

AOU FEDERICO II

**II LOTTO
CIG 6248178F95**

INFORTUNI CATEGORIE DIVERSE

AOU FEDERICO II

80131 NAPOLI VIA PANSINI N. 5

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

ASSICURAZIONE:

Il contratto di assicurazione;

ASSICURATO:

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, cioè: tutti i Dipendenti e non dipendenti, come meglio individuati nelle varie sezioni di polizza, quando agiscono nell'ambito o per conto dell'Ente che stipula la polizza;

CONTRAENTE:

A.O.U. Federico II Napoli - Via S.Pansini ,5 80131 NAPOLI

FRANCHIGIA:

Importo prestabilito che per ogni sinistro viene dedotto dall'indennizzo e che rimane a carico dell'Assicurato

INDENNIZZO:

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

INFORTUNIO:

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente

constatabili: **INFORTUNIO PROFESSIONALE:**

Infortunio verificatosi durante lo svolgimento delle occupazioni professionali principali ed accessorie dichiarate;

INVALIDITÀ' PERMANENTE DA INFORTUNIO:

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta;

INABILITA' TEMPORANEA:

Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali svolte;

POLIZZA:

Il documento che prova il contratto d'assicurazione;

PREMIO:

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia;

RISCHIO IN ITINERE:

la garanzia prestata per gli infortuni subiti dagli assicurati durante il tragitto da casa (o dal luogo in cui trovasi) al posto di lavoro e viceversa, nonché quelli subiti per servizio durante il tragitto per recarsi sul luogo di lavoro (attraverso un percorso compatibile per raggiungere il luogo stesso), sia a piedi sia mediante qualsiasi mezzo di trasporto pubblico e/o privato, sono compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o scendere dai veicoli usati.

RISCHIO:

La probabilità che si verifichi il sinistro;

SCOPERTO:

Percentuale prestabilita dell'indennizzo che per ogni sinistro resta a carico dell'Assicurato

SINISTRO:

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

SOCIETA'/IMPRESA/COMPAGNIA:

L'Impresa assicuratrice

CONDIZIONI GENERALI DI

ASSICURAZIONE Art. 1 - PROVA DEL CONTRATTO

La polizza 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 dell'Impresa che concede la copertura assicurativa.

Art. 2 - DURATA DEL CONTRATTO

L'assicurazione ha durata di anni tre, con effetto dalle ore 24:00 dele scadenza alle ore 24:00 del/2017.

Tuttavia è facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la prosecuzione contrattuale della presente assicurazione fino ad un periodo massimo di 1 anno e fino al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione .

La Società si impegna a fornire prosecuzione contrattuale per il periodo massimo suddetto alla condizioni normative ed economiche in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 30 giorni dall'inizio della prosecuzione contrattuale.

Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione decorre con copertura immediata dalle ore 24.00 del giorno indicato al precedente art. 2. Sarà obbligo della Compagnia fornire il relativo documento di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione di avvenuta aggiudicazione.

A parziale deroga dell'Art. 1901 del Codice Civile il Contraente è tenuto al pagamento della rata di premio entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, altrimenti la garanzia si interrompe alle

ore 24:00 del trentesimo giorno dalla decorrenza stessa e verrà riattivata dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società a mezzo telefax o e mail.

Sezione A

Infortuni dei donatori di sangue presso tutti i P.P.O.O. della Contraente, nonché presso i centri di raccolta mobili e fissi.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria FEDERICO II è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia dei donatori. Per l'identificazione dei donatori e per il computo del premio faranno fede gli atti amministrativi o altri documenti equipollenti tenuti dall'Azienda Contraente.

Sezione B

La garanzia è riferita agli infortuni subiti dai Volontari durante l'attività di volontariato presso tutte le strutture della Contraente.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II. è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle persone da assicurare ed alla preventiva identificazione. Per l'identificazione di tali elementi e per il computo del premio faranno fede gli atti amministrativi o altri documenti equipollenti tenuti dalla Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

Sezione C

Infortuni delle Persone non dipendenti che prestano servizio a qualsiasi titolo per il Contraente.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle Persone non dipendenti che prestano servizio per il Contraente. Per l'identificazione degli stessi e per il computo del premio faranno fede gli atti amministrativi o altri documenti equipollenti tenuti dalla Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

Sezione D

Infortuni dei Medici e Paramedici, non dipendenti, che hanno stipulato convenzione con il Contraente.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia dei medici e paramedici convenzionati. Per l'identificazione dei medici e per il computo del premio faranno fede gli atti amministrativi o altri documenti equipollenti tenuti dalla Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

Sezione E

Infortuni dei Medici Specialisti ambulatoriali.

