

Valido dal 25/05/2021 al 25/05/2024 APPENDICE DI VARIAZIONE GENERICA

InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

Infortunati Aziende e Collettività

Ramo	N° appendice	N° Polizza	Codice Agenzia	Agenzia
8	8	405409541	005014	GAMBONI S.R.L. PERUGIA
Data decorrenza appendice	Cod. Sub Agente	Cod. Produttore		
30/10/2022	000032	===		

Contraente (denominazione sociale)			Cod. Fiscale / Partita IVA	
ASU FC AZIENDA SANITARIA UNIVERITARIA FRIULI CENTRALE			02985660303	
Indirizzo		Comune	Provincia	C.A.P.
VIA POZZUOLO 330		UDINE	UD	33100

Con la presente appendice si procede su richiesta del contraente, e come previsto dal capitolato di polizza, alla ripetizione del servizio per tre ulteriori annualità.

Per effetto di quanto sopra la nuova scadenza contrattuale deve intendersi fissata **al 31.10.2025.**

Fermo ed invariato il resto.

Il prezzo della sua copertura assicurativa

RATA ALLA FIRMA	Abbuono prima rata euro	Premio imponibile euro	di cui complemento premio euro	Imposte totali euro	Premio Totale prima rata euro
	0,00	0,00	===	0,00	0,00
COMPENSO DELL'AGENTE PER IL SERVIZIO DI INTERMEDIAZIONE AL CLIENTE (spazio riservato all'Agente e al Contraente) Compenso concordato con l'Agente per il servizio di intermediazione prestato, come consentito dall'art. 106 e ss. del Codice delle Assicurazioni private e relative norme di attuazione. Il presente importo non è in alcun modo una componente del premio assicurativo, né è ad esso assimilabile.					Compenso prima rata euro
					0,00
TOTALE A PAGARE RATA FIRMA					0,00
RATE SUCCESSIVE	Frazionamento	Premio imponibile euro	di cui complemento premio euro	Imposte totali euro	Premio Totale rate successive euro
	Annuale	111.143,41	===	2.778,59	113.922,00
COMPENSO DELL'AGENTE PER IL SERVIZIO DI INTERMEDIAZIONE AL CLIENTE (spazio riservato all'Agente e al Contraente) Compenso concordato con l'Agente per il servizio di intermediazione prestato, come consentito dall'art. 106 e ss. del Codice delle Assicurazioni private e relative norme di attuazione. Il presente importo non è in alcun modo una componente del premio assicurativo, né è ad esso assimilabile.					Compenso rate successive euro
					===
TOTALE A PAGARE RATE SUCCESSIVE					113.922,00

Emessa in 3 esemplari	il 07/02/2023	alle ore 11:07	Data pagamento del premio di rata iniziale
-----------------------	---------------	----------------	--

Restano confermate le dichiarazioni, definizioni, condizioni di assicurazione, condizioni particolari, speciali, aggiuntive, descrizioni ed ogni altra circostanza, risultanti dalla polizza, che non siano qui esplicitamente modificate.

Il Contraente



Documento
firmato da:
DENIS CAPORALE
26.10.2023
12:28:13 UTC

AXA Assicurazioni S.p.A.
Il consulente AXA per quietanza

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: corso Como - 20154 Milano - Italia
 Capitale sociale €787 milioni di cui €211 milioni interamente versato
 Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C.
 C.F. e P.IVA - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano n. 00902170018
 Numero R.E.A. della C.C.L.A.A. di Milano 1576311
 Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025
 Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto Albo Gruppi IVASS n. 041


