

**Contraente/Assicurato:** Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC)  
**Domicilio:** VIA POZZUOLO , 330 UDINE (UD) 33100  
**P. IVA / Codice Fiscale:** 02985660303  
**Polizza N°:** IAHE001104  
**Intermediario:** AON  
**Codice Intermediario:** 0270  
**CIG:** B789322EC5

**ESTREMI DI COPERTURA**

Decorrenza ore 24 del 28/02/2026  
 Scadenza ore 24 del 28/02/2029 (e' escluso il tacito rinnovo)  
 Frazionamento Annuale  
 1a Rata Fino a: 28/02/2027

**COMPOSIZIONE DEL PREMIO**

Rata alla firma al	28/02/2027	102.609,11 € Premio Netto	0,00 € Addizionali	2.565,23 € Imposta	105.174,34 € Premio Lordo
Rate future dal	28/02/2027	102.609,11 € Premio Netto	0,00 € Addizionali	2.565,23 € Imposta	105.174,34 € Premio Lordo

L'Assicurazione viene prestata alle Condizioni tutte previste dal capitolato speciale qui allegato che è parte integrante e sostanziale della polizza. Il contratto è costituito congiuntamente dal presente documento, dal Capitolato allegato e da eventuali altri allegati richiamati in polizza che devono essere tutti sottoscritti dalle Parti.

**IL CONTRAENTE**

**AIG Europe S.A.**  
 Rappresentanza Generale per l'Italia  
 Procuratore  
 Massimiliano Benacquista

.....

La rata di premio di 105.174,34 € è stata incassata il \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI**

Il contratto è costituito dal presente foglio e da:  
 Capitolato speciale allegato

**IL CONTRAENTE**

**AIG Europe SA**  
 Rappresentanza Generale per l'Italia  
 Procuratore  
 Massimiliano Benacquista

.....

## Informativa sulla Privacy di AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia



### Come utilizziamo i Dati Personali

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, si impegna a proteggere la Privacy dei suoi clienti, di chi invia una richiesta di indennizzo, nonché di tutti i suoi partner commerciali.

I "Dati Personali" identificano e si riferiscono a Voi o ad altri individui (ad es., il Vostro partner o altri membri della Vostra famiglia). Se fornite Dati Personali riguardo ad un altro individuo, dovete (salvo che non conveniamo diversamente) informare l'interessato del contenuto della presente Informativa e della nostra Informativa sulla Privacy e ottenere la sua autorizzazione (ove possibile) a condividere i suoi Dati Personali con noi.

**Le tipologie di Dati Personali che possiamo raccogliere e per quali finalità** - In base al nostro rapporto con Voi, i Dati Personali raccolti possono includere: informazioni di contatto, informazioni finanziarie e bancarie, referenze creditizie e merito creditizio, informazioni sensibili su condizioni di salute o mediche (raccolte con il vostro consenso ove richiesto dalla legge applicabile), nonché altri Dati Personali da Voi forniti, o che otteniamo in relazione al rapporto che intratteniamo con Voi. I Dati Personali possono essere utilizzati per le seguenti finalità:

- Gestione di polizze, ad es., comunicazioni, elaborazione di richieste di indennizzo e pagamento
- Effettuare valutazioni e prendere decisioni circa la fornitura e le condizioni di assicurazione e la liquidazione di richieste di indennizzo
- Assistenza e consulenza su questioni mediche e di viaggio
- Gestione delle nostre operazioni aziendali e infrastruttura IT
- Prevenzione, individuazione e indagini su reati, ad es., frodi e riciclaggio di denaro
- Accertamento e difesa di diritti legali
- Conformità legale e normativa (tra cui il rispetto di leggi e normative al di fuori del Vostro Paese di residenza)
- Monitoraggio e registrazione di chiamate telefoniche per finalità di qualità, formazione e sicurezza

**Condivisione dei Dati Personali** - Per le finalità di cui sopra i Dati Personali possono essere condivisi con società del nostro gruppo e con terzi (quali, ad esempio, intermediari e altri soggetti di distribuzione assicurativa, assicuratori e riassicuratori, agenzie di informazioni commerciali, operatori sanitari e altri fornitori di servizi).