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che i medici specialisti ambulatoriali subiscono durante il proprio servizio con l'estensione al rischio in itinere.

Relativamente a tutte le Sezioni assicurate, il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate, per l'identificazione delle quali e per il computo del premio faranno fede gli atti amministrativi o altri documenti equipollenti tenuti dalla Azienda contraente. Eventuali variazioni in corso di contratto avranno automaticamente validità agli effetti della garanzia senza obbligo di comunicazione da parte del Contraente: di tali variazioni si terrà conto in sede di regolazione premio ai sensi dell'art. 5 del presente capitolato. Per dette variazioni e per il computo del premio faranno fede, i registri, gli atti amministrativi o altri documenti equipollenti tenuti dal Contraente.

Tutti i registri o altri documenti equipollenti di cui alle precedenti Sezioni dovranno essere tenuti dall'Azienda Contraente costantemente aggiornati.

In caso di sinistro o ai fini della regolazione del premio di cui all'Art. 5, la Compagnia aggiudicataria della presente polizza di assicurazione potrà richiedere di effettuare accertamenti e controlli sui registri suddetti, previa richiesta scritta da inviare alla Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, la quale si impegna a fornire in visione tutti i registri suddetti nel più breve tempo possibile, compatibilmente con le esigenze istituzionali dell'Ente stesso.

Art. 5 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio anticipato annuale della polizza è fissato in relazione ai seguenti parametri provvisori:

Sezione A

Infortuni dei donatori di sangue presso i P.P.O.O. della Contraente, nonché presso i centri di raccolta mobile e fissi.

Si presumono nel periodo assicurativo circa 1.500 donazioni annue.

Sezione B

Infortuni dei Volontari che esplicano servizio presso tutte le pertinenze della Contraente

Il numero dei volontari per il periodo assicurativo è pari a 113.

Sezione C

Infortuni delle Persone non dipendenti che prestano servizio a qualsiasi titolo per il Contraente.

Il numero delle persone non dipendenti che prestano servizio a qualunque titolo per il Contraente è pari a 194.

Sezione D

Infortuni dei Medici e Paramedici non dipendenti, che hanno stipulato convenzione con il Contraente. Il numero dei Medici e Paramedici Convenzionati è complessivamente uguale a n. 114 unità.

Sezione E

Infortuni dei medici Specialisti ambulatoriali.

Il numero dei medici specialisti ambulatoriali è uguale a n. 114 unità.

Alla fine di ciascuna annualità di polizza, entro il termine di 90 giorni, il Contraente comunicherà alla Società assicuratrice i dati per singole sezioni, al fine di procedere alla regolazione del premio.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 60 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Compagnia.

Se nel termine di scadenza di cui sopra l'Assicurato non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la garanzia non viene sospesa, ma resta in vigore solo per la somma che si ottiene dal rapporto che esiste tra il premio pagato e la somma che l'Assicurato avrebbe dovuto pagare.

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

Art. 6 - VALIDITÀ' ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione deFrischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Art. 7 - VARIAZIONI DI RISCHIO

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio é ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato.

L'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva. Resta inteso che l'Assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 8 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per i sinistri che avvengono nei Paesi dell'U.E..

Art. 9 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

Art. 10 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e/o l'Assicurato è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata, telex, fax o altro mezzo idoneo, indirizzate alla Società oppure all'Agenzia preposta. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 11 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

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

Art. 12 - RECESSO DAL CONTRATTO

È comunque in facoltà di ognuna delle parti, recedere dal contratto alla fine di ogni periodo assicurativo annuo con preavviso di 90 gg., da comunicare all'altra parte a mezzo lettera raccomandata a.r.

ART. 13 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto della copertura, ciascuna delle Parti avrà diritto di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni. In tal caso la Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa, al netto delle imposte, la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Art. 14 - ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente.

Art. 15 - FORO COMPETENTE

In caso di controversia giudiziale il Foro competente è quello del luogo ove ha sede il Contraente.

Art. 16 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le vigenti norme di Legge.

Art. 17 - RIPARTIZIONE DELL'ASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita tra le Imprese Assicuratrici elencate nell'eventuale «Riparto di polizza» nella percentuale (quota) indicata accanto a ciascuna delle stesse.