POLIZZA INFORTUNI AZIENDE e COLLETTIVITÀ

ramo 8	polizza n. 405409541	agenzia PERUGIA	codice 5014	cod. sub agente 2	cod. produttore	cod. prodotto 8E54	posizione archivio
decorrenza polizza 01/01/2020	scadenza polizza 31/10/2022	scadenza prima rata 31/10/2020	frazionamento ANNUALE	scadenza annuale 31/10	adeguamento automatico		n. indice
Aut. Spec. - cod. conv.	convenzione	cod. pagam.	vincolataria			scadenza vincolo	
Contraente Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale					cod. cliente	codice fiscale / n. partita IVA 02985660303	
indirizzo - via - n. civico - eventuale località Via Pozzuolo, 330				comune UDINE	provincia UD	c. a. p. 33100	
polizza sostituita 404784700/404801520	ramo 1	ultima quietanza pagata 31/10/2019	premio imponibile	rischi comuni - polizza n. ramo		coassicurazione quota AXA assicurazioni % cod. deleg.	
ATTIVITA' DEL CONTRAENTE							
Attività esercitata dal Contraente ENTE PUBBLICO CIG. 7897006F7E							
FORMA DI ASSICURAZIONE							
L'assicurazione si intende prestata in base al capitolato allegato alla presente							
<input checked="" type="checkbox"/> allegato 1 CAPITOLATO DI POLIZZA <input checked="" type="checkbox"/> allegato 2 OFFERTA TECNICA <input checked="" type="checkbox"/> allegato 3 OFFERTA ECONOMICA							
descrizione 1, condizioni particolari, note aggiuntive... vedi allegato capitolato							
GARANZIE PRESTATE E PREMI IMPONIBILI							
Unità tecniche	Garanzia - Prestazione			somma assicurata		ripartizione premio base annuo euro	
1 Infortuni	morte			Vedi capitolato			
2 Infortuni	invalidità permanente			Vedi capitolato			
3 Infortuni	rimborso spese mediche			Vedi capitolato			
4 Infortuni	diaria da ricovero (ove prevista)			-			
5 Infortuni	Diaria per gessatura (ove prevista)			-			
6 Infortuni	Diaria per inabilità temporanea (ove prevista)			-			
totale premio imponibile annuo o premio minimo in caso di regolazione premio					regolazione premio si/no	si	
PREMIO euro							
abbuono prima rata	premio infortuni 0,00	complemento/accessori	imposta infortuni 0,00	Totale prima rata 0,00	Totale prima rata Euro		
premio rate successive fraz. annuale	premio infortuni 86.689,75	complemento/accessori	imposta infortuni 2.167,25	Totale rate successive 88.857,00	Totale rate successive Euro		
				codice rischio	tipo rischio	categoria	sottocategoria altri
emessa in 3	esemplari il 01/01/2020		data pagamento del premio di rata iniziale			l'assessore	
riassicurazione					%		

Agenzia Perugia	Codice 5014
Ramo 8	polizza n. 405409541

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1910 dichiara che:

- 1) gli assicurati non hanno in corso altre assicurazioni con altre compagnie per i rischi previsti nella presente polizza;
- 2) gli assicurati non hanno precedenti contratti analoghi risolti per sinistro;
- 3) gli assicurati non soffrono di malattie gravi, non sono affetti da infermità, minorazioni anatomiche o funzionali o imperfezioni fisiche;
- 4) i beneficiari designati in caso di morte sono gli eredi legittimi e/o testamentari.

In caso di difformità dalle precedenti dichiarazioni compilare la casella successi va "dichiarazioni del Contraente a complemento o deroga"

- DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE A COMPLEMENTO O DEROGA -

(eventuali allegati di dichiarazione se il campo non fosse sufficiente)

Il Contraente dichiara che, prima della conclusione del presente contratto, ha ricevuto letto e accettato:

- il "Fascicolo informativo - Infortuni aziende e collettività - XXX", comprendente la Nota Informativa integrata dal Glossario e le Condizioni Generali di Assicurazione, conformemente quanto stabilito dal regolamento ISVAP n° 35 del 26.5.2010;
- il mod. 9045 "Informativa sulla privacy"

IL CONTRAENTE
 Il Direttore Generale
 dott. Massimo Braganti



AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 C.C., il sottoscritto dichiara di approvare espressamente le disposizioni degli Artt. seguenti delle "Condizioni Generali di Assicurazione" contenute nel "Fascicolo informativo - Infortuni aziende e collettività - XXX": Art. 2 - Altre assicurazioni; Art. 7 - Recesso in caso di sinistro; Art. 8 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione; Art. 10 - Foro competente; Art. 17 - Limite di età; Art. 18 - Persone non assicurabili; Art. 20 - Limite catastofale; Art. 22 - Rischio volo; Art. 27 - Obblighi in caso di sinistro; Art. 28 - Criteri di indennizzazione; Art. 30 - Controversie - arbitrato irrituale.

