

**COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI  
MEDICI SPECIALISTI E DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E DONATORI DI SANGUE**

Per presa visione (timbro e firma): \_\_\_\_\_

DEFINIZIONI.....	4
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	5
Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto.....	5
Art. 2: Gestione del contratto .....	5
Art. 3: Riferimento alle norme di legge - Foro competente .....	6
Art. 4: Pagamento del premio - Termini di rispetto .....	6
Art. 5: Rinuncia al diritto di rivalsa .....	6
Art. 6: Facoltà di recesso.....	6
CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE.....	8
Art. 7: Soggetti assicurati .....	8
Art. 8: Oggetto dell'assicurazione.....	8
Art. 9: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali.....	13
Art. 10: Estensioni della copertura .....	9
Art. 11: Liquidazione del danno - Detrazioni.....	10
Art. 12: Modalità per la liquidazione dell'indennità.....	13
CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE.....	14
Art. 13: Esclusioni .....	14
Art. 14: Controversie sulla liquidazione del danno.....	14
Art. 15: Denuncia dei sinistri – Impegni della Società.....	14
Art. 16: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni – Buona fede.....	15
Art. 17: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese .....	16
Art. 18: Trattamento dei dati.....	16

Art. 19: Altre assicurazioni - Detrazioni.....	16
Art: 20: Tracciabilità dei flussi finanziari .....	17
Art. 21: Disposizione finale.....	17
SCHEDA DI QUOTAZIONE.....	18

## **DEFINIZIONI**

---

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Ente: l'Azienda Sanitaria Locale n° 6 di Sanluri (di seguito anche: Azienda) Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto che stipula la assicurazione;

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Broker: il R.T.I. Willis Italia S.p.A./Samar Insurance Brokers S.r.l.

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno indennizzabile espressa in cifra che per ciascun sinistro viene dedotta dal risarcimento;

Scoperto: la parte di danno indennizzabile espressa in percentuale che per ciascun sinistro viene dedotta dal risarcimento;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili;

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale);

Inabilità temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato.

## **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

---

### **Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto**

---

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2011 fino alle ore 24.00 del 31/12/2014 e non è prorogabile automaticamente.

E' facolta' di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, fermo che non e' consentito alla Societa' assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

E' facolta' della Amministrazione notificare alla Societa', entro i 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza del Contratto di assicurazione, la prosecuzione dello stesso alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

E' altresì facolta' della Amministrazione richiedere alla Societa' il rinnovo del contratto, alla sua scadenza, laddove ritenuto opportuno e secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Resta inteso tra le parti che nel corso del periodo contrattuale possono intervenire revisioni delle condizioni normative e/o economiche, laddove emergano elementi tali da giustificare la loro variazione, secondo quanto previsto dall'art. 115 del D. Lgs. n. 163/2006 .

### **Art. 2: Gestione del contratto**

---

La gestione del contratto, ovvero la collaborazione alla esecuzione dello stesso, e' affidata al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione e la Societa' si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Societa' da' atto che il pagamento dei premi al broker e' liberatorio per la Amministrazione, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento per la Amministrazione.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R..

### **Art. 3: Riferimento alle norme di legge - Foro competente**

---

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dal Codice Civile.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede l'Assicurato.

### **Art. 4: Pagamento del premio - Termini di rispetto**

---

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, la Azienda corrisponderà alla Società, con facoltà di pagamento anche per il tramite del broker:

- a. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue e' antecedente all'ultimo giorno del 3' mese successivo, entro il 3' mese successivo alla data di decorrenza della copertura, il premio di prima rata convenuto, sempre che nel frattempo la Società abbia trasmesso, e siano stati ricevuti, i documenti contrattuali in originale; diversamente, il periodo di differimento viene esteso fino al 30' giorno successivo a quello del loro ricevimento;
- b. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue e' antecedente all'ultimo giorno del 3' mese successivo, entro il 3' mese successivo a ciascuna data di scadenza intermedia, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- c. entro 90 giorni dalla presentazione dell'appendice, il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio (intendendo per tale il giorno in cui la Azienda comunica l'avvenuta ricezione da parte della propria Tesoreria dell'ordinativo di pagamento), ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

### **Art. 5: Rinuncia al diritto di rivalsa**

---

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato all'azione di surroga che possa competerle ai sensi dell'art. 1916 del C.C. .