I Dati Personali saranno condivisi con terze parti (comprese autorità governative) se richiesto dalle leggi o normative applicabili. I Dati Personali (inclusi i dettagli di lesioni) possono essere inserite in registri di richieste di indennizzo e condivise con altri assicuratori. Siamo tenuti a registrare tutte le richieste di risarcimento di terzi relative a lesioni fisiche nei registri per l'indennizzo dei lavoratori. Possiamo effettuare ricerche in tali registri per prevenire, individuare e indagare su frodi o per confermare vostre precedenti richieste di indennizzo o quelle di qualsiasi altra persona o proprietà che può essere coinvolta nella polizza o richiesta di indennizzo. I Dati Personali possono essere condivisi con acquirenti potenziali e attuali e trasferite a seguito della cessione della nostra società o del trasferimento di attività aziendali.

**Trasferimento internazionale** - A causa della natura globale della nostra attività, i Dati Personali possono essere trasferite a soggetti ubicati in altri Paesi (tra cui Stati Uniti, Cina, Messico, Malesia, Filippine, Bermuda e altri Paesi che possono avere un regime di protezione dei dati diverso da quello del vostro Paese di residenza). Quando effettuiamo tali trasferimenti, adotteremo misure per garantire che i Vostri Dati Personali siano adeguatamente protetti e trasferiti in conformità ai requisiti della normativa sulla protezione dei dati. Per ulteriori informazioni sui trasferimenti internazionali consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

**Sicurezza dei Dati Personali** - Per mantenere i Vostri Dati Personali protetti e al sicuro sono utilizzate misure di sicurezza tecniche e fisiche adeguate. Quando forniamo Dati Personali a terzi (compresi i nostri fornitori di servizi) o incarichiamo terzi di raccogliere Dati Personali per nostro conto, Vi confermiamo che tali terzi verranno selezionati attentamente e saranno tenuti ad attuare misure di sicurezza adeguate.

**I vostri diritti** - Voi siete titolari di diversi diritti ai sensi della legge sulla protezione dei dati in relazione al nostro utilizzo di Dati Personali. Tali diritti possono applicarsi solo in determinate circostanze e sono soggetti a talune esenzioni. Tali diritti possono includere il diritto di accesso ai Dati Personali, il diritto di rettifica di informazioni non accurate, il diritto alla cancellazione delle informazioni o a sospendere il nostro utilizzo delle informazioni. Tali diritti possono includere inoltre il diritto di trasferire le informazioni ad un'altra organizzazione, il diritto di opporsi al nostro uso dei Vostri Dati Personali, il diritto di chiedere che determinate decisioni automatizzate che prendiamo prevedano il coinvolgimento umano, il diritto di revocare il consenso e il diritto di presentare reclami all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati. Per ulteriori informazioni sui vostri diritti e su come potete esercitarli consultate la nostra Informativa sulla Privacy (vedere al prossimo paragrafo).

**Informativa sulla Privacy** - Maggiori informazioni sui vostri diritti e su come raccogliamo, utilizziamo e divulghiamo i Vostri Dati Personali sono contenute nella nostra Informativa sulla Privacy integrale, che potete trovare all'indirizzo: <https://www.aig.co.it/informativa-privacy>.

In alternativa, potete richiedere una copia scrivendo a: Responsabile della protezione dei dati, AIG Europe S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Piazza Vetra n. 17, 20123, Milano o tramite e-mail all'indirizzo: [responsabiladellaprotezionedeidati.it@aig.com](mailto:responsabiladellaprotezionedeidati.it@aig.com).



**Contraente:**

**ASU FC - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale**

**Via Pozzuolo, 330 - 33100 Udine UD**

**C.F. /P.IVA 02985660303**

**Società Assicuratrice**

**AIG Europe SA**

Rappresentanza Generale per l'Italia  
Piazza Vetra n. 17, 20123 Milano  
CF 97819940152 - P.IVA 10479810916

Gestione del contratto affidata a  
ASSIB Underwriting S.r.l.  
Viale Algeria, 95 - ROMA - Italia  
PEC: [assib@legalmail.it](mailto:assib@legalmail.it)

**LOTTO 2**

**Capitolato di Polizza di Assicurazione:  
Infortuni cumulativa  
CIG B789322EC5**

## Sommario

### Definizioni

#### Art. 1 – Norme che regolano il contratto di assicurazione in generale

- Art. 1.1 - Prova del contratto
- Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 1.3 – Variazione del rischio
- Art. 1.4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali
- Art. 1.5 – Clausola di Recesso
- Art. 1.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 1.8 - Durata del contratto
- Art. 1.9 – Oneri fiscali
- Art. 1.10 – Foro competente
- Art. 1.11 – Rinvio ad altre norme
- Art. 1.12 – Coassicurazioni e delega
- Art. 1.13 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art. 1.14 - Assicurazione presso diversi assicuratori
- Art. 1.15 – Clausola broker
- Art. 1.16 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio
- Art. 1.17 - Elementi per il calcolo del premio
- Art. 1.18 - Regolazione e conguaglio del premio
- Art. 1.19 – Efficacia temporale della garanzia
- Art. 1.20 – Limiti territoriali
- Art. 1.21 – Assicurazione per conto altrui
- Art. 1.22 – Interpretazione delle norme contrattuali
- Art. 1.23 – Trattamento dei dati
- Art. 1.24 – Tracciabilità Flussi Finanziari
- Art. 1.25 – Limitazione ed esclusione embarghi e sanzioni – SANCTIONS CLAUSE