IL CONTRAENTE

Il Direttore Generale
 dott. Massimo Braganti



AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'Art.23 D. Lgs. N.196/2003

1) Io sottoscritto, ricevuta e letta l'Informativa riportata sul modello 9045 contenuta nel Fascicolo Informativo identificato dal modello riportato nel frontespizio di polizza acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità assicurative descritte alla lettera "A" dell'informativa.

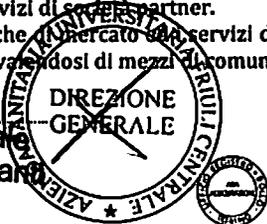
Per le finalità commerciali descritte alla lettera "B" dell'Informativa:

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 2) <u>Attività promozionali e di vendita</u> : acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni ed iniziative promozionali e di vendita di prodotti e/o servizi AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) <u>Ricerche di mercato</u> : acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo, e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e servizi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) <u>Attività promozionali di vendita e ricerche di mercato di prodotti e servizi di società partner</u> : acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni ed iniziative promozionali, di vendita e di ricerca di mercato riferite a prodotti e servizi di società partner. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le attività promozionali e di vendita, le Ricerche di mercato e di servizi di società partner vengono realizzate da AXA, società appartenenti allo stesso gruppo o da società terze, anche avvalendosi di mezzi di comunicazione a distanza.

IL CONTRAENTE

Il Direttore Generale
 dott. Massimo Braganti



Agenzia Perugia		Codice 5014
Ramo 8	polizza n. 405409541	

- Avvertenza -

Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa

Il Contraente può pagare il premio di assicurazione all'intermediario / agente (D.Lgs.7 settembre 2005, N. 209 - Codice delle assicurazioni private) con le seguenti modalità:

- a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa per conto della quale operano o a quella di cui sono distribuiti i contratti, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- b) ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a).

E' consentito pagare in contanti i premi per l'assicurazione contro i danni, di cui all'articolo 2, comma 3 del decreto sopra indicato, aventi importo non superiore a settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto. Tale limitazione non opera per le coperture del ramo responsabilità civile auto e per le relative garanzie accessorie, se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto.

IL CONTRAENTE

Il Direttore Generale
dott. Massimo Braganti



AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

POL. N. 405409541

Lotto 1

COPERTURA ASSICURATIVA
INFORTUNI CUMULATIVA

CIG 7897006F7E

Tra: AZIENDA SANITARIA UNIVERSITA DEL FRIULI CENTRALE

Partita I.V.A./C.F.: 02985660303

con sede in: Via Pozzuolo 330 - 33100 - Udine (UD)

e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: AXA ASSICURAZIONI S.P.A.

si stipula la presente:

POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N. 405409541

Contraente: AZIENDA SANITARIA UNIVERSITA DEL FRIULI CENTRALE

Assicurato : Come da condizioni di polizza

Sede Legale : Via Pozzuolo 330 - 33100 - Gemona del Friuli (UD)

Broker : Willis Italia S.p.A.

Decorrenza della copertura : Ore 24:00 del 01.01.2020

Scadenza della copertura : Ore 24:00 del 31.10.2022

Scadenze annuali: Ore 24:00 del 31.10

Frazionamento: Annuale

Tacito rinnovo (SI/NO - indicare): NO

SEZIONE I - DEFINIZIONI:	4
SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	6
Art. 1: Durata e impostazione del contratto	6
Art. 2: Gestione del contratto	6
Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede	7
Art. 4: Coesistenza di altre assicurazioni.....	7
Art. 5: Riferimento alle norme di legge - Foro competente	7
Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto.....	7
Art. 7: Tracciabilità dei flussi finanziari	8
Art. 8: Denuncia dei sinistri.....	8
Art. 9: Facoltà di recesso	9
Art. 10: Trattamento dei dati.....	9
SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE	10
Art. 1: Soggetti assicurati	10
Art. 2: Oggetto dell'assicurazione	10
Art. 3: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	11
Art. 4: Estensioni della copertura.....	12
Art. 5: Liquidazione del danno	12
Art. 6: Modalità per la liquidazione dell'indennità	15
Art. 7: Esclusioni.....	15
Art. 8: Rinuncia al diritto di surroga	15
Art. 9: Controversie sulla definizione del danno.....	15
Art. 10: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede.....	16
Art. 11: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese.....	17
Art. 12: Altre assicurazioni - Detrazioni	17
Art. 13: Assicurazione per conto altrui	17
Art. 14: Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)	17
Art. 15: Disposizione finale	17
SEZIONE IV – CATEGORIE E CAPITALI ASSICURATI	18
SCHEDA DI CONTEGGIO DEL PREMIO	19
DATI PREVENTIVI PER CIASCUNA AZIENDA CONTRAENTE	20