### **Art. 6: Facoltà di recesso**

---

Avvenuto un sinistro e sino al 30' giorno successivo alla sua definizione, ma non oltre il 90' giorno antecedente la scadenza della annualità assicurativa in corso, ogni parte può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. .

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla Amministrazione o dalla Azienda); nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo, la Società rimborserà alla Azienda il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

Per presa visione (timbro e firma): \_\_\_\_\_

## **CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE**

---

### **Art. 7: Soggetti assicurati**

---

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, richiamati nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

1. i donatori di sangue e componenti del sangue, nonché i candidati donatori;
2. i medici specialisti ambulatoriali interni;
3. i medici addetti al servizio di continuità assistenziale;
4. i medici addetti al servizio di emergenza sanitaria territoriale;
5. i medici e altri sanitari dipendenti di altre Aziende Sanitarie e/o Ospedaliere che prestano la propria attività in regime di convenzione con la ASL 6 Sanluri.

La copertura opera automaticamente anche per eventuali sostituti delle figure di cui ai punti 2, 3 e 4 della presente disposizione nel caso in cui le sostituzioni non producano variazioni numeriche o di categoria di appartenenza.

### **Art. 8: Oggetto dell'assicurazione**

---

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale, o una inabilità temporanea, e/o esborsi per spese mediche, di cura e altre ad esse connesse.

### **Art. 9: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali**

---

Con riferimento all'art. 7 Soggetti assicurati, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti:

a) dagli assicurati di cui al punto 1, nell'ambito delle operazioni di prelievo (relative alla donazione e/o connessi ad esami di controllo), sia che questo avvenga in centri fissi di raccolta, interni od esterni alla Azienda, sia che avvenga in centri mobili. L'assicurazione si intende estesa anche alle donazioni praticate al di fuori dell'ambito territoriale dell'Azienda.

Le garanzie sono inoltre valide ed efficaci nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche sia immediate che verificatesi entro 90 giorni dalle operazioni di prelievo (relative alla donazione e/o connessi ad esami di controllo), in diretto nesso causale con esse purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute al donatore.

L'assicurazione è operante anche per i rischi *in itinere* e cioè durante il tempo necessario per il trasferimento, con l'uso di qualsiasi mezzo di locomozione (escluso quello aereo) pubblico o privato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro o struttura della Azienda al punto in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa, per i donatori appartenenti ad Associazioni convenzionate, ovvero dal punto di effettuazione del prelievo alla propria abitazione o luogo di lavoro, per i donatori occasionali;

b) dai consulenti di cui al punto 5, in occasione dell'attività da loro svolta in accordo con e/o per la Azienda, compresi i trasferimenti per, da e tra le strutture della Azienda stessa;

c) dagli assicurati di cui ai punti 2, 3 e 4, a causa e in occasione dell'attività professionale prestata, compresi gli infortuni subiti in occasione dell'accesso da e per la sede di servizio se esso è prestato in Comune diverso da quello di residenza e gli eventuali trasferimenti tra le diverse strutture della Azienda, nonché in occasione dello svolgimento di attività *intramoenia* e/o esterna ai sensi del vigente ACNL;

### **Art. 10: Estensioni della copertura**

---

L'assicurazione comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze, negligenze e imperizie anche gravi;
- ◇ malore ed incoscienza, purchè non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, di vandalismo, aggressioni e atti violenti qualunque ne sia il movente;
- ◇ calamità naturali;
- ◇ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra;
- ◇ abuso di alcolici salvo, secondo quanto previsto dall'art. 13 punto 5, il caso di ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- ◇ 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,



nonche':

- ◇ l'annegamento ed asfissia di origine non morbosa;
- ◇ l'avvelenamento acuto di origine traumatica, da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
- ◇ il contatto con corrosivi;
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento;
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche;
- ◇ i morsi di animali o punture di insetti o aracnoidi.