#### Art. 2 - Norme che regolano l'assicurazione in particolare

- Art. 2.1 - Soggetti assicurati
- Art. 2.2 - Oggetto dell'assicurazione
- Art. 2.3 - Efficacia della copertura assicurativa
- Art. 2.4 – Morte
- Art. 2.5 – Invalidità Permanente
- Art. 2.6 – Inabilità Temporanea
- Art. 2.7 – Rimborso spese mediche da infortunio
- Art. 2.8 – Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni
- Art. 2.9 – Cumulo di indennità

#### Art. 3 – Condizioni particolari

- Art. 3.1 - Rinuncia al diritto di surroga
- Art. 3.2 – Morte presunta
- Art. 3.3 – Ernie traumatiche e da sforzo
- Art. 3.4 – Danni estetici
- Art. 3.5 – Esposizione agli elementi
- Art. 3.6 – Rischio guerra
- Art. 3.7 – Esonero denuncia di infermità e difetti
- Art. 3.8 – Trasporto/rientro sanitario
- Art. 3.9 – Trasporto salma

Art. 3.10 – Rischio volo

Art. 3.11 – Limite di indennizzo cumulativo

**Art. 4 – Norme che regolano la gestione sinistri**

Art. 4.1 – Obblighi del Contraente in caso di sinistro

Art. 4.2 – Controversie

Art. 4.3 – Liquidazione

**Art. 5 – Categorie e capitali assicurati**

**Art. 6 – Scheda di conteggio del premio**

**Clausole da approvare esplicitamente per iscritto**

## Definizioni

<b>ASSICURATO</b>	Il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione.
<b>ASSICURAZIONE</b>	Il contratto di assicurazione.
<b>ATTIVITA' DELLE AZIENDE ADERENTI</b>	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;
<b>AZIENDA ASSICURATA, AZIENDA ADERENTE, AZIENDA O CONTRAENTE</b>	ASU FC (Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale) - Udine (la singola Azienda Contraente/Aderente)
<b>BENEFICIARIO</b>	il soggetto designato cui spetta l'indennizzo per il caso di morte dell'Assicurato;
<b>BROKER</b>	AON Spa, Via E. Calindri 6 – 20143 Milano (in seguito detta Broker).
<b>CONTRAENTE</b>	La persona giuridica che stipula l'assicurazione.
<b>FRANCHIGIA</b>	L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>INABILITÀ TEMPORANEA</b>	Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività svolte.
<b>INDENNIZZO</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
<b>INFORTUNIO</b>	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
<b>INVALIDITÀ PERMANENTE</b>	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.
<b>OSPEDALE, CLINICA, CASA O ISTITUTO DI CURA</b>	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.
<b>PERIODO ASSICURATIVO O ANNUALITÀ ASSICURATIVA</b>	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
<b>POLIZZA/CAPITOLATO</b>	il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
<b>PREMIO</b>	La somma dovuta alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

<b>RISCHIO</b>	La probabilità del verificarsi del sinistro.
<b>SCOPERTO</b>	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.
<b>SINISTRO</b>	l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
<b>SOCIETA'</b>	L'Impresa assicuratrice nonché le eventuali Coassicuratrici.

## Art. 1 – Norme che regolano il contratto di assicurazione in generale

### Art. 1.1 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società. Saranno ammesse solo le modifiche espressamente indicate in sede di offerta. La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto del premio, della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti in Coassicurazione (se esistente) e del trattamento dei dati personali.

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.

### Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 1.5 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

A parziale deroga dell'art. 1898 del c.c., comma 2 e seguenti, nel caso di aggravamento di rischio, il Contraente ha l'obbligo di comunicare le variazioni secondo quanto stabilito all'art. 1.3 "Variazione del rischio" e la Società si impegnerà, prima di esercitare un eventuale recesso nei termini di cui al successivo art. 1.5 "Clausola di recesso", ad attivare la procedura preventiva per la revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali, secondo quanto stabilito dal presente capitolato.

