LOTTO 2

COPERTURA ASSICURATIVA
INFORTUNI
DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI

CIG 586834684F

Tra:

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

con sede in :

e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: _____

si stipula la presente:

POLIZZA INFORTUNI Numero ……

Contraente :	
Assicurato:	Come da condizioni di polizza
Sede Legale :	
Broker :	l'Ati Marsh SpA (mandataria), Willis SpA (mandante) e Uniconsult Srl (mandante)
Decorrenza della copertura :	Ore 24:00 del 28/10/2014
Scadenza della copertura :	Ore 24:00 del 31/12/2017
Scadenze annuali:	Ore 24:00 del 31 dicembre di ogni anno
Frazionamento:	annuale
Tacito rinnovo (SI/NO - indicare):	NO

SEZIONE I - DEFINIZIONI 4
SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 6
Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto 6
Art. 2: Gestione del contratto 6
Art. 3: Riferimento alle norme di legge - Foro competente 7
Art. 4: Rinuncia al diritto di surroga 7
Art. 5: Facoltà di recesso 7
Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto 7
Art. 8: Trattamento dei dati 8
SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE 9
Art. 1: Soggetti assicurati 9
Art. 2: Oggetto dell'assicurazione 9
Art. 3: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali 10
Art. 4: Estensioni della copertura 11
Art. 5: Liquidazione del danno - Detrazioni 12
Art. 6: Modalità per la liquidazione dell'indennità 14
Art. 7: Esclusioni 14
Art. 8: Controversie sulla definizione del danno 15
Art. 9: Denuncia dei sinistri – Impegni della Società 15
Art. 10: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede 16
Art. 11: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese 17
Art. 12: Assicurazione per conto altrui 18
Art. 13: Altre assicurazioni - Detrazioni 18
CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA – DATI UNITARI 19
CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA – DATI COMPLESSIVI 22

_____

SEZIONE I - DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Contraente o Azienda: ciascuna Azienda USL o Azienda Ospedaliera aderente alla Unione di Acquisto, di seguito denominate anche Azienda aderente o Azienda;

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

Attività della Azienda: 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/o collegate, preliminari e/o conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture, e/o svolgendo attività anche a favore di utenti di strutture di terzi;

Società: la Compagnia assicuratrice;

Broker: l'Ati Marsh SpA (mandataria), Willis SpA (mandante) e Uniconsult Srl (mandante);

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regolamenta la assicurazione;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto

Per ogni Azienda, verrà emesso apposita Polizza avente le medesime condizioni normative ed economiche del presente Capitolato.

Ciascuna Polizza riporterà, per ciascuna Azienda, i corrispondenti valori / massimali / capitali, la data di decorrenza e scadenza della garanzia, nonché l'importo della quota di premio alla firma e rate successive di sua spettanza, e verrà sottoscritto dalla Azienda.

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

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

Inoltre è facoltà delle Aziende assicurate notificare alla Società, entro 30 giorni dalla scadenza finale della polizza, o della sua scadenza annuale in caso recesso anticipato ai sensi del capoverso che precede, la richiesta di prosecuzione della stessa alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione. Tale prosecuzione deve essere esercitata da tutte le Aziende assicurate.

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

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione del contratto, ovvero la collaborazione alla gestione dello stesso, è affidata al broker di assicurazione.
Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Azienda e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker è liberatorio per l'Azienda, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui il broker ha comunicato alla Società l'avvenuto incasso.
Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta / recesso del contratto stesso, che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata AR).

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

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui regolato.
Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede l'Azienda.

Art. 4: Rinuncia al diritto di surroga

Le prestazioni del contratto sono efficaci anche qualora il sinistro sia causato da comportamenti colposi dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1900 C.C.. La Società rinuncia al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C., salvo il caso di dolo, nei confronti del Contraente e dell'Assicurato.

Art. 5: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 30' giorno dalla sua denuncia, la Società può recedere dal contratto previa comunicazione da inviarsi all'Azienda a cui il sinistro si riferisce e per conoscenza a tutte le Aziende assicurate a mezzo lettera raccomandata A.R., fermo restando che detto recesso/disdetta avrà efficacia nei confronti di tutte le Aziende assicurate.

In tale caso le coperture assicurative rimarranno efficaci per ulteriori 90 (novanta) giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso.

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà i ratei di premio per i periodi non fruiti, al netto delle imposte.

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

Qualunque atto della Società, compresa la riscossione del premio o rateo di premio venuto a scadenza dopo la denuncia del sinistro, non potrà essere interpretato come sua rinuncia a valersi della facoltà di recesso.

Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

È data facoltà al Contraente di effettuare il pagamento della prima rata di premio, entro i 60 giorni successivi alla data di decorrenza del contratto.

È data inoltre facoltà al Contraente di effettuare il pagamento del premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza, e di eventuali variazioni contrattuali onerose, entro 60 giorni dalla data di ricezione delle appendici.

Se il Contraente non paga i premi, o le rate di premio, successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scade nza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

Art. 7: Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .
I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati a operare su tali conti correnti.
Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata – tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.
Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 8: Trattamento dei dati

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

_____

SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1: Soggetti assicurati

Si intendono assicurati dalla presente tutti i soggetti rientranti nei gruppi di seguito elencati, richiamati nell'allegata scheda di conteggio del premio, anche se il parametro di riferimento riportato nell'apposita colonna di ciascuna Scheda riferita ad ogni Azienda Contraente è pari a zero.

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 della Azienda) 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 della Azienda) autorizzati dalla stessa a vario titolo, alla guida di veicoli privati (a motore e non) per ragioni di servizio;
4. i consulenti e il personale di altre Aziende Sanitarie che svolgono la propria attività in virtù di convenzioni tra la Azienda e gli Enti a cui essi afferiscono, operanti presso la Azienda;
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 o strutture apposite, 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:
    - 10.1. i medici specialisti ambulatoriali
    - 10.2. i medici addetti al servizio di continuità assistenziale – emergenza territoriale
    - 10.3. i medici della medicina dei servizi
    - 10.4. gli psicologi, i biologi, i chimici;
11. i dipendenti della Azienda in trasferta per il servizio di espianto di organi o per altre similari attività sanitarie;
12. i dipendenti in consulenza fuori orario di lavoro presso altre Aziende convenzionate.

Art. 2: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale, o una inabilità temporanea, e/o esborsi per spese mediche, di cura e altre ad esse connesse, secondo quanto indicato nelle Schede di Conteggio "Gruppi di Rischio – Capitali assicurati".

Art. 3: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

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

a) dagli assicurati di cui al punto **1**, 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 all'Azienda.
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, per ragioni di servizio e/o svolgimento di attività per conto e/o a favore dell'Azienda stessa e da essa autorizzate.
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 la Azienda, compresi i trasferimenti per, da e tra le strutture della Azienda stessa;

e) dagli assicurati di cui al punto **5**, in occasione della frequentazione della Azienda e partecipazione alle attività della stessa, qualora l'evento non rientri nella copertura assicurativa di cui alle lett. b) e c) che precedono;

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 e/o con riferimento alle operazioni di prelievo (relative alla donazione e/o connessi ad esami di controllo), sia che questo avvenga in centri fissi di raccolta, interni od esterni alla Azienda, sia che avvenga in centri mobili. L'assicurazione si intende estesa anche alle donazioni praticate al di fuori dell'ambito territoriale dell'Azienda.
Le garanzie sono inoltre valide ed efficaci nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche sia immediate che verificatesi entro 90 giorni dalle operazioni di prelievo (relative alla donazione e/o connessi ad esami di controllo), in diretto nesso causale con esse purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute al donatore.
L'assicurazione è operante anche per i rischi in itinere e cioè durante il tempo necessario per il trasferimento, con l'uso di qualsiasi mezzo di locomozione (escluso quello aereo) pubblico o privato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro o struttura della Azienda al punto in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa, per i donatori appartenenti ad Associazioni convenzionate, ovvero dal punto di effettuazione del prelievo alla propria abitazione o luogo di lavoro, per i donatori occasionali;

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 dell'Azienda;

j) dagli assicurati di cui al punto **10**, a causa e in occasione dell'attività professionale prestata, compresi gli infortuni subiti in occasione dell'accesso da e per la sede di servizio se esso è prestato in Comune diverso da quello di residenza e gli eventuali trasferimenti tra le diverse strutture della Azienda, nonché in occasione dello svolgimento di attività intramoenia e/o esterna ai sensi del vigente ACNL;

k) dagli assicurati di cui al punto **11**, durante l'intero periodo della trasferta compresi quindi i trasferimenti e gli eventuali infortuni occorsi in attività diverse da quelle professionali durante il tempo libero tra l'inizio del viaggio, trasferimento o missione e il rientro presso la sede di lavoro o la propria abitazione;

l) dagli assicurati di cui al punto **12**, mentre svolgono la loro opera nell'ambito delle strutture convenzionate, compresi i trasferimenti;