### **Art. 11: Liquidazione del danno - Detrazioni**

---

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, la somma sarà liquidata agli eredi legittimi o testamentari.

E' parificato alla morte il caso in cui venga dichiarata la morte presunta dell'Assicurato. In tal caso l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 c.c., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non e' stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora, a seguito della liquidazione del capitale, risulti che l'Assicurato non è deceduto, la Società avrà diritto alla restituzione della somma liquidata. In ogni caso, a restituzione avvenuta, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita, anche se dovessero essere trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, pertanto, con esclusione della possibilità per la Società di invocare eventuali termini di prescrizione, che si considereranno decorrenti da quel momento.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.000,00 (euro duemila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

2. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:

a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:

- ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore e' rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,
- ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%,

- ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Amministrazione e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;
- b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
  - ◇ all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
  - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

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 inabilità temporanea, fino ad un massimo di 30 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 una contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa ad un Collegio Arbitrale composto da 3 medici, di cui due nominati dalle Parti (uno per ciascuna Parte) ed il terzo di comune accordo fra le Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo in cui deve riunirsi il Collegio Arbitrale. Gli Arbitri, tenute presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decideranno a maggioranza e saranno dispensati dall'obbligo di osservanza di qualunque formalità. Le decisioni prese dal Collegio Arbitrale, anche nel caso in cui non siano state sottoscritte dall'Arbitro dissenziente, saranno vincolanti per le Parti.

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

In ogni caso, nelle ipotesi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65%, sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

L'indennità per inabilità temporanea sarà cumulabile con quella per morte ed invalidità permanente.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una inabilità temporanea, la indennità giornaliera sarà erogata – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtù di altre garanzie previste dalla polizza – a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione, con riduzione al 50% per il periodo durante il quale la inabilità e' stata parziale; resta inteso che per le categorie di seguito indicate la indennità verrà conteggiata come segue:

- ◇ per gli assicurati di cui al punto 7.1) Donatori di sangue e candidati donatori, per un periodo massimo di 180 giorni da quello dell'evento regolarmente denunciato;

- ◇ per gli assicurati di cui al punto 7.2) Specialisti ambulatoriali e 7.5) Medici e altri Sanitari convenzionati con altre Asl, per un periodo massimo di 300 giorni con decorrenza dalla data di inizio della inabilità e con riduzione al 50% per i primi tre mesi;
  - ◇ per gli assicurati di cui al punti 7.3), 7.4) Medici di continuità assistenziale e medici dell’Emergenza Territoriale, l’indennità verrà corrisposta per invalidità temporanea assoluta per un periodo massimo di 300 giorni.
4. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell’importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
  - ◇ onorari dei chirurghi e dell’equipe operatoria,
  - ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l’intervento,
  - ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
  - ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
  - ◇ trasporto dell’assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
  - ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l’Assicurato venga ritenuto non curabile nell’ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove e’ avvenuto l’infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell’Assicurato più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile 5 volte l’importo più elevato tra quelli previsti nella scheda di conteggio del premio relativi a tutti i gruppi di appartenenza degli assicurati presenti a bordo dell’aeromobile; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Si intendono in garanzia i viaggi effettuati dall’Assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri e le attività di emergenza sanitaria – elisoccorso.