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

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo o colpa grave.

### Art. 1.3 – Variazione del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente, il Contraente non è pertanto tenuto a comunicare variazioni del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità.

Non comportano variazioni di rischio i mutamenti meramente episodici e transitori.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società.

#### **Art. 1.4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali**

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora la Società intenda chiedere la revisione del prezzo, almeno 180 giorni prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, la Società può segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 1.3 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del Dlgs. 36/2023 e s.m.e i., la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali previsti in polizza.
2. Il Contraente, entro 60 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.
3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

#### **Art. 1.5 – Clausola di Recesso**

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
2. La facoltà di recesso si esercita entro 60 giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.
3. Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo di 180 giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio calcolato in pro-rata temporis nei modi e nei termini di cui all'art. 1.6 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia".
4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. 1.16 (Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

#### **Art. 1.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 192/2012 convengono espressamente che:

- il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 90 giorni dalla data della decorrenza della polizza o dalla data di ricezione del contratto, se successiva. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.
- se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.
- i termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Conseguentemente la Società rinuncia alle azioni di cui al citato D.Lgs 192/2012 per i suindicati periodi di comporta.

Qualora ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 così come integrato dall'art. 1 della Legge 26 aprile 2012 n. 44 (c.d. "Decreto Fiscale 2012") e s.m.e i. il riscossore riscontrasse un inadempimento a carico della Società ed il Contraente fosse impossibilitato a provvedere al

pagamento parziale o totale della polizza sino alla definizione del provvedimento, le garanzie resteranno comunque operanti ed i termini di cui sopra per il pagamento del premio decorreranno dalla data in cui la Società di Riscossione comunicherà al Contraente la revoca del provvedimento.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza.

---

**Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro**

Clausola abrogata.

---

**Art. 1.8 - Durata del contratto**

Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 28.02.2026 alle ore 24.00 del 28.02.2029 con frazionamento annuale; non è previsto il tacito rinnovo alla scadenza finale.

E' facoltà delle Aziende assicurate notificare alla Società, la prosecuzione dei contratti 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 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione. Tale prosecuzione deve essere esercitata da tutte le Aziende assicurate.

E' facoltà delle Aziende assicurate notificare alla Società la proroga tecnica (ex articolo 120, comma 11, del D. Lgs. e ss.mm.ii.) della polizza, alle medesime condizioni normative ed economiche. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato in pro-rata temporis rispetto al premio annuale in corso, che verrà corrisposto entro 90 (novanta) giorni dalla data della decorrenza della prosecuzione. Tale prosecuzione deve essere esercitata da tutte le Aziende assicurate.

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. 1.9 – Oneri fiscali**

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

---

**Art. 1.10 – Foro competente**

Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente.

---

**Art. 1.11 – Rinvio ad altre norme**

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

---

**Art. 1.12 – Coassicurazioni e delega**

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato in Coassicurazione o in raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le Società sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

La Delegataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici per la gestione, esecuzione del contratto e l'esazione

dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza.

Il Broker provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

#### **Art. 1.13 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società**

Eccezion fatta per il recesso a seguito di sinistro, che dovrà essere trasmesso a mezzo PEC direttamente alla parte interessata e per copia conoscenza al Broker, tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata, PEC e/o e-mail indirizzati al Broker.

Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

#### **Art. 1.14 - Assicurazione presso diversi assicuratori**

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate per i medesimi rischi.

Il presente contratto di assicurazione, si intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle eventuali assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti o da eventuali future.

#### **Art. 1.15 – Clausola broker**

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker, a seguito di invio di apposita comunicazione da parte di quest'ultimo. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il Contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la Contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse alla Società secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dal Contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.6 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, mo dificati, e/o prorogati i contratti nella misura massima del 4 % (quattro per cento) su ogni premio imponibile. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione.

- che la gestione dei sinistri venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.

Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.

#### **Art. 1.16 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio**

Con cadenza trimestrale e ad ogni richiesta del Contraente e/o Broker, entro i 30 giorni solari successivi, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato Excel® sia tramite file modificabili, sia tramite file non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il Contraente di Polizza;
- il numero di polizza;
- il numero del sinistro attribuito dalla Società;
- la data di accadimento dell'evento;
- la natura dell'evento/garanzia interessata
- la data della denuncia;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
  - a) sinistro agli atti, senza seguito;
  - b) sinistro liquidato, in data \_\_\_\_\_ con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_; gli importi indicati dovranno essere al lordo di eventuali scoperti/franchigie
  - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo riservato pari a € \_\_\_\_\_.]:

La Società, per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, dovrà fornire, a semplice richiesta da parte del Broker ed entro e non oltre 30 giorni solari dal ricevimento della stessa, le informazioni di cui al primo comma.

