copertura dei rischi. Conseguentemente, l'eventuale rescissione del contratto comporterà la rescissione automatica anche dell'altro.

Alla scadenza del 31.12.2014 il Contraente, al fine di esperire una nuova gara per il collocamento della polizza, si riserva la facoltà di richiedere alla Società, entro 90 giorni dalla scadenza, la proroga del contratto per un periodo non superiore a 180 giorni. La Società si impegna a prestare le garanzie e le spetterà il premio lordo in pro-rata.

ART. 2 – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il rischio di cui alla presente polizza dovrà essere messo in copertura dalle ore 24.00 del 31.12.2011 da parte della Società Delegataria e delle Società Coassicuratrici.

Le Società avranno diritto al pagamento della prima rata di premio entro i 90 giorni successivi alla data di decorrenza del contratto in deroga all'art. 1901 c.c..

Se il Contraente non paga il premio l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dal le ore 24.00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell' art. 1901 del Codice Civile.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

Il premio del presente contratto ha frazionamento annuale con scadenze di rata al 31 dicembre di ogni annualità.

I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, per il tramite del Broker.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto n. 40/2008 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere in copertura il rischio di cui trattasi, dietro presentazione di copia del pagamento effettuato dal Contraente alla predetta Equitalia Servizi S.p.A.. Qualora risultassero inadempienze a carico del Broker, l'Amministrazione potrà eseguire il pagamento direttamente in favore della Società assicuratrice.

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

Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso e dei 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 subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati nell'esecuzione del presente contratto, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Art. 3 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio verrà anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e sarà regolato a fine di ogni annualità assicurativa, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio dei premi.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, il Contraente dovrà fornire per iscritto alla Società i dati necessari al conteggio del premio definitivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 90 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione.

La società conviene di non procedere alla richiesta di conguaglio del premio nel caso in cui il numero degli assicurati dovesse essere inferiore del 10% del totale degli assicurati inizialmente dichiarati.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

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

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 le documentazioni necessarie.

ART. 4 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche e/o integrazioni risultanti da appendici successive devono essere provate per iscritto mediante documento sottoscritto dalle Parti.

ART. 5 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

ART. 6 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

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

ART. 7 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

ART. 8 – 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 di 30 giorni.

ART. 9 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ciascun sinistro liquidato nell'anno assicurativo e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, entrambe le Parti possono recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni; se viene intimata dalla Società, essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile, relativa al periodo di rischio non corso

Poiché la polizza forma rischio comune con la polizza RCT con cui sono assicurate le stesse Categorie di dipendenti, l'eventuale recesso del contratto per sinistro, comporterà il recesso dalla stessa data anche dell'altro.

ART. 10 – RELAZIONE SUI SINISTRI

La Società s'impegna a fornire quadrimestralmente al Broker i dati afferenti l'andamento del rischio (elenco dettagliato dei sinistri denunciati, con indicazione per ciascuna pratica degli estremi di controparte, della data di accadimento del sinistro, degli importi liquidati o riservati e delle pratiche respinte o chiuse senza seguito). Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di richiedere ed ottenere dalla Società un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

ART. 11 – ALTRE ASSICURAZIONI

E' data facoltà al Contraente di non comunicare:

- altre assicurazioni che avesse o che stipulasse in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati dalla presente polizza;
- eventuali contratti individuali che gli assicurati avessero stipulato o stipulassero anche per proprio conto.

ART. 12 – 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.

ART. 13 – RINUNCIA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (V. art. 1916 C.C.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

ART. 14 – COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici ai sensi dell'art. 1911 del Codice Civile, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Nel caso in cui le suddette Società siano invece temporaneamente raggruppate ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. n. 163/2006 tutte le Società sono responsabili in solido per il pagamento dell'indennizzo e la Società mandataria del raggruppamento è considerata Società Delegataria.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto che verrà se il caso allegato alla presente Polizza.

ART. 15 – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara che è stata affidata dal Ministero della Salute e delle Politiche Sociali, ora Ministero della Salute, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo GPA SpA, con sede legale in Milano, Via Melchiorre Gioia 124, iscritta al RUI – Sezione B – con il n. 98643, Broker incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società GPA SpA, e in particolare:

- Il Broker provvede alla gestione del contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale revoca dell'incarico al Broker.
- Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 15 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente.
- Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.
- La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti.

In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi.

La polizza e le eventuali successive appendici, dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.

- Il pagamento effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso. Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo raccomandata, telefax o telegramma le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dal timbro postale o la data di invio del telefax. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide. I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso fermi restando i termini temporali della copertura.
- Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.
- Al Broker dovranno essere corrisposte, ad esclusivo carico della/e delegataria/e e della/e eventuale/i compagnie coassicuratrici, le provvigioni nella misura del 10%.

ART. 16 – ONERI FISCALI

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

ART. 17 – FORO COMPETENTE

Il foro competente è esclusivamente quello dell'autorità giudiziaria ove ha residenza l'Assicurato.

ART. 18 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

ART. 19 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

DELIMITAZIONI

ART. 20– OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie svolte per conto del Contraente e meglio illustrate nella "Scheda di polizza" del presente contratto, ivi compresi il rischio in itinere e le missioni ed i servizi effettuati con l'impiego di normali mezzi di locomozione

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza 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 sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- 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.

ART. 21 – ESCLUSIONI

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

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla 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 di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 22 – Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione 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;
- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- g) stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore.

ART. 22 – RISCHIO GUERRA

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), 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. 23 – MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 Cod.Civ..