Si precisa che il rischio volo ha inizio 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 attrezzature speciali aeroportuali fanno parte del rischio volo.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all’art. 10 Estensioni di copertura relativamente alla efficacia della stessa relativamente agli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa e’ efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall’assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

## **Art. 12: Modalità per la liquidazione dell'indennità**

---

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 4. dell'art. 11 "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

## **CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE**

---

### **Art. 13: Esclusioni**

---

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici oggetto di attività della Azienda;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. 10 Estensioni della copertura;
- ◇ abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- ◇ partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ◇ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

### **Art. 14: Controversie sulla definizione del danno**

---

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Azienda. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Azienda.

I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

### **Art. 15: Denuncia dei sinistri – Impegni della Società**

---

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Azienda, per il tramite del broker, entro quindici giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società per tramite del broker.

Entro il 31 marzo e il 30 settembre di ciascun anno, la Società fornirà alla Amministrazione, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le sole iniziali dell'infortunato
- lo stato del sinistro
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato
- nonchè, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

#### **Art. 16: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede**

Il premio di polizza e' calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla voce "parametri di riferimento" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Azienda fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Le sostituzioni di cui all'art. 7, 2° comma "Soggetti Assicurati", non comportando variazione del numero degli Assicurati così come individuati nella scheda di conteggio del premio di polizza, non vanno annoverate nel computo dei dati da comunicare ai fini della regolazione del premio ai sensi della presente disposizione.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società e' tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Azienda inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati.

A polizza scaduta, la Società non e' obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Per "parametri di riferimento" si intende:

- a) per gli assicurati sub punto 1, il numero complessivo dei donatori e candidati donatori;

- b) per gli assicurati sub punti 2, 3 e 4, il numero complessivo dei medici titolari assicurati per ogni categoria.
- c) per gli assicurati sub punto 5, il numero complessivo dei consulenti assicurati ottenuto dal rapporto tra il numero complessivo delle ore pattuite nelle convenzioni e il massimale orario (38 ore) stabilito dal CCNL degli specialisti ambulatoriali;

L' Azienda è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per l' identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa. Altrettanto, l' Azienda e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio. La presente copertura si intenderà stipulata indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti in materia e da quelle eventualmente intervenute.

Si conviene che, ove l' Azienda abbia in buona fede omesso di fornire o fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

#### **Art. 17: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese**

---

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza e' effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Società mandataria
- ⇒ Compagnia ... Società mandante
- ⇒ Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo alla Società mandataria la quale tratterà direttamente con ciascuna Società mandante secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%

#### **Art. 18: Trattamento dei dati**

---

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

#### **Art. 19: Altre assicurazioni - Detrazioni**

---

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Azienda, dall'indennizzo dovuto ai sensi del presente contratto verrà dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

#### **Art. 20: Tracciabilità dei flussi finanziari**

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera) , sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane S.p.A) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c. e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

#### **Art. 21: Disposizione finale**

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.  
La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).



## CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

### PAGINA DA **NON** COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA

Destinatari dell'assicurazione	Numero appartenenti a ciascun gruppo	Capitali assicurati euro /00				Parametri di riferimento	Premio imp. unitario	Premio imp. totale
		caso morte	invalidità perman	inabilità tempor	spese mediche			
1) donatori di sangue e candidati donatori	1000	€ 260.000,00	€ 260.000,00	€ 60	€ 5.000,00			
2) medici specialisti ambulatoriali interni	84	€ 1.032.913,80	€ 1.032.913,80	€ 154,94				
3) medici del servizio di continuità assistenziale	95	€ 775.000,00	€ 775.000,00	€ 52				
4) medici addetti al servizio di emergenza sanitaria territoriale	6	€ 775.000,00	€ 775.000,00	€ 52				
5) i sanitari convenzionati di altre ASL		€ 1.032.913,80	€ 1.032.913,80	€ 154,94				
		TOTALE PREMIO IMPONIBILE ANNUO DI POLIZZA						
		IMPOSTE						
		TOTALE PREMIO LORDO ANNUO DI POLIZZA						