

Capitolato per l'Assicurazione
INFORTUNI CATEGORIE DIVERSE

Contraente
AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO

Il presente Capitolato contiene:

Definizioni – Norme che regolano l'Assicurazione in Generale – Norme operanti in Caso di Sinistro –
Oggetto dell'assicurazione – Assicurati – Condizioni di garanzia – Categorie assicurate –
Scoperti – Franchigie – Limiti di indennizzo

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si deve intendere per:

ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione;
POLIZZA	il documento che prova e regola l'assicurazione;
CONTRAENTE	l'Azienda Sanitaria Salerno, che stipula l'assicurazione in nome proprio e per conto di chi spetta;
ASSICURATO	il Soggetto (Persona fisica) il cui interesse è protetto dall'assicurazione
SOCIETA'	l'Impresa assicuratrice che ha assunto la presente assicurazione;
PREMIO	la somma dovuta dalla Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate a termini della presente assicurazione;
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro;
SINISTRO	il verificarsi del fatto per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato il danno;
INFORTUNIO	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
INVALIDITA' PERMANENTE	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato alla svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
INABILITA' TEMPORANEA	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali;
INDENNIZZO INDENNITA'	la somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza;

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore
dell'AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO**

FRANCHIGIA	la somma stabilita contrattualmente che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto;
LIMITE DI INDENNIZZO	la somma massima dovuta dalla Società;
RICOVERO	la degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura
ISTITUTO DI CURA	ogni Struttura Sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera
PERIODO DI ASSICURAZIONE	il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale;

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1 DURATA DEL CONTRATTO – CALUSOLA RISOLUTIVA – FACOLTA' DI RECESSO

La presente assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 19/06/2019 e scadenza alle ore 24 del 19/06/2022, con facoltà di rinnovo per un ulteriore anno, qualora SO.RE.SA S.p.A. non frattempo non abbia ancora provveduto ad espletare e definire la gara centralizzata del presente rischio.

Non è prevista tacita proroga di cui all'art. 1899 codice civile.

La presente polizza prevede, inoltre, la clausola risolutiva espressa che verrà applicata al verificarsi della seguente circostanza: nel caso in cui SO.RE.SA. S.p.A. definisca l'aggiudicazione di specifica gara finalizzata alla stipula della polizza per la copertura del rischio "INFORTUNI VARI" a valenza per tutte le Aziende sanitarie della Regione Campania.

La predetta clausola risolutiva espressa ha validità per tutto il periodo di durata della polizza e sia nel corso del successivo eventuale periodo di rinnovo.

E' facoltà di ognuna delle Parti recedere dal contratto alla scadenza di ciascun anno assicurativo mediante disdetta da inviare con preavviso di almeno 90 giorni prima della scadenza stessa.

Al termine della durata di questo contratto, così come in caso di recesso da parte degli Assicuratori nei termini suddetti, su richiesta fatta per iscritto dal Contraente agli Assicuratori, almeno 30 giorni prima della scadenza, la compagnia, con la sottoscrizione del presente atto, si impegna a prorogare per un periodo di 90 giorni il contratto stesso alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

Terminato il periodo di proroga. il contratto cessa definitivamente e non potrà essere ulteriormente prorogato se non previo accordo tra le Parti.

2 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEI PREMI

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalla data di comunicazione, anche a mezzo mail dell'avvenuto affidamento del servizio assicurativo, anche se il pagamento del primo premio potrà essere effettuato dalla Contraente entro 90 (novanta) giorni dalla data di sottoscrizione della polizza.

Poiché il premio preventivato è riferito all'intera annualità, resta inteso che sarà dovuto il solo rateo di premio, senza oneri di temporaneità.

Se la Contraente non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

**3 SINISTRI PERVENUTI ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA
DECORRENZA DEL CONTRATTO DI POLIZZA**

La compagnia si obbliga a coprire tutti i sinistri che la contraente dovesse ricevere nel periodo decorrente dalla data della scadenza del contratto precedente (20/06/2019), fino alla data dell'aggiudica del nuovo contratto.
Per tali sinistri il limite massimo di indennizzo sarà pari a € 100.000,00

4 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 90 giorni dalla data di ricezione, da parte della Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Resta, anche per questi casi, 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 della Contraente a condizione che, gli estremi dell'atto, vengano comunicati per iscritto alla Società a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail.

5 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

**6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - MODIFICHE
DEL RISCHIO - BUONA FEDE - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile., sempre che la Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

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

Resta altresì convenuto che, a parziale deroga dell'Articolo 1897 del Codice Civile, nei casi di diminuzione di rischio, la riduzione di premio sarà immediata.