SEZIONE I - DEFINIZIONI:

Nel testo che segue, si intende per:

Assicurato: il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dalla assicurazione;

Azienda Assicurata, Azienda aderente, Azienda o Contraente: l'Azienda _____;

Attività delle Aziende aderenti: L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti;

Broker: il Broker vigente Willis Italia Spa;

Beneficiario: il soggetto designato cui spetta l'indennizzo per il caso di morte dell'Assicurato;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

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 oggettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente oppure una Inabilità Temporanea;

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.

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture

termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Azienda;

Rischio extra-professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata e impostazione del contratto

Per ogni Azienda assicurata, verrà emesso apposito documento di polizza avente le medesime condizioni normative del presente capitolato e quelle economiche di ogni Azienda assicurata.

Ciascun documento riporterà, per ciascuna Azienda, i corrispondenti capitali, la data di decorrenza e di scadenza della garanzia, nonché l'importo del premio alla firma e rate successive di sua spettanza, e verrà sottoscritta dalla Azienda assicurata.

La copertura assicurativa ha la durata indicata nel frontespizio di polizza (ove sono indicate anche le scadenze annuali intermedie) e non è prorogabile automaticamente.

E' facoltà della Società recedere dai contratti in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata a tutte le singole Aziende assicurate – e anticipata a mezzo telefax – almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, fermo che non è consentito esercitare il recesso / disdetta nei confronti di singole Aziende.

E' altresì facoltà delle Aziende recedere dai contratti, in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata alla Società – e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, purché tale recesso / disdetta venga esercitato contemporaneamente, ovvero all'unanimità, da tutte le Aziende assicurate.

É inoltre facoltà dell'Azienda notificare alla Società la prosecuzione del contratto alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi alla sua scadenza naturale, 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.

Si intende espressamente escluso il tacito rinnovo, ma è prevista per le Aziende la facoltà di rinnovare il contratto per ulteriori 36 (trentasei) mesi, previo accordo tra le parti, purché tale facoltà venga esercitata contemporaneamente, ovvero all'unanimità, da tutte le Aziende assicurate.

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., le Aziende e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker é liberatorio per le Aziende, e riconosce un

periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10° giorno del mese successivo a quello in cui il broker ha comunicato alla Società l'avvenuto incasso.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica - 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: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte delle Aziende di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede.

Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 Cod. Civ. e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Art. 4: Coesistenza di altre assicurazioni

Le Aziende e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e /o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, le Aziende e gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 5: 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 dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede l'Azienda.

Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Cod. Civ., il Contraente pagherà alla Società, per il tramite del broker, i premi o e rate di premio alla stessa spettanti entro i 90 giorni successivi all'effetto dell'assicurazione, nonché suoi rinnovi, proroghe.

Nel caso di variazioni contrattuali o regolazioni onerose, il termine di cui al paragrafo che precede decorre

dalla data di ricevimento della variazione o della regolazione premio da parte del Contraente.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso l'Agenzia delle Entrate Riscossione, ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agenzia delle Entrate Riscossione costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 Cod. Civ. nei confronti della Società stessa.

Art. 7: 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 SpA) 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 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 8: Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalle Aziende, per il tramite del broker, entro 30 (trenta) giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni dell'Azienda 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.

La Società fornirà annualmente all'Azienda 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 iniziali dell'infortunato
- lo stato del sinistro (riservato / liquidato / respinto)
- l'importo stimato per la sua definizione
- l'importo liquidato
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della reiezione.

É facoltà dell'Azienda richiedere ed obbligo della Società fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora l'Azienda lo richieda.