Art. 4: Estensioni della copertura

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

◊ imprudenze e negligenze anche gravi
◊ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
◊ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti qualunque ne sia il movente purché avvenuti sul territorio italiano, compresi Citta del Vaticano e S.Marino.
◊ calamità naturali; solo per il punto in parola, nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 10.000.000,00 (diecimilioni/00) per anno assicurativo e per singola Azienda. Le parti convengono inoltre che per tutte le polizze Infortuni stipulate tra le Aziende e la Società, il limite massimo di indennizzo riferito alla presente garanzia non potrà essere superiore ad euro 20.000.000,00 (ventimilioni/00) per ciascuna annualità assicurativa. Superando detti limiti, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.
◊ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra,

nonché:

◊ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
◊ l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive
◊ il contatto con corrosivi
◊ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
◊ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
◊ le influenze termiche e atmosferiche

◊ i morsi di animali o punture di insetti.

Art. 5: Liquidazione del danno – Detrazioni – Limiti

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

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

2. Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche.
   La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.
   Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.
   La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
   Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.
   Per la singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.
   L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
   Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.
   In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

   La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. Pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come

_____

pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

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

3. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una inabilità temporanea, la indennità giornaliera sarà erogata – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtu' di altre garanzie previste dalla polizza – a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione, con riduzione al 50% per il periodo durante il quale la inabilità è stata parziale.
   Resta inteso che per le categorie di seguito indicate la indennità verrà conteggiata come segue:
   - ◊ per gli assicurati di cui al punto 6) Donatori di sangue, per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'evento regolarmente denunciato;
   - ◊ per gli assicurati di cui ai punti 10.1) Medici specialisti ambulatoriali e 10.4) Psicologi, biologi e chimici, per un periodo massimo di 300 giorni con decorrenza dalla data di inizio della inabilità e con riduzione al 50% per i primi tre mesi;
   - ◊ per gli assicurati di cui al punti 10.2) e 10.3), solo per il periodo di inabilità assoluta e per un periodo massimo di 300 giorni per anno solare con decorrenza dalla data di inizio della inabilità;

4. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso alla voce Capitali Assicurati di cui alla Tabella per il conteggio del premio, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
   - ◊ spese di ricovero, rette di degenza,
   - ◊ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
   - ◊ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
   - ◊ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
   - ◊ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
   - ◊ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
   - ◊ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

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

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

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

5. Si conviene inoltre che:
   - ◊ in caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri, nonché durante le attività di emergenza sanitaria- trasporto sanitario - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile l'importo di euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00); superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte;
   - ◊ con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto dall'art. "Estensioni di copertura" relativamente alla efficacia della stessa relativamente agli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa è efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

Per ciascuna Azienda, in caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati a causa del medesimo evento il limite massimo di indennizzo a carico della Società non potrà essere superiore a euro 20.000.000,00 (ventimilioni/00). Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.
In nessun caso la Società sarà tenuta a pagare per singolo sinistro, e per il Complesso delle Aziende Assicurate importo superiore ad € 50.000.000,00 (cinquantamilioni/00)

Art. 6: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.
La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 4. dell'art. "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

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

Art. 7: Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:
- ◊ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- ◊ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici oggetto di attività della Azienda;
- ◊ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. "Estensioni della copertura";

_____

◊ atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
◊ abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
◊ partecipazione a imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
◊ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
◊ guida di mezzi di locomozione aerei;
◊ guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato.

Art. 8: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.
Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Azienda. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Azienda.
I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.
La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 9: Denuncia dei sinistri – Impegni della Società

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Azienda, per il tramite del broker, entro trenta giorni dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne abbia avuto documentata e formale conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata dalle certificazioni mediche e ogni ulteriore documentazione necessaria.
L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.
Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.
Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società.

La Società fornirà semestralmente al Contraente un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:
- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le sole iniziali dell'infortunato
- lo stato del sinistro
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato

- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

È facoltà dell'Amministrazione e delle Aziende richiedere ed obbligo della Società fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora esse lo richiedano.

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

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla voce "parametri di riferimento" nella scheda di conteggio del premio.
Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

Ciascuna Azienda fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute per ciascun gruppo assicurato, compresi quelli riferiti ai gruppi per i quali il numero riportato alla data di decorrenza del contratto o all'inizio di ogni annualità sia pari a zero.
Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Azienda inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati.
A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa; si intendono pertanto operanti anche le garanzie riferite ai gruppi per i quali il parametro iniziale sia pari a zero.