La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione e rinuncerà allo scioglimento del contratto ed alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini dell'Articolo 1897 di cui sopra.

7 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione. Per le circostanze non espressamente escluse negli articoli precedenti quale tipologia di rischio coperta, si conviene che le stesse siano da considerarsi rischi comunque coperti dal presente contratto

8 DANNI PRECEDENTI

L'Assicurato e la Contraente sono esonerati dall'obbligo di dichiarare eventuali precedenti sinistri che abbiano implicato una loro responsabilità.

9 ONERI FISCALI

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

10 FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, a scelta della Contraente, il Foro ove ha sede la Stessa oppure l'Assicurato.

11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

12 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del DLgs 196/03 le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

13 COASSICURAZIONE E DELEGA (ove operante)

L'assicurazione è divisa per quote tra le diverse società indicate nella Scheda di Offerta relativa alla presente assicurazione

In caso di sinistro la Società delegataria (in appresso Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale; la Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo del risarcimento.

Con la sottoscrizione della presente polizza le Coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Coassicuratrici.

14 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Con riferimento agli elementi di rischio variabili, indicati alle varie Categorie, entro 90 (novanta) giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, o della minor durata del contratto, la Contraente deve comunicare per iscritto alla Società i relativi dati consuntivi affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio.

La Società sarà tenuta ad emettere, entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della comunicazione, la relativa appendice di regolazione del premio.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate rispettivamente dalla Contraente entro 60 giorni dalla data di ricevimento, da parte della Contraente stessa, del documento di regolazione, correttamente emesso, o dalla Società, entro 30 giorni dalla data di emissione del documento di regolazione. Si considera come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato l'ammontare del premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria della Contraente a condizione che, gli estremi dell'atto, vengano comunicati per iscritto alla Società a mezzo raccomandata, telefax o e-mail.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissarle un ulteriore termine, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per la rata futura viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo di assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Nel caso di contratto definitivamente scaduto, se la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

Resta in ogni caso inteso che, nelle more della comunicazione dei dati consuntivi, l'assicurazione sarà valida ed efficace per tutti le persone, che al momento del sinistro, appartengono alle Categorie assicurate.

15 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente Convenzione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'Articolo "Criteri di indennizzabilità e liquidazione del danno".

16 ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni eventi.

17 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dalla presente polizza valgono le norme di Legge

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

18 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle generalità del Danneggiato, del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di Certificato Medico, nonché con l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, deve essere inoltrata alla Società entro 30 (trenta) giorni da quando se ne è avuta la possibilità.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sia sopravvenuta durante il periodo di cura, di essa deve essere dato avviso alla Società il più presto possibile.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire la visita di Medici, nominati dalla Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, verso la Società stessa, i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e/o coloro che hanno svolto tali indagini ed accertamenti.

Se la Contraente o l'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, intenzionalmente non adempiano all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi colposamente non adempiono l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

19 CRITERI D'INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL DANNO

La Società liquida l'indennità soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini della presente Polizza, indipendentemente quindi da malattia o da difetti fisici, preesistenti o sopravvenuti, o da mutilazioni preesistenti, in quanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono considerate conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio

come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

20 LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che:

- la presente polizza viene stipulata dalla Contraente a favore degli Assicurati con il loro espresso consenso;
- la Contraente adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa ed esercita conseguenzialmente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva ed in luogo degli Assicurati, con il consenso degli Assicurati stessi che si intende e si riconosce come espressamente prestato e manifestato sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

21 PAGAMENTO INDENNIZZO

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.

22 CONTROVERSIE

Le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere su qualsiasi controversia sorta in merito ad un sinistro ad un Collegio di tre Medici nominati uno per Parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.

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

Le spese del Collegio medico sono a carico della Società, salvo quelle del Terzo Arbitro che verranno sostenute in parti uguali tra la Società ed il Beneficiario.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro 730 giorni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una somma da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

23 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o la Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 (novanta) giorni. In tal caso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dalla Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

Nel caso di recesso da parte della Società esso s'intenderà valido anche per tutti i contratti aggiudicati nella medesima Gara, salvo che la Contraente non richieda, per

iscritto, il mantenimento di uno o più dei suddetti contratti, nel qual caso la Società sarà tenuta al rispetto degli accordi contrattuali.

Resta inteso tra le Parti che, qualora alla data di effetto del recesso la Contraente non sia riuscita a portare a termine il completo collocamento della nuova 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 massimo di 30 giorni ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Contraente del documento contrattuale correttamente emesso dalla Società.

24 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato al diritto di rivalsa, nei confronti di eventuali Terzi responsabili dell'infortunio, spettante a termini dell'Articolo 1916 del Codice Civile.