Art. 9: Facoltà di recesso ABROGATA

~~Avvenuto un sinistro e sino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione con lettera raccomandata A.R..
In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 (centoventi) giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla Azienda).~~

~~Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà alle Aziende il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.~~

~~Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) cadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, o esso pervenga all'Azienda nel periodo di mora concesso per il pagamento del premio di rata, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che le Aziende dovranno corrispondere (nei termini di cui all'art. Pagamento del premio che precede) per il periodo corrente dalla data di scadenza intermedia fino alla data di termine della prosecuzione della copertura assicurativa, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.~~

~~Resta inteso che:~~

- ~~1. non è consentito alla Società esercitare il recesso nei confronti di singole Aziende;~~
- ~~2. da parte delle Aziende il recesso deve essere esercitato contemporaneamente, ovvero all'unanimità, da tutte le Aziende assicurate.~~

Art. 10: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle parti (Azienda, Assicurato, Società) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1: Soggetti assicurati

Sono assicurati i soggetti rientranti nelle Categorie di seguito elencate e richiamate nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

1. i Direttori (Generale, Amministrativo, Sanitario e altri) della Azienda;
2. i dipendenti e i componenti (non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali della Azienda, nonché gli altri soggetti (non dipendenti) autorizzati dalla stessa a vario titolo, alla guida di veicoli (a motore e non) di proprietà o in uso a qualunque titolo all'Azienda stessa;

3. i dipendenti e i componenti (non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali della Azienda, alla guida di veicoli privati (a motore e non) per ragioni di servizio;
4. i consulenti e il personale di altre Aziende / Enti / Strutture Sanitarie provenienti da altre Aziende – a) medici, b) altro personale laureato, c) personale non laureato - che svolgono la propria attività in virtù di convenzioni o accordi con Aziende del SSR Friuli VG diverse da quella di appartenenza;
5. i soggetti che frequentano la Azienda per tirocinio, formazione, aggiornamento, perfezionamento, specializzazione;
6. i partecipanti e i fruitori dei corsi, servizi e attività promossi, organizzati e/o gestiti dalla Azienda con fini educativi, riabilitativi, di inserimento sociale, ricreativi, sportivi, culturali, di aggregazione, nonché alle comunità terapeutiche e/o ai soggiorni climatici promossi, organizzati e/o gestiti dalla Azienda;
7. i donatori di sangue e suoi componenti;
8. i minori e gli altri soggetti affidati alla Azienda e/o tramite essa a famiglie, direttamente dalla Autorità preposta o nell'ambito di iniziative coordinate con altre strutture pubbliche o di assistenza e/o ad esse assimilabili;
9. i soggetti che prestano volontariamente la loro opera nell'ambito delle strutture della Azienda in accordo con essa e a favore degli utenti della stessa;
10. il personale medico appartenente alle categorie per le quali i corrispondenti CCNL prevedono la copertura assicurativa:
 - a. i medici specialisti ambulatoriali,
 - b. i medici addetti al servizio di continuità assistenziale,
 - c. i medici addetti al servizio di emergenza sanitaria territoriale,
 - d. gli psicologi, i biologi, i chimici;
11. i dipendenti (e gli specializzandi) della Azienda in trasferta e/o in consulenza (anche fuori orario di servizio) presso Enti ed Aziende pubbliche e private, Strutture Sanitarie esterne al SSR Friuli VG, in virtù di convenzioni o accordi tra esse e la Azienda di appartenenza durante l'intero periodo di trasferta, qualora le convenzioni/accordi non prevedano la copertura assicurativa da parte dell'Azienda Ospitante;
12. i dipendenti della Azienda che svolgono la attività di cassiere e/o di riscuotitore;
13. I dipendenti medici della Azienda di cui al Personale del Servizio Sanitario Nazionale addetti al servizio di continuità assistenziale e emergenza sanitaria / 118;
14. I dipendenti non medici dell'Azienda di cui al Personale del Servizio Sanitario Nazionale addetti al servizio di continuità assistenziale e emergenza sanitaria / 118.

Art. 2: 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, secondo quanto indicato nelle Schede di Conteggio *Categorie e Capitali assicurati*.

Art. 3: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

Con riferimento all'art. 1 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, senza limiti temporali in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o a esso correlati, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro e gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione;
- b) dagli assicurati di cui al punto 2, in occasione della guida di veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato alle Aziende.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della

marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile.