Per "parametri di riferimento" si intende:
a) per gli assicurati sub punto 1 dell'art. 7, 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 kilometri percorsi;
d) per gli assicurati sub punto 4, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
e) per gli assicurati sub punto 5, il numero complessivo dei soggetti frequentanti;
f) per gli assicurati sub punto 6, il numero complessivo dei soggetti partecipanti;
g) per gli assicurati sub punto 7, il numero complessivo delle donazioni effettuate;
h) per gli assicurati sub punto 8, il numero complessivo dei minori e altri soggetti;
i) per gli assicurati sub punto 9, il numero complessivo dei soggetti volontari;
j) per gli assicurati sub punti 10, il numero complessivo dei soggetti assicurati per ogni categoria;
k) per gli assicurati sub punto 11, il numero complessivo delle giornate di trasferta
l) per gli assicurati sub punto 12, il numero complessivo dei soggetti assicurati;

La Azienda è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.
Altrettanto, la Azienda e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

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

Art. 11: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

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

⇒ Compagnia … Società mandataria
⇒ Compagnia … Società mandante
⇒ Compagnia … Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.
La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

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

⇒ Compagnia … Quota xx%
⇒ Compagnia … Quota xx%
⇒ Compagnia … Quota xx%

Art. 12: Partecipazione delle Società – Coassicurazione

(operante se del caso)

L'assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate.
Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici elencate nel "Riparto".
Ciascuna Società è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, esclusa ogni responsabilità solidale.
Le Compagnie coassicuratrici riconosceranno come validi ed efficaci anche nei propri confronti, tutti gli atti compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune.
Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia Coassicuratrice Delegataria e del Contraente.
Ogni comunicazione data o ricevuta dalla Delegataria si intende data o ricevuta nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.
I premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker che li rimetterà unicamente alla Compagnia Delegataria per conto di tutte le Coassicuratrici.
Con la firma della presente polizza o dell'offerta economica in sede di gara, le Coassicuratrici danno mandato alla Società Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta dalla società Delegataria rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

⇒ Compagnia … Quota … % - Delegataria
⇒ Compagnia … Quota … %
⇒ Compagnia … Quota … %

Art. 13: Assicurazione per conto altrui

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

Art. 14: Altre assicurazioni - Detrazioni

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

Art. 15: Disposizione finale

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

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA – DATI UNITARI

AO Policlinico Sant'Orsola Malpighi

Destinatari dell'assicurazione	Parametri di riferimento
Direttori	3
Soggetti alla guida di veicoli di proprietà o in uso alla Azienda	2
Soggetti alla guida di veicoli propri per motivi di servizio	1.000
Consulenti e personale di altre strutture	0
Frequentatori per tirocinio, formazione ecc., specializzandi	0
Partecipanti e fruitori dei corsi, comunità e soggiorni climatici	0
Donatori di sangue	10.500
Minori e altri soggetti affidati	0
Volontari	0
Medici specialisti ambulatoriali	0
Medici del servizio di continuità assistenziale – emergenza territoriale	0
Medici della medicina dei servizi	0
Psicologi, biologi, chimici	0
Dipendenti in trasferta per espianti o altro similare	1
Dipendenti della Azienda che operano in consulenza presso altre Az	10

AUSL di Bologna

Destinatari dell'assicurazione	Parametri di riferimento
Direttori	3
Soggetti alla guida di veicoli di proprietà o in uso alla Azienda	455
Soggetti alla guida di veicoli propri per motivi di servizio	750.000
Consulenti e personale di altre strutture	30
Frequentatori per tirocinio, formazione ecc., specializzandi	0
Partecipanti e fruitori dei corsi, comunità e soggiorni climatici	50
Donatori di sangue	22.000
Minori e altri soggetti affidati	55
Volontari	80
Medici specialisti ambulatoriali	160
Medici del servizio di continuità assistenziale – emergenza territoriale	105
Medici della medicina dei servizi	26
Psicologi, biologi, chimici	3
Dipendenti in trasferta per espianti o altro similare	0
Dipendenti della Azienda che operano in consulenza presso altre Az	0

_____

AUSL di Imola

Destinatari dell'assicurazione	Parametri di riferimento
Direttori	3
Soggetti alla guida di veicoli di proprietà o in uso alla Azienda	131
Soggetti alla guida di veicoli propri per motivi di servizio	165.000
Consulenti e personale di altre strutture	0
Frequentatori per tirocinio, formazione ecc., specializzandi	0
Partecipanti e fruitori dei corsi, comunità e soggiorni climatici	50
Donatori di sangue	13.000
Minori e altri soggetti affidati	0
Volontari	1
Medici specialisti ambulatoriali	44
Medici del servizio di continuità assistenziale – emergenza territoriale	55
Medici della medicina dei servizi	1
Psicologi, biologi, chimici	1
Dipendenti in trasferta per espianti o altro similare	0
Dipendenti della Azienda che operano in consulenza presso altre Az	0