L'obbligo a fornire i dati afferenti l'andamento del rischio permane in capo alla Società anche oltre la scadenza contrattuale e fino a quando tutti i sinistri denunciati sul contratto non sono stati definiti.

#### **Art. 1.17 - Elementi per il calcolo del premio**

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei premi unitari forniti dalla Società in sede di offerta economica, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri di riferimento, espressamente indicati nella Scheda di conteggio del premio.

Il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i premi unitari indicati nella Scheda di conteggio del premio.

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 – Scheda di conteggio del premio, 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 lettere a, b, c, d, e, f, 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;
- n) per gli assicurati sub punto 14, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- o) per gli assicurati sub punto 15, il numero complessivo dei soggetti assicurati;

L'Azienda Contraente è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

#### **Art. 1.18 - Regolazione e conguaglio del premio**

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto al precedente art. 1.17 "Elementi per il calcolo del premio", e lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo o minor periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, o minor periodo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 90 giorni dalla data di ricezione da parte del Broker del relativo documento, ritenuto corretto. La Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al D.Lgs 192/2012 per il citato periodo di comporto.

Se nel termine di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata. Dopodiché in caso di inadempimento, a seguito dell'ulteriore atto formale di messa in mora, gli eventuali sinistri accaduti nel periodo a cui la regolazione si riferisce verranno indennizzati in proporzione diretta al rapporto tra il premio anticipato in via provvisoria e quello effettivamente dovuto (somma tra il premio anticipato e quello di regolazione).

Si conviene che, ove il Contraente abbia in buona fede 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.

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

#### **Art. 1.19 – Efficacia temporale della garanzia**

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

#### **Art. 1.20 – Limiti territoriali**

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

---

**Art. 1.21 – Assicurazione per conto altrui**

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge o dai CCNL al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dal Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come stabilito dall'art 1891 del C.C.. Per effetto di quanto precede, la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

---

**Art. 1.22 – Interpretazione delle norme contrattuali**

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

---

**Art. 1.23 – Trattamento dei dati**

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e Regolamento UE 679/2016, 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. 1.24 – Tracciabilità Flussi Finanziari**

Le parti:

- La Società ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al Broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia alla Stazione Appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. La Società si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.
- Il Broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla Contraente ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.A. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Stazione Appaltante o l'amministrazione concedente.

---

**Art. 1.25 – Limitazione ed esclusione embarghi e sanzioni – SANCTIONS CLAUSE**

ESCLUSIONE OFAC - SANZIONI INTERNAZIONALI: Gli [Assicuratori] [Riassicuratori] non sono tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli [Assicuratori] [Riassicuratori], la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali

## Art. 2 – Norme che regolano l'assicurazione in particolare

Le norme che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano il contratto di assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le condizioni particolari, le norme che regolano la gestione dei sinistri, i regolamenti interni del Contraente, le disposizioni legislative in materia, nonché le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

### Art. 2.1 - 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, nonché gli altri soggetti (non dipendenti) autorizzati dalla stessa a vario titolo, alla guida di veicoli privati (a motore e non) in occasione di missioni e/o per adempimento di servizio per conto e/o su incarico dell'Azienda stessa;
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. gli psicologi, i biologi, i chimici;
  - c. i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria,
  - d. medici del servizio di medicina dei servizi,
  - e. medici del servizio di emergenza sanitaria territoriale,
  - f. medici di assistenza penitenziaria,
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 l'attività di cassiere e/o di riscuotitore;

13. I dipendenti (medici e/o non medici) della Azienda di cui al Personale del Servizio Sanitario Nazionale addetti al servizio di continuità assistenziale e emergenza sanitaria / 118;
14. I volontari non aderenti ad associazioni, con attivazione a richiesta dell'Azienda Contraente con elenco soggetti da assicurare, (esclusi quelli di cui al punto 9), che collaborano, previa autorizzazione dell'Azienda Contraente, con il Servizio Sociale dei Comuni per la realizzazione di progetti ed interventi socio-educativi.
15. I volontari non aderenti ad associazioni con attivazione a richiesta dell'Azienda Contraente con elenco soggetti da assicurare, (esclusi quelli di cui al punto 9 e 14) che svolgono la propria attività di "genitori affidatari" (nell'ambito dell'area della famiglia e dell'età evolutiva).