Pertanto, nel testo del presente capitolato, con il termine «Compagnia» si intende indicare tutte e ciascuna delle Imprese Assicuratrici predette.

Ciascuna «Compagnia» è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, esclusa ogni responsabilità solidale.

Art. 18 CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

L'Azienda si riserva, a suo insindacabile giudizio, di disdettare la presente polizza a far data dalla scadenza naturale per convenzioni poste in essere da SO.RE.SA ove le stesse siano connotate da condizioni economico /normative maggiormente convenienti per l'Ente.

Art. 19 - OBBLIGO DI FORNIRE I DATI DELL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, con periodicità annuale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso: •

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società di data di accadimento del sinistro denunciato dal terzo reclamante, indicazione del nominativo del terzo reclamante, data della eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 20 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In assenza di accordo fra le parti, le clausole del contratto s'interpretano in maniera più favorevole al Contraente e/o Assicurato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN PARTICOLARE INFORTUNI CUMULATIVA

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

Art. 21 - DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Art. 22 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni anche:

- annegamento;
- folgorazione;

- colpi di sole, di calore e di freddo effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- congelamento o assideramento;
- asfissia, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti, intossicazioni e lesioni derivanti da ingestione di sostanze;
- conseguenze delle punture di insetti o di aracnidi e morsi di animali.

Sono altresì inclusi gli infortuni derivanti da:

- inondazioni, alluvioni, allagamenti;
- caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici e altre forze della natura;
- scioperi, tumulti popolari, sommosse, aggressioni e violenze, atti vandalici e dolosi, semprechè originati da terzi;
- danni estetici conseguenti ad infortunio;
- stato di malore o di incoscienza;
- imprudenza, negligenza o colpa grave dell'Assicurato stesso.
- le ernie addominali da sforzo e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- l'infarto insorto a seguito di infortunio sul lavoro.

Art. 23 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi: **per persona:**

- EURO 1.032.913,80 per il caso di Morte
- EURO 1.032.913,80 per il caso di Invalidità Permanente **per aeromobile:**
- EURO 5.164.570,00 per il caso di Morte
- EURO 5.164.570,00 per il caso di invalidità Permanente

Nei casi di eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell' aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Art. 24 - ESCLUSIONI

Sono esclusi gli infortuni derivanti:

- a) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- b) da operazione chirurgiche, accertamento o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- c) da dolo dell'Assicurato;
- d) da guerre o insurrezioni;
- e) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) da stato di ubriachezza alla guida dei veicoli;

Art 25 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, alcoolismo e tossicodipendenza.

L'assicurazione cessa col manifestarsi di una delle predette alterazioni patologiche, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso vengono restituiti al Contraente.

Art. 26 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Sezione A

Infortunati dei donatori di sangue presso tutti i P.P.O.O. della Contraente, nonché presso i centri di raccolta mobile e fissi. -

Si assicura ogni e qualunque evento dannoso e pericoloso per la vita o la salute del donatore (infezioni in genere, flebiti, paraflebiti, ematomi, embolie, ecc.) a causa del prelievo o della trasfusione derivante sia dal sangue o suoi derivati e da ogni presidio sanitario utilizzato, nonché dalle operazioni effettuate dal personale qualificato dipendente dalla Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II e da ogni e qualsiasi fatto connesso, che provochi la morte, l'invalidità permanente o l'invalidità temporanea assoluta. L'assicurazione deve essere prestata anche per eventuali infortuni verificatisi in itinere a prescindere dall'itinerario a donatori e datori a seguito di espresso invito al centro trasfusionale da parte di associazioni o sezioni o su diretta chiamata del centro è valida per il giorno del prelievo, durante il tempo necessario per il trasferimento con tutti i mezzi di locomozione terrestri o per via di acqua, pubblici o privati, questi ultimi anche se guidati dall'assicurato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro alla località in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa, salvo per i donatori occasionali non iscritti, per i quali la copertura dei rischi di trasferimento è limitata agli infortuni verificatisi successivamente alla donazione. La Compagnia rinuncia espressamente al diritto di surroga verso i responsabili dipendenti dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

Sezione B

La garanzia è riferita agli infortuni subiti dai Volontari durante l'attività di volontariato svolta presso le sedi e pertinenze tutte della Contraente e/o alle persone fisiche autorizzate dalla Contraente alla frequenza per motivazioni di apprendimento, perfezionamento professionale o altro delle Strutture della Contraente.