25 RENDICONTO

La Società si obbliga a fornire alla Contraente, ogni sei mesi, il dettaglio dei sinistri così impostato:

- elencazione dei sinistri Denunciati;
- sinistri Riservati, con indicazione dell'importo a riserva che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso;
- sinistri Liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- sinistri Senza Seguito.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro, di tipologia dell'evento, di indicazione del nominativo dell'Assicurato coinvolto nel sinistro, di data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire alla Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati nei termini e limiti indicati alle singole Categorie.

ASSICURATI

Categorie	Descrizione
A	MEDICI DI MEDICINA DEI SERVIZI
B	MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI
C	BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI
D	MEDICI CONTIUITA' ASSISTENZIALE ED EMNERGENZA TERRITORIALE
E	DIRIGENTI E DIPENDENTI IN SERVIZIO
F	VOLONTARI
G	DONATORI DI SANGUE
H	PORTAVALORI E ADDETTI ALLA RISCOSSIONE

CONDIZIONI DI GARANZIA

26 ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che è compreso in garanzia, sempre che non esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di "infortunio", sono altresì considerati "infortuni":

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- b) le conseguenze delle folgorazioni;
- c) le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- d) il contatto con acidi e corrosivi;
- e) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
- f) l'asfissia;
- g) l'annegamento;
- h) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- i) le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- l) le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
- m) le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi, nonché in stato di malore od incoscienza;
- n) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

L'assicurazione vale altresì:

- o) durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso con l'intesa che l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e altresì a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, in tempo di pace, limitatamente ai casi di morte ed invalidità permanente;
- p) per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e sport aerei in genere;
- q) per infortuni derivanti da immersioni con autorespiratore, compresa embolia, purché in possesso di regolare brevetto;
- r) per infortuni derivanti dalla partecipazione in squadre antincendio;
- s) per infortuni derivanti dalla partecipazione ad associazioni di volontariato e Protezione Civile;
- t) per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli verificatisi durante la guida di veicoli a motore;
- u) per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, a condizione che l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei;
- v) per gli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dal verificarsi degli eventi bellici mentre si trova all'estero.
Da detta assicurazione è escluso il rischio volo.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

La presente estensione di garanzia non opera per coloro che prestano il servizio militare.

27 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura.

Sono pure esclusi:

- b) gli infortuni causati da ubriachezza alla guida di autoveicoli, da abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
- c) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- d) gli infortuni che siano la conseguenza di infezioni da armi batteriologiche;
- e) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

28 ERNIE E SFORZI

L'assicurazione è estesa alle ernie da causa violenta nonché alle lesioni muscolari da sforzo, con l'intesa che:

- a) nel caso di ernia operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- b) nel caso di ernia non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci) della somma assicurata caso di Invalidità Permanente.

Nel caso insorga una contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Articolo "Controversie".

29 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite delle somme assicurate per singolo Assicurato di € 1.032.913,80 per il caso Morte, € 1.032.913,80, per il caso di Invalidità Permanente ed € 258,23 giornaliera per il caso di Inabilità Temporanea; e complessivamente per singolo aeromobile di € 5.164.568,99 per il caso Morte, € 5.164.568,99, per il caso di Invalidità Permanente ed € 5.164,57 giornaliera per il caso di Inabilità Temporanea .

Qualora gli indennizzi eccedessero nel loro complesso tale limiti, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

30 CALAMITA' NATURALI

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da terremoto, lagomoto e maremoto, intendendosi per tali fenomeni tellurici il sommovimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene, nonché da eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe e slavine.

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite di € 5.165.000,00 per singolo sinistro, qualunque sia il numero delle persone infortunate.

Qualora gli indennizzi eccedessero nel loro complesso tale limiti, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

31 MORTE

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 730 (settecentotrenta) giorni da quello dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto e qualora in polizza non siano indicati i nominativi dei Beneficiari, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali fra i Beneficiari individuati applicando i criteri della successione legittima.

32 MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà, seguendo il criterio di cui all'Articolo precedente, il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 (centottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti spettantigli, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

33 INVALIDITÀ PERMANENTE – INVALIDITA' SUPERIORE AL 50%

Ferma restando l'applicazione delle eventuali franchigie e/o scoperti previste alle rispettive Categorie assicurate, qualora l'infortunio abbia:

- a) come conseguenza una invalidità permanente totale la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- b) come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità

permanente che viene accertata facendo riferimento alla tabella delle percentuali d'invalidità permanente allegata al D.P.R. 30/06/1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, e con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio, ferma restando la franchigia prevista per il caso di malattia professionale.