## Art. 2.2 - Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli Infortuni occorsi agli Assicurati dai quali derivi la Morte, o una Invalidità Permanente, o una Inabilità Temporanea, e/o esborsi per spese mediche, di cura e altre ad esse connesse, secondo quanto indicato nell'Art. 5 – "Categorie e capitali assicurati"

A titolo esemplificativo e non limitativo sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze tossiche;
- i morsi di animali o punture di insetti.
- contatto con corrosivi;
- l'annegamento;
- l'assideramento e/o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia, negligenza anche gravi;
- infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, frane, valanghe, slavine, smottamento, terremoto, maremoto, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico, compresa l'ernia, ma esclusi gli infarti;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;

Il coma irreversibile è equiparato a morte

Relativamente alla categoria Donatori di sangue, le garanzie sono inoltre valide ed efficaci nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dalle operazioni di prelievo (relative alle donazioni e/o connessi esami di controllo), in diretto nesso causale con esse purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute al donatore.

## Art. 2.3 - Efficacia della copertura assicurativa

Con riferimento all'Art. 2.1 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 all'Azienda Contraente), in occasione di missioni e/o per adempimento di servizio per conto e/o su incarico dell'Azienda stessa;

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 a visita ed esami di accertamento idoneità e/o 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 e 10.b**, 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, sono compresi gli infortuni subiti durante l'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale;
- k) dagli assicurati di cui al **punto 10.c, 10.d, 10.e e 10.f**, 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 gli infortuni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste ai sensi del vigente ACNL;
- l) 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;
- m) dagli assicurati di cui ai **punti 12 e 13**, 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
- n) dagli assicurati di cui al **punto 14**, mentre svolgono la loro attività, ovunque svolta (anche al di fuori dell'ambito delle strutture dell'Azienda), compresi i connessi spostamenti sul territorio, nonché il rischio in itinere.

- o) dagli assicurati di cui al **punto 15**, nell'ambito dell'area della famiglia e dell'età evolutiva, i volontari che svolgono l'attività di "genitori affidatari") per i quali si richiede la copertura assicurativa senza limiti temporali, come per i soggetti della categoria 8.

#### **Art. 2.4 – Morte**

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

#### **Art. 2.5 – Invalidità Permanente**

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n. 1124, (Settore Industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

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

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di Invalidità permanente.

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

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado pari o superiore al **66%** accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle condizioni del presente capitolato verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

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 di 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.

#### **Art. 2.6 – Inabilità Temporanea**

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate;

- con riduzione del 50%, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

salvo quanto eventualmente diversamente regolato dagli ACN di categoria.

L'indennità per inabilità temporanea che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta indennità viene corrisposta come segue:

- per gli assicurati di cui al **punto 7 - Donatori di sangue**, per un periodo massimo di 300 giorni;
- per gli assicurati di cui ai punti **10.a – Medici Specialisti Ambulatoriali - e 10.b – Psicologi, Biologi e Chimici**, per un periodo massimo di 300 giorni e con riduzione al 50% per i primi tre mesi;
- per gli assicurati di cui ai punti **10.c – medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, 10.d - medici del servizio di medicina dei servizi, 10.e - medici del servizio di emergenza sanitaria territoriale e 10.f - medici di assistenza penitenziaria** solo per il periodo di inabilità assoluta e per un periodo massimo di 300 giorni.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'art. 4.1 (Denuncia dei Sinistri - Obblighi dell'Assicurato) la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

#### **Art. 2.7 – Rimborso spese mediche da infortunio**

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà agli Assicurati, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato per tutte le Categorie assicurate, 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.

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

#### **Art. 2.8 – Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni**

L'assicurazione non è operante per gli eventi:

- verificatisi durante azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di parti-celle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Azienda;
- verificatisi in occasione di guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente Art. 2.2 - Oggetto dell'assicurazione;
- verificatisi in occasione di atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- verificatisi sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto

salvo se dietro prescrizione medica, o da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;

- f) subiti in conseguenza di partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) subiti alla guida di mezzi di locomozione aerei;
- i) subiti alla guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato (ad eccezione degli assicurati di cui al punto 6 dell'art. 2.1 - Soggetti assicurati).

### **Art. 2.9 – Cumulo di indennità**

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

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato

Oppure in mancanza,

- l'importo offerto oppure, se non vi è ancora stata l'offerta
- l'importo oggettivamente determinabile dalla Società con le modalità e nei termini stabiliti dalle "Norme che regolano l'Assicurazione in particolare". A tal fine, andrà fornita alla Società la documentazione attestante la stabilizzazione in vita dei postumi permanenti invalidanti, corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica e, in caso di ricovero, la cartella clinica.