Relativamente alle autoambulanze e auto mediche, le garanzie sono estese alle operazioni svolte dal conducente e/o dai trasportati (che assumono limitatamente a queste operazioni la qualifica di assicurati) al fine di prelevare o consegnare le persone oggetto dell'intervento;

- c) dagli assicurati di cui al punto 3, in occasione della guida di veicoli di loro proprietà o in loro uso, esclusi quelli di proprietà o in locazione e/o comodato alle Aziende, per ragioni di servizio per conto delle Aziende stesse.
L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile.
La garanzia è operante sia quando la sede di partenza risulti essere il luogo presso il quale l'assicurato presta abitualmente servizio sia altro luogo secondo quanto stabilito dal regolamento di missione;
- d) dagli assicurati di cui al punto 4, in occasione dell'attività da loro svolta in accordo con e/o per le Aziende, compresi i trasferimenti per, da e tra le strutture delle stesse;
- e) dagli assicurati di cui al punto 5, in occasione della frequentazione delle Aziende e partecipazione alle attività delle stesse;
- f) dagli assicurati di cui al punto 6, durante la partecipazione / fruizione dei corsi, servizi e attività, delle comunità e/o dei soggiorni;
- g) dagli assicurati di cui al punto 7, 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 alle Aziende, sia che avvenga in centri mobili. L'assicurazione si intende estesa anche alle donazioni praticate al di fuori dell'ambito territoriale delle Aziende.
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;
- h) dagli assicurati di cui al punto 8, senza limiti temporali;
- i) dagli assicurati di cui al punto 9, mentre svolgono la loro opera nell'ambito delle strutture delle Aziende;
- j) dagli assicurati di cui al punto 10, 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 dell'Azienda, nonché in occasione dello svolgimento di attività intramoenia e/o esterna ai sensi del vigente ACNL;
- k) dagli assicurati di cui al punto 11, durante l'intero periodo della trasferta compresi quindi i trasferimenti e gli eventuali infortuni occorsi in attività diverse da quelle professionali durante il tempo libero tra l'inizio del viaggio, trasferimento o missione e il rientro presso la sede di lavoro o la propria abitazione;
- l) dagli assicurati di cui ai punti 12, 13 e 14, mentre svolgono la loro opera nell'ambito della Azienda di appartenenza e/o del territorio di competenza, compresi i trasferimenti tra il/i luogo/i di lavoro

Art. 4: Estensioni della copertura

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

- a) imprudenze e negligenze anche gravi;
- b) malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
- c) tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente;
- d) calamità naturali; solo per la presente estensione, nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 10.000.000,00 (diecimilioni/00) per anno assicurativo e per singola Azienda; le Parti convengono inoltre che per tutte le Aziende Aderenti relativamente a tutte le polizze Infortuni stipulate tra le Aziende e la Società, il limite massimo di indennizzo riferito alla presente garanzia non potrà essere superiore ad euro 20.000.000,00 (ventimilioni/00) per ciascuna annualità assicurativa; superando tali limiti, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente; qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tali importi, le stesse verranno proporzionalmente ridotte;
- e) 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;

nonché:

- f) l'annegamento ed asfissia di natura accidentale;
- g) l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
- h) il contatto con corrosivi;
- i) le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- j) la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento;
- k) le influenze termiche e atmosferiche;
- l) i morsi di animali o punture di insetti.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 5: Liquidazione del danno

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà al/ai Beneficiario/i (specificato/i 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 morte presunta dell'assicurato, 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 è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente. 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. Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla *Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124* e successive modi- fiche.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio. Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 75%, la società liquiderà l'indennità nella misura del 100% della somma assicurata.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

Per la singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice 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 nella *Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124* l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Azienda di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. Pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

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 è stata parziale; resta inteso che per le categorie di seguito indicate la indennità verrà conteggiata come segue:
- ◊ per gli assicurati di cui al punto 6) Donatori di sangue, per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'evento regolarmente denunciato;
 - ◊ per gli assicurati di cui ai punti 10.1) – Medici Specialisti Ambulatoriali - e 10.4) – Psicologi, Biologi e Chimici, 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 ai punti 10.2) – medici addetti al servizio di continuità assistenziale e 10.3) medici addetti al servizio di emergenza sanitaria territoriale, solo per il periodo di inabilità assoluta e per un periodo massimo di 300 giorni per anno solare con decorrenza dalla data di inizio della inabilità;

4. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per ~~la Categoria interessata~~ tutte le categorie, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- a) spese di ricovero, rette di degenza,
- b) onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- c) uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici ed endoprotesi applicati durante l'intervento,
- d) esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- e) trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- f) trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- g) 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 è 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.