Resta altresì convenuto quanto segue:

- per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa;
- 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;
- la perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita alla metà; quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi, in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella saranno addizionate fino al massimo del 100% (cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro un anno dal giorno dell'infortunio.

Resta comunque convenuto che l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, verrà indennizzata al 100% della somma assicurata.

34 RIMBORSO SPESE DI CURA

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, fino alla concorrenza del massimale annuo previsto, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali)

- per intervento chirurgico anche ambulatoriale
- per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali
- per applicazioni di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa
- per analisi ed accertamenti
 1. diagnostici strumentali anche specialistici quali ad esempio TAC - ecografia - doppler - holter - scintigrafia - risonanza magnetica - risonanza magnetica nucleare
 2. diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici
 3. diagnostici radiologici - radioscopie - radiografie - stratigrafie - angiografie
- per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio laserterapia - chiroterapia - cinesiterapia - trazioni vertebrali - ultrasuoni - marconiterapia - massoterapia

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore
dell'AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO**

- per presidi ortopedici, limitatamente a corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari
- per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato
- per il trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso

35 LIMITI DI ETÀ'

L'Assicurazione vale per le persone d'età non superiore a 80 anni. S'intendono tuttavia assicurate, fino al limite di 85 anni compiuti, le persone che abbiano superato gli 80 anni, a condizione che per loro sia stato inoltrato annualmente alla Società, prima del compimento dell'ottantesimo anno e di ogni compleanno successivo, un Certificato di "Buona Salute".

36 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco - depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

37 MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione comprende le malattie professionali, riconosciute dall'INAIL e ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti colposi connessi ad eventi verificatisi durante il tempo dell'assicurazione e si manifestino, per la prima volta, in data successiva alla stipulazione della polizza ed entro i 12 mesi successivi alla cessazione della garanzia o del rapporto di lavoro.

38 VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale per tutto il Mondo.

Dichiarazione del Contraente Agli effetti dell'art. 1341 del Codice civile

Per gli effetti degli articoli I 1341 e 1342 del Codice Civile, ciascuna delle Parti dichiara:

Di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli della presente polizza:

- | | |
|----------------|--|
| Art. 01 | Durata del contratto - Clausola risolutiva espressa -
facoltà di recesso |
| Art. 02 | Decorrenza dell'assicurazione e pagamento dei premi |
| Art. 03 | Sinistri pervenuti all'assicurato prima della decorrenza
del contratto di polizza |
| Art. 07 | Interpretazione della polizza |
| Art. 14 | Regolazione del Premio |
| Art. 17 | Rinvio alle norme di legge |
| Art. 18 | Denuncia dell'infortunio |
| Art. 25 | Rendiconto |
| Art. 26 | Estensione dell'assicurazione |
| Art. 27 | Esclusioni |

Il Contraente

La società

CATEGORIE ASSICURATE

Categoria A)

MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività svolta ai sensi dell'allegato N. al D.P.R. 28.07.2000 n. 270, nei limiti ed alle condizioni di cui all'art. 18 del citato D.P.R..

Somme assicurate pro-capite

Morte	Euro	775.000,00	
Invalità Permanente	Euro	775.000,00	
Inabilità Temporanea	Euro	52,00	al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalità, per un periodo massimo di 300 giorni l'anno

Franchigie

Nessuna franchigia graverà su questa categoria.

Calcolo del Premio

- ⇒ Premio Imponibile Annuo pro-capite come indicato nella Scheda Offerta
- ⇒ Assicurati Preventivati n. **3**
- ⇒ Imponibile Annuo Anticipato come indicato nella Scheda Offerta

Categoria B)

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività svolta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, nei limiti ed alle condizioni di cui al citato Accordo Collettivo

Somme assicurate pro-capite

Morte	Euro	1.032.913,80	
Invalità Permanente	Euro	1.032.913,80	
Invalità Temporanea	Euro	154,94	al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalità, per un periodo massimo di 300 giorni l'anno. La diaria giornaliera è ridotta al 50% per i primi tre mesi

Franchigie

Nessuna franchigia graverà su questa categoria.

Calcolo del Premio

- ⇒ Premio Imponibile Annuo pro-capite come indicato nella Scheda Offerta
- ⇒ Assicurati Preventivati **n. 447**
- ⇒ Premio Imponibile Annuo Anticipato come indicato nella Scheda Offerta

Categoria C)

BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività svolta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, nei limiti ed alle condizioni di cui al citato Accordo Collettivo

Somme assicurate pro-capite

Morte	Euro	1.032.913,80	
Invalità Permanente	Euro	1.032.913,80	
Invalità Temporanea	Euro	154,94	al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalità, per un periodo massimo di 300 giorni l'anno La diaria giornaliera è ridotta al 50% per i primi tre mesi

Franchigie

Nessuna franchigia graverà su questa categoria.