Quanto sopra è applicabile anche nel caso in cui l'Assicurato deceda a causa dell'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, qualora la garanzia Morte non fosse prestata.

Al fine di individuare con certezza gli eredi, gli stessi dovranno fornire alla Società:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minore o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione, se necessaria, per la corretta identificazione degli aventi diritto.

### **Art. 2.10 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili**

Clausola non operante.

## Art. 3 – Condizioni particolari

### Art. 3.1 - 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 Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

### Art. 3.2 – Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

### Art. 3.3 – Ernie traumatiche e da sforzo

Clausola operante in base a quanto disposto all'Art. 2.2 - Oggetto dell'assicurazione

### Art. 3.4 – Danni estetici

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per la riduzione o eliminazione del danno, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, entro il limite di € 5.000,00 per sinistro.

### Art. 3.5 – Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dall'Art. 2 "Norme che regolano l'assicurazione in particolare", corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es: perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

### Art. 3.6 – Rischio guerra

La garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti dallo stato di guerra, (dichiarata o non dichiarata) per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

### Art. 3.7 – Esonero denuncia di infermità e difetti

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 2 "Norme che regolano l'assicurazione in particolare", si dà atto che il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal presente contratto.

### Art. 3.8 – Trasporto/rientro sanitario

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è

avvenuto l'infortunio, La Società rimborsa fino alla concorrenza di € **5.000,00** le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

### **Art. 3.9 – Trasporto salma**

Qualora il decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dello stesso, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di € **5.000,00** le spese sostenute per il trasporto/rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura.

### **Art. 3.10 – Rischio volo**

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei, effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su 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 € **10.000.000,00**; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Agli effetti della presente garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo e terminato nel momento in cui ne discende.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga delle condizioni di Assicurazione, 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).

### **Art. 3.11 – Limite di indennizzo cumulativo**

Resta convenuto tra le parti che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la stessa polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore ad € **30.000.000,00**.

Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

## Art. 4 – Norme che regolano la gestione sinistri

### Art. 4.1 – Obblighi del Contraente in caso di sinistro

Entro 30 giorni dal fatto o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente che gestisce il contratto ne è venuto a conoscenza deve essere fatta denuncia di ciascun sinistro per il tramite del Broker. La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome degli infortunati e degli eventuali testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

Il Contraente deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, la ulteriore documentazione del caso.

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 Raccomandata o posta elettronica alla Società.

### Art. 4.2 – Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, l'Assicurato e la Società, si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza/domicilio dell'Assicurato.

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

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

### Art. 4.3 – Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità e/o risarcimento dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta la notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia in valuta corrente.

Il pagamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla restituzione degli atti di liquidazione firmati.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una **Invalidità Permanente** di grado superiore al 20%, 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 dell'invalidità.

## Art. 5 – Categorie e capitali assicurati

N.	Assicurati	Capitali assicurati			
		Morte	Invalità Permanente	Inabilità Temporanea	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 o in uso alla Azienda	€ 250.000,00	€ 350.000,00	€ -	€ 5.000,00
3	i soggetti alla guida di veicoli propri per motivi di servizio	€ 250.000,00	€ 350.000,00	€ -	€ 5.000,00
4	a) i consulenti esterni medici	€ 517.000,00	€ 517.000,00	€ -	€ 5.000,00
4	b) i consulenti esterni laureati, non medici	€ 260.000,00	€ 260.000,00	€ -	€ 5.000,00
4	c) i consulenti esterni, non laureati	€ 200.000,00	€ 200.000,00	€ -	€ 5.000,00
5	i frequentatori per tirocinio, formazione, aggiornamento, ecc.	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ -	€ 5.000,00
6	i partecipanti ai corsi, comunità ecc.	€ 52.000,00	€ 105.000,00	€ -	€ 5.000,00
7	i donatori di sangue	€ 350.000,00	€ 350.000,00	€ 50,00	€ 5.000,00
8	i minori e 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
10	.a i medici specialisti ambulatoriali	€ 1.033.000,00	€ 1.033.000,00	€ 155,00	€ 5.000,00
10	.b gli psicologi, i biologi, i chimici	€ 1.033.000,00	€ 1.033.000,00	€ 155,00	€ 5.000,00
10	.c i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria	€ 775.000,00	€ 755.000,00	€ 52,00	€ 5.000,00
10	.d i medici del servizio di medicina dei servizi	€ 775.000,00	€ 755.000,00	€ 52,00	€ 5.000,00
10	.e i medici del servizio di emergenza sanitaria territoriale	€ 775.000,00	€ 755.000,00	€ 52,00	€ 5.000,00
10	.f i medici di assistenza penitenziaria	€ 775.000,00	€ 755.000,00	€ 52,00	€ 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 (medici e non medici) addetti al servizio di cont. assistenziale e emergenza sanitaria/118	€ 250.000,00	€ 350.000,00	€ -	€ 5.000,00
14	Volontari non aderenti ad associazioni (esclusi quelli di cui al punto 9)	€ 55.000,00	€ 55.000,00	€ -	€ 5.000,00
15	Volontari non aderenti ad associazioni (esclusi quelli di cui al punto 9 e 14)	€ 55.000,00	€ 55.000,00	€ -	€ 5.000,00