Per la loro identificazione si farà riferimento in caso di Volontari all'apposito registro tenuto dall'Associazione di Volontariato nel rispetto di quanto previsto dalla Legge Quadro n. 266 dell'1.08.1991 e relativo D.M. del 14.02.1992.

Tra le attività di volontariato rientrano, tra gli altri, anche i seguenti servizi:

- accompagnamento in auto al domicilio di pazienti dimessi dalle Strutture della Contraente;
- accompagnamento di pazienti dal loro domicilio alle Strutture della Contraente per terapie ambulatoriali;
- accompagnamento di Pazienti dimessi presso Istituti di Riabilitazione in genere fuori dalle Strutture della Contraente.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali la Contraente è tenuta ad esibire, in qualsiasi momento, l'elenco dei Volontari che hanno accesso alle Strutture tutte della Contraente stessa.

Per quanto attiene alle altre figure sopraindicate si farà riferimento a registri e/o ogni documentazione autorizzativa specificamente emessa dalla Contraente.

Sezione C

Infortunati delle Persone non dipendenti che prestano servizio a qualsiasi titolo per il Contraente.

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che le persone, non dipendenti del Contraente, subiscono durante l'espletamento del servizio relativo al loro incarico o missione.

La garanzia è prestata per tutto il periodo indicato nell'incarico o missione, con estensione al rischio in itinere. A titolo esemplificativo e non limitativo fanno parte della presente sezione anche:

Revisori dei Conti, Componenti Organo di indirizzo, Medici ad eccezione di quelli assicurati nella SEZIONE D), componenti commissioni concorsi, religiosi, tirocinanti, stagisti etc.

Sezione D

Infortuni dei Medici e Paramedici, non dipendenti, che hanno stipulato convenzione con il Contraente. L'assicurazione è prestata per gli infortuni che i medici e i paramedici convenzionati subiscono durante il proprio servizio con l'estensione al rischio in itinere.

Sezione E

Infortuni dei Medici Specialisti ambulatoriali.

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che i medici specialisti ambulatoriali subiscono durante il proprio servizio con l'estensione al rischio in itinere.

Art. 27 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze dirette ed accertate dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 28 - MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Art. 29 - INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali di cui alla tabella delle percentuali di invalidità permanente allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 e successive modificazioni o integrazioni intervenute fino alla data dell'evento dannoso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. La suddetta garanzia prevede una franchigia relativa del 5% che si annulla dopo il 25% di invalidità.

Art. 30 - INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza un'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 fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

Art. 31 - RIMBORSO SPESE SANITARIE (Spese Mediche)

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico legali;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di cura od all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;

- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari. Non sono soggette a rimborso le spese effettuate per applicazioni di carattere estetico, per cure odontoiatriche e per protesi dentarie, che non siano state sostenute in conseguenza diretta di un infortunio indennizzabile ai termini di polizza.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte, ricevute, debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 32 - CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per l'invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dall'infortunio, ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra indennizzo per morte se superiore a quello già pagato per invalidità permanente.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 33 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso scritto alla Società' alla quale è assegnata la polizza, entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente stesso ne sia venuto a conoscenza. La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno ora e causa dell'evento e sarà corredata di certificato medico.

Il decorso delle lesioni sarà documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 34 - CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado o durata dell'inabilità temporanea e sulla loro entità, le parti, ovvero l'assicurato e l'assicuratore, si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici.

Il Collegio medico risiede presso la sede del Contraente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale. La decisione ha valore liberatorio da qualsiasi residua obbligazione anche nei confronti del Contraente.

Art. 35 - SOMME ASSICURATE

Le indennità garantite per ciascun Assicurato, dovranno essere pari a:

Sezione A) Donatori

EURO 260.000,00 per morte;

EURO 260.000,00 per invalidità permanente

Rimborso spese di cura da infortunio € 5.164,57;

Sezione B) Volontari ed assimilati

EURO 260.000,00 per morte; EURO 260.000,00 per invalidità permanente EURO 5.164,57 per rimborso spese sanitarie EURO 52,00 per inabilità temporanea assoluta con massimo di 300 giorni l'anno

Sezione C) Persone non dipendenti prestanti servizio a qualunque titolo per il Contraente

EURO 260.000,00 per morte;
EURO 260.000,00 per invalidità permanente;
EURO 5.164,57 per rimborso spese sanitarie.
EURO 52,00 per inabilità temporanea assoluta, con massimo di 300 giorni Fanno.