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Destinatari dell'assicurazione	Parametri di riferimento
Direttori	4
Soggetti alla guida di veicoli di proprietà o in uso alla Azienda	4
Soggetti alla guida di veicoli propri per motivi di servizio	10.000
Consulenti e personale di altre strutture	0
Frequentatori per tirocinio, formazione ecc., specializzandi	9
Partecipanti e fruitori dei corsi, comunità e soggiorni climatici	0
Donatori di sangue	0
Minori e altri soggetti affidati	0
Volontari	0
Medici specialisti ambulatoriali	0
Medici del servizio di continuità assistenziale – emergenza territoriale	0
Medici della medicina dei servizi	0
Psicologi, biologi, chimici	0
Dipendenti in trasferta per espianti o altro similare	0
Dipendenti della Azienda che operano in consulenza presso altre Az	0

AUSL di Ferrara

Destinatari dell'assicurazione	Parametri di riferimento
Direttori	0
Soggetti alla guida di veicoli di proprietà o in uso alla Azienda	183
Soggetti alla guida di veicoli propri per motivi di servizio	1.000.000
Consulenti e personale di altre strutture	0
Frequentatori per tirocinio, formazione ecc., specializzandi	1
Partecipanti e fruitori dei corsi, comunità e soggiorni climatici	170
Donatori di sangue	0
Minori e altri soggetti affidati	1
Volontari	1
Medici specialisti ambulatoriali	85
Medici del servizio di continuità assistenziale – emergenza territoriale	88
Medici della medicina dei servizi	10
Psicologi, biologi, chimici	1
Dipendenti in trasferta per espianti o altro similare	0
Dipendenti della Azienda che operano in consulenza presso altre Az	0

AOU Arcispedale S. Anna

Destinatari dell'assicurazione	Parametri di riferimento
Direttori	3
Soggetti alla guida di veicoli di proprietà o in uso alla Azienda	10
Soggetti alla guida di veicoli propri per motivi di servizio	70.000
Consulenti e personale di altre strutture	0
Frequentatori per tirocinio, formazione ecc., specializzandi	0
Partecipanti e fruitori dei corsi, comunità e soggiorni climatici	0
Donatori di sangue	22.140
Minori e altri soggetti affidati	0
Volontari	0
Medici specialisti ambulatoriali	0
Medici del servizio di continuità assistenziale – emergenza territoriale	0
Medici della medicina dei servizi	0
Psicologi, biologi, chimici	0
Dipendenti in trasferta per espianti o altro similare	0
Dipendenti della Azienda che operano in consulenza presso altre Az	0

_____

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA – DATI COMPLESSIVI

Destinatari dell'assicurazione Gruppi di rischio	Capitali assicurati euro /00 caso morte	invalidità perman	inabilità tempor	spese medich	Parametri di rife-rimento	Premio imp. unitario	Premio imp. totale
1) i Direttori	500.000	750.000	0	0	16		
2) i soggetti alla guida di veicoli di proprietà o in uso alla Azienda	250.000	350.000	0	0	790	..	..
3) i soggetti alla guida di veicoli propri per motivi di servizio	250.000	350.000	0	0	1.993.481	..	..
4) i consulenti e il personale di altre strutture	775.000	775.000	52	0	30		
5) i frequentatori per tirocinio, gli specializzandi	100.000	100.000	0	0	3		
6) i partecipanti e i fruitori dei corsi, comunità e soggiorni climatici	150.000	200.000	0	0	270		
7) i donatori di sangue	250.000	350.000	50	5.000	67.640	..	..
8) i minori e altri soggetti affidati	150.000	200.000	0	0	56	..	..
9) i volontari	250.000	350.000	0	0	82	..	..
10.1) i medici specialisti ambulatoriali	1.033.000	1.033.000	155	0	289	..	..
10.2) i medici del servizio di continuità assist – emergenza territoriale	775.000	775.000	52	0	248	..	..
10.3) i medici della medicina dei servizi	775.000	775.000	52	0	37		
10.4) gli psicologi, i biologi, i chimici	1.033.000	1.033.000	155	0	5	..	..
11) i dipendenti in trasferta per espianti o altro	250.000	350.000	0	0	1	..	..
12) Dipendenti in consulenza presso altre strutture	310.000	370.000	0	0	10		
TOTALE PREMIO IMPONIBILE ANNUO DI POLIZZA					euro		..

Per accettazione timbro e firma del legale rappresentante

_____

IMPOSTE	euro	..
TOTALE PREMIO LORDO ANNUO DI POLIZZA	euro	..

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