5. In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato 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, o per attività di protezione civile e/o di emergenza sanitaria - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile l'importo di euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00); superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all'art. Estensioni di copertura relativamente alla efficacia della stessa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa è 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).

Per ciascuna Azienda, in caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati a causa del medesimo evento il limite massimo di indennizzo a carico della Società non potrà essere superiore a euro ~~20.000.000,00 (ventimilioni/00)~~ 30.000.000,00 (trentamila/00). Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art. 6: 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. "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% (ventipercento), 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.

Art. 7: Esclusioni

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

- a) azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- b) trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Azienda;
- c) guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
- d) atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- e) abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- f) partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) guida di mezzi di locomozione aerei;
- i) guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato (ad eccezione degli assicurati di cui al punto 6 dell'art. Soggetti assicurati).

Art. 8: Rinuncia al diritto di surroga

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere ai sensi dell'art. 1916 Cod. Civ., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 9: 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. 10: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede

Il premio di polizza è 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. Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è 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 è 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. fermo restando il diritto della Società di verificare e controllare in qualsiasi momento, le risultanze di libri di amministrazione delle Aziende, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso.

Per "parametri di riferimento" si intende:

- a) per gli assicurati sub punto 1 dell'art. 6, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- b) per gli assicurati sub punto 2, il numero complessivo dei veicoli utilizzati;
- c) per gli assicurati sub punto 3, il numero complessivo dei chilometri percorsi;
- d) per gli assicurati sub punto 4, il numero complessivo dei soggetti;
- e) per gli assicurati sub punto 5, il numero complessivo dei soggetti frequentanti;
- f) per gli assicurati sub punto 6, il numero complessivo dei soggetti partecipanti;
- g) per gli assicurati sub punto 7, il numero complessivo delle donazioni effettuate;
- h) per gli assicurati sub punto 8, il numero complessivo dei minori e altri soggetti;
- i) per gli assicurati sub punto 9, il numero complessivo dei soggetti volontari;
- j) per gli assicurati sub punti 10, il numero complessivo delle ore lavorative effettuate da ciascuna categoria;
- k) per gli assicurati sub punto 11, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- l) per gli assicurati sub punto 12, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- m) per gli assicurati sub punto 13, il numero complessivo dei soggetti assicurati.

Le Aziende sono esonerate dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Si conviene che, ove le Aziende abbiano in buona fede omesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o 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. 11: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza é 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 a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

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

Art. 12: Altre assicurazioni - Detrazioni

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Azienda (quale, ad esempio, la tutela assicurativa Inail), 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. 13: Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Azienda, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come stabilito dall'art 1891 del C.C.

Art. 14: Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La Società non è tenuta a fornire la copertura, o a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 15: Disposizione finale

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

La firma apposta dalle Aziende 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).

SEZIONE IV – CATEGORIE E CAPITALI ASSICURATI

Assicurati		Capitali assicurati €			
		Morte	Inv Perm.	Inab. Temp.	R.S.M.O.
1	I Direttori	500.000,00	750.000,00		5.000,00
2	I soggetti alla guida di veicoli di proprietà e/o in uso all'Azienda	250.000,00	350.000,00		5.000,00
3	I soggetti alla guida di veicoli propri per motivi i servizio	250.000,00	350.000,00		5.000,00
4a)	I consulenti esterni medici	517.000,00	517.000,00		5.000,00
4b)	I consulenti esterni laureati non medici	260.000,00	260.000,00		5.000,00
4c)	I consulenti esterni non laureati	200.000,00	200.000,00		5.000,00
5	I frequentatori per tirocinio, formazione, aggiornamento, etc	100.000,00	100.000,00		5.000,00
6	I partecipanti ai corsi, comunità, etc.	52.000,00	105.000,00		5.000,00
7	I donatori di sangue	150.000,00	150.000,00	50,00	5.000,00
8	I minori e gli altri soggetti affidati	52.000,00	105.000,00		5.000,00
9	I volontari frequentatori	55.000,00	55.000,00		5.000,00
10a)	I medici specialisti ambulatoriali	1.033.000,00	1.033.000,00	155,00	5.000,00
10b)	I medici del servizio di continuità assistenziale	775.000,00	775.000,00	52,00	5.000,00
10c)	I medici del servizio di emergenza sanitaria	775.000,00	775.000,00	52,00	5.000,00
10d)	Gli psicologi, i biologi, i chimici	1.033.000,00	1.033.000,00	155,00	5.000,00
11	I dipendenti in consulenza presso altre strutture	250.000,00	350.000,00		5.000,00
12	I dipendenti cassieri/riscuotitori	250.000,00	350.000,00		5.000,00
13	I dipendenti addetti al servizio di continuità assistenziale / 118	250.000,00	350.000,00		5.000,00