## Art. 6 – Scheda di conteggio del premio

(da riportare nella polizza di ciascuna Azienda secondo i rispettivi parametri)

N.	Assicurati	Descrizione parametro di riferimento	Parametro preventivo	Premio lordo unitario	Premio lordo per cat.
1	i Direttori	numero assicurati	00	€ 158,21	€ //
2	i soggetti alla guida di veicoli di proprietà o in uso alla Azienda	numero veicoli utilizzati	598	€ 29,32	€ 17.533,36
3	i soggetti alla guida di veicoli propri per motivi di servizio	numero chilometri percorsi	628.419 km	€ 0,01	€ 6.284,19
4 a)	i consulenti esterni medici	numero assicurati	17	€ 116,32	€ 1.977,44
4 b)	i consulenti esterni laureati, non medici	numero soggetti assicurati	00	€ 59,34	€ //
4 c)	i consulenti esterni, non laureati	numero assicurati	00	€ 46,04	€ //
5	i frequentatori per tirocinio, formazione, aggiornamento, ecc.	numero assicurati	24	€ 3,39	€ 81,36
6	i partecipanti ai corsi, comunità ecc.	numero assicurati	219	€ 1,63	€ 356,97
7	i donatori di sangue	numero donazioni	43.267	€ 0,2521	€ 10.907,61
8	i minori e altri soggetti affidati	numero assicurati	14	€ 1,95	€ 27,30
9	i volontari frequentatori	numero assicurati	20	€ 4,93	€ 98,60
10 .a	i medici specialisti ambulatoriali	numero ore	81.556	€ 0,316	€ 25.771,69
10 .b	gli psicologi, i biologi, i chimici	numero ore	14.119	€ 0,316	€ 4.461,60
10 .c	i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria	numero ore	169.533	€ 0,22	€ 37.297,26
10 .d	i medici del servizio di medicina dei servizi	numero ore	00	€ 0,22	€ //
10 .e	i medici del servizio di emergenza sanitaria territoriale	numero ore	00	€ 0,22	€ //
10 .f	i medici di assistenza penitenziaria	numero ore	00	€ 0,22	€ //
11	i dipendenti in consulenza presso altre strutture	numero assicurati	05	€ 75,39	€ 376,95
12	i dipendenti cassieri/riscuotitori	numero assicurati	00	€ 75,39	€ //
13	i dipendenti (medici e non medici) addetti al servizio di continuità assistenziale e emergenza sanitaria/118	numero assicurati	00	€ 75,39	€ //
14	Volontari non aderenti ad associazioni (esclusi quelli di cui al punto 9)	numero assicurati	00	€ 4,93	€ //
15	Volontari non aderenti ad associazioni (esclusi quelli di cui al punto 9 e 14)	numero assicurati	00	€ 4,93	€ //
<b>Totale premio annuo imponibile</b>				<b>€ 102.544,94</b>	
<b>Imposte (2,50%)</b>				<b>€ 2.629,35</b>	
<b>Premio annuo lordo</b>				<b>€ 105.174,30</b>	

## Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 1.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio;

Art. 1.3 – Variazioni del rischio

Art. 1.4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali;

Art. 1.5 – Clausola di recesso;

Art. 1.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro;

Art. 1.8 - Durata del contratto;

Art. 1.10 - Foro competente;

Art. 1.12 – Coassicurazione e delega;

Art 1.14 - Assicurazione presso diversi assicuratori;

Art. 1.16 – Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio;

Art. 1.25 – Limitazione ed esclusione embarghi e sanzioni – SANCTIONS CLAUSE

Data

*Sottoscrizione digitale*