Sezione D) Medici e Paramedici Convenzionati

EURO 517.000,00 per morte;
EURO 517.000,00 per invalidità permanente;
EURO 5.164,57 per rimborso spese di cura;

Sezione E) Medici Specialisti Ambulatoriali

EURO 1.033.000,00 per morte;
EURO 1.033.000,00 per invalidità permanente;

EURO 155,00 giornaliera per inabilità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni

l'anno.

Art. 36 - LIMITE DI INDENNIZZO

La Società non sarà obbligata al risarcimento di somma superiore ad € 5.000.000,00 per Categoria e per sinistro qualunque sia il numero degli Assicurati Infortunati.

Art. 37 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società Assicuratrice a deroga di quanto disposto dell'articolo 1916 Codice Civile, rinuncia al diritto di surroga nei confronti dei responsabili degli eventi.

Art. 38 - Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker I.G.B. Srl – Insurance Gold Brokers Srl –(di seguito denominato “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 e 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. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il Contraente ai sensi dell'art.1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 D.Lgs 209/2005 e con gli effetti per il 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 il 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 veramento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. Pagamento del premio”.
- Che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati e/o prorogati i contratti nella misura corrispondente alla percentuale stabilita dal contratto di affidamento di brokeraggio vigente al momento del pagamento del premio. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente e abdrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione;
- Che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- Che il Broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art.112, comma3 del D.Lgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scitta dalla/e Soicetà in qualunque momento dei rapporto.

L'Impresa

Il Contraente

CLAUSOLE VESSATORIE

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il Contraente sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 2) - Durata del contratto.
- Art. 3) - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art. 4) - Gestione della polizza
- Art. 5) - Regolazione del premio
- Art. 7) - Variazione del rischio
- Art. 8) - Limiti territoriali
- Art. 9) - Esonero denuncia altre assicurazioni
- Art. 15) - Foro competente
- Art. 17) - Ripartizione dell'assicurazione e delega
- Art.20) - Interpretazione del contratto

L' Impresa
Contraente

II

MODULO OFFERTA

(In carta legale o resa legale)

ALLEGATO B) AL CAPITOLATO RELATIVO ALLA STIPULA DELLA POLIZZA PER LA COPERTURA ASSICURATIVA “ INFORTUNI”.

Il/I sottoscritto/i legale/i rappresentante/i della/e Società Assicuratrice, così come meglio specificato nel capitolato al quale si rimanda quale parte integrante della presente offerta economica, propone/propongono la seguente offerta economica in base ai dati di seguito riepilogati:

Durata contrattuale: 36 mesi.

Sezione A

Infortunati dei donatori di sangue presso i P.P.O.O. della Contraente, nonché presso i centri di raccolta mobile e fissi. **1.500 donazioni annue.**

Sezione B

Infortunati dei Volontari che esplicano servizio presso tutte le pertinenze della Contraente, numero dei volontari per il periodo assicurativo è pari a **113**.

Sezione C

Infortunati delle Persone non dipendenti che prestano servizio a qualsiasi titolo per il Contraente. il numero delle persone non dipendenti è pari a **194**.

Sezione D

Infortunati dei Medici e Paramedici non dipendenti, che hanno stipulato convenzione con il Contraente.

Il numero dei Medici e Paramedici Convenzionati è di n. **114 unità**.

Sezione E

Infortunati dei medici Specialisti ambulatoriali. **n. 114 unità**.

Premio annuo lordo, comprensivo di imposte e tasse e ogni altro onere:

€ _____ (Euro _____/00)

In caso di coassicurazione/RTI:

Compagnia Delegataria/Capogruppo		Quota ____% di partecipazione
Compagnia coassicuratrice/mandante		Quota ____% di partecipazione
Compagnia coassicuratrice/mandante		Quota ____% di partecipazione
Compagnia coassicuratrice/mandante		Quota ____% di partecipazione
Compagnia coassicuratrice/mandante		Quota ____% di partecipazione

Data _____

La Società Assicuratrice
(firma del Legale Rappresentante
o del Procuratore titolare del potere di firma)

* La firma dovrà essere corredata da fotocopia di documento d'identità in corso di validità.

N.B. In caso di Coassicurazione o RTI l'offerta deve essere sottoscritta da tutte le imprese coassicuratrici o facenti parte del raggruppamento come da Allegato A.