SCHEDA DI CONTEGGIO DEL PREMIO

(NON COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA. Da riportare nella polizza di ciascuna Azienda)

Assicurati		Parametro di riferimento	Premio imp.le unitario €	Premio imp.le per Categoria €
1	I Direttori	1	292,00	292,00
2	I soggetti alla guida di veicoli di proprietà e/o in uso all'Azienda	308	9,60	2.956,80
3	I soggetti alla guida di veicoli propri per motivi i servizio	270.200	0,01	2.702,00
4a)	I consulenti esterni medici	34	78,50	2.669,00
4b)	I consulenti esterni laureati non medici	11	78,50	863,50
4c)	I consulenti esterni non laureati	1	78,50	78,50
5	I frequentatori per tirocinio, formazione, aggiornamento, etc	65	30,00	1.950,00
6	I partecipanti ai corsi, comunità, etc.	51	30,00	1.530,00
7	I donatori di sangue	9.200	1,15	10.580,00
8	I minori e gli altri soggetti affidati	28	14,50	406,00
9	I volontari frequentatori	16	14,50	232,00
10a)	I medici specialisti ambulatoriali	12.760	0,14	1.786,40
10b)	I medici del servizio di continuità assistenziale	92.710	0,14	12.979,40
10c)	I medici del servizio di emergenza sanitaria	0	0,14	0,00
10d)	Gli psicologi, i biologi, i chimici	5.373	0,14	752,22
11	I dipendenti in consulenza presso altre strutture	0	1,90	0,00
12	I dipendenti cassieri/riscuotitori	0	19,00	0,00
13	I dipendenti addetti al servizio di continuità assistenziale / 118	0	19,00	0,00
Totale premio imponibile €				€ 39.777,82
Imposte (2,50%)				€ 994,45
Premio lordo annuo €				€ 40.772,27

DATI PREVENTIVI PER CIASCUNA AZIENDA CONTRAENTE

AZIENDE	CATEGORIE								
	1	2	3	4a)	4b)	4c)	5	6	7
ARCS	//	4	15.537	1	2	1	//	//	//
ASUI Udine	//	222	300.000	15	1	1	1	180	18.000
ASUI Trieste	//	251	187.286	13	//	//	1.046	//	10.823
AAS n. 2 Gorizia	4	236	773.530	15	18	7	2	30	15.459
AAS n. 3 Gemona	1	308	270.200	34	11	1	65	51	9.200
AAS n. 5 Pordenone	4	290	350.000	30	5	1	140	200	15.000
IRCCS CRO Aviano	4	7	26.000	47	23	1	94	10	//
IRCCS Burlo G. Trieste	//	6	3.860	25	5	//	//	//	//

AZIENDE	CATEGORIE								
	8	9	10a)	10b)	10c)	10d)	11	12	13
ARCS	//	//	//	//	2709	//	4	//	44
ASUI Udine	2	1	35.000	55.000	1	11.000	50	1	1
ASUI Trieste	//	//	42.399	41.335	5.505	13.379	1	//	6
AAS n. 2 Gorizia	//	1	33.900	72.865	18.200	7.473	//	//	//
AAS n. 3 Gemona	28	16	12.760	92.710	//	5.373	//	//	//
AAS n. 5 Pordenone	30	1	24.000	70.000	2.000	18.000	7	//	//
IRCCS CRO Aviano	//	78	//	//	//	//	16	20	//
IRCCS Burlo G. Trieste	//	//	//	//	//	//	//	//	//