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

ART. 24 – INFORTUNI AERONAUTICI

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo 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 trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per aeromobile i capitali di **Euro 5.000.000,00** per il caso morte, **Euro 5.000.000,00** per il caso di invalidità permanente totale e di **Euro 5.000,00** giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. 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.

ART. 25 – LIMITI TERRITORIALI E DI RISARCIMENTO

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

ART. 26 – LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settanta 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.

**ART. 27 – 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 depressivi o stati paranoici, AIDS.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

PRESTAZIONI

ART. 28 – MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte indicata nella "Scheda di polizza" del presente contratto.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Cod. Civ..

ART. 29 – INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente indicata nella "Scheda di polizza" del presente contratto, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

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 qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale. Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale.

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.

ART. 30 – 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 indicata nella "Scheda di polizza" del presente contratto nei seguenti termini:

- integralmente, dalla data dell'infortunio e per un periodo massimo di trecento giorni ;
- relativamente alla categoria A) MEDICI AMBULATORIALI, SPECIALISTI E GENERICI l'indennità sarà ridotta al 50% per i primi tre mesi

Si precisa inoltre che la liquidazione dell'indennità giornaliera per inabilità temporanea:

- deve cessare definitivamente con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

DENUNCIA SINISTRI E LIQUIDAZIONE DEL DANNO

ART. 31 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione, per il tramite del Broker, nel termine di 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società. L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

ART. 32 – CRITERI DI INDENNIZZO

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

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ART. 33 – CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

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.

ART. 34 – CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso il Broker al quale è assegnato il contratto di assicurazione. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

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

SCHEDA DI POLIZZA

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

Le garanzie prestate dalla presente polizza sono operanti a tutela del rischio di infortuni subiti 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 nave in navigazione, in porto od in rada, per visitare ed eventualmente accompagnare in ospedale assistiti ammalati nei casi in cui le condizioni fisiopatologiche degli stessi lo richiedano (art. 9, lettera d) e art. 25 lettera 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 od in rada, costituisce un evento occasionale, considerato che l'attività prevalente viene svolta presso i poliambulatori dipendenti dalla 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 rada o in navigazione e termina nel momento in cui il medesimo torna all'ambulatorio o al proprio domicilio/residenza).

SOGGETTI ASSICURATI, GARANZIE E REALTIVI CAPITALI ASSICURATI

➤ **Gruppo di rischio A: MEDICI AMBULATORIALI, SPECIALISTI E GENERICI**

Gli Assicurati sono tutelati per le prestazione di garanzia ed i capitali di seguito indicati:

Garanzia	Somme assicurate pro-capite
Art. 28 – Morte da Infortunio	€ 1.032.913,80
Art. 29 – Invalidità Permanente da Infortunio	€ 1.032.913,80
Art. 30 – Inabilità Temporanea da Infortunio (diaria)	€ 154,94

➤ **Gruppo di rischio B: INFERMIERI, INFERMIERI GENERICI, TECNICI DI RADIOLOGIA, TECNICI DI LABORATORIO MEDICO, FISIOTERAPISTI, CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI**

Gli Assicurati sono tutelati per le prestazione di garanzia ed i capitali di seguito indicati:

Garanzia	Somme assicurate pro-capite
Art. 28 – Morte da Infortunio	€ 774.687,00
Art. 29 – Invalidità Permanente da Infortunio	€ 774.687,00
Art. 30 – Inabilità Temporanea da Infortunio (diaria)	€ 78,00

➤ **Gruppo di rischio C: MEDICI FIDUCIARI**

Gli Assicurati sono tutelati per le prestazione di garanzia ed i capitali di seguito indicati:

Garanzia	Somme assicurate pro-capite
Art. 28 – Morte da Infortunio	€ 774.687,35
Art. 29 – Invalidità Permanente da Infortunio	€ 774.687,35
Art. 30 – Inabilità Temporanea da Infortunio (diaria)	€ 78,00

FRANCHIGIA SU INVALIDITA' PERMANENTE

In deroga a quanto previsto all'art. 29, sulla garanzia Invalidità Permanente da Infortunio l'indennizzo verrà calcolato applicando una franchigia del 3% sulla percentuale di invalidità permanente accertata solamente per il gruppo di rischio A: MEDICI AMBULATORIALI, SPECIALISTICI E GENERICI e per il gruppo di rischio C: MEDICI FIDUCIARI.

CONTEGGIO DEL PREMIO

Come previsto al precedente art. 3, il premio anticipato in via provvisoria, convenuto in base ad elementi variabili, è così calcolato:

Gruppo di rischio	Numero Assicurati	Premio annuo imponibile pro-capite	Imposte	Premio annuo lordo pro-capite	Premio annuo lordo complessivo per gruppo
A	179	€ XX,XX	€ XX,XX	€ XX,XX	€ XX,XX
B	99	€ XX,XX	€ XX,XX	€ XX,XX	€ XX,XX
C	362	€ XX,XX	€ XX,XX	€ XX,XX	€ XX,XX
Totale premio annuo					

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 c.c. il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni degli artt.:

- art. 1 – durata dell'assicurazione
- art. 3 - regolazione premio
- art. 5 – dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- art. 9 - recesso in caso di sinistro
- art. 11 – altre assicurazioni
- art. 21 - foro competente
- art. 31 – denuncia dell'infortunio ed obblighi in caso di sinistro
- art. 32 – criterio di indennizzo
- art. 34 – controversie e collegio arbitrale

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'