Calcolo del Premio

- ⇒ Premio Imponibile Annuo pro-capite come indicato nella Scheda Offerta
- ⇒ Assicurati Preventivati **n. 3**
- ⇒ Premio Imponibile Annuo Anticipato come indicato nella Scheda Offerta

Categoria D)

MEDICI EMERGENZA TERRITORIALE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività svolta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici alla continuità assistenziale ed emergenza terriitoriale ai sensi del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, nei limiti ed alle condizioni di cui al citato Accordo Collettivo

Somme assicurate pro-capite

Morte	Euro	775.000,00	
Invalità Permanente	Euro	775.000,00	
Inabilità Temporanea	Euro	52,00	al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalità, per un periodo massimo di 300 giorni l'anno

Franchigie

Nessuna franchigia graverà su questa categoria.

Calcolo del Premio

- ⇒ Premio Imponibile Annuo pro-capite come indicato nella Scheda Offerta
- ⇒ Assicurati Preventivati n. **177**
- ⇒ Premio Imponibile Annuo Anticipato come indicato nella Scheda Offerta

Categoria E

**DIRIGENTI E E DIPENDENTI IN SERVIZIO
ART. 24 CCNL DPR 28/11/1990 N. 384**

La garanzia è riferita agli infortuni subiti dai Dipendenti mentre, per missioni e/o adempimenti di servizio in genere per conto della Contraente, si trovino alla guida di mezzi di trasporto propri o di proprietà della Contraente stessa.

L'assicurazione è prestata anche in favore di persone delle quali è stato autorizzato il trasporto, non considerate "terzi" dalla vigente legislazione sull'assicurazione obbligatoria della Responsabilità Civile derivante dalla circolazione di veicoli a motore e dai natanti.

L'assicurazione comprende gli infortuni avvenuti durante la salita e la discesa dal veicolo, nonché, in caso di riparazioni d'emergenza effettuate dagli Assicurati sulla strada, per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia, per spostare l'automezzo stesso dal flusso del traffico o per reinserirlo nel traffico medesimo.

Somme assicurate pro-capite

Morte	Euro	258.228,45
Invalità Permanente	Euro	258.228,45

Franchigie

Nessuna franchigia graverà su questa categoria.

Calcolo del Premio

- a. per trasferte e/o adempimenti di servizio effettuati con veicoli di proprietà della Contraente:
- Numero Veicoli di proprietà e/o noleggio della Contraente: **400**
 - Premio Imponibile per ogni Veicolo: come indicato nella Scheda Offerta
 - Premio Imponibile Annuo anticipato: come indicato nella Scheda Offerta
- b. per trasferte e/o adempimenti di servizio effettuati con veicoli non di proprietà della Contraente:
- Numero di Chilometri preventivati: **1.200.000,00**
 - Premio Imponibile per Chilometro: come indicato nella Scheda Offerta
 - Premio Imponibile Annuo anticipato: come indicato nella Scheda Offerta
- ⇒ Premio Imponibile Annuo Totale per la presente Categoria (a. + b.): come indicato nella Scheda Offerta

Categoria F

VOLONTARI

La garanzia è prestata per gli infortuni che gli Assicurati subiscano durante, in occasione ed in conseguenza dello svolgimento dell'attività di volontariato, così come definita dalla Legge 11 Agosto 1991 n. 266, presso e/o per conto della Contraente.
Si intende compreso nelle garanzie il "rischio in itinere" (tragitto dall'abitazione o dal luogo di lavoro a quello dove presterà la propria opera e viceversa).

L'assicurazione si intende estesa alle malattie conseguenti al servizio prestato che provochino la morte dell'Assicurato o ne riducano l'attitudine al lavoro in misura superiore al 10%.

Indennità giornaliera per ricovero da infortunio e/o malattia, per convalescenza o per ingessatura:

in caso di ricovero in ospedale, istituto di cura o Day-hospital, a seguito di infortunio o malattia, conseguenti all'attività assicurata, l'Assicurato ha diritto all'indennità garantita per ogni giorno di ricovero, con il limite massimo di 300 giorni per anno assicurativo. Qualora il ricovero sia superiore a 3 (tre) giorni, l'Impresa corrisponde per la successiva convalescenza la diaria pattuita per un numero di giorni uguale a quello del ricovero con un massimo di 60 giorni per anno assicurativo.

Qualora a seguito di infortunio si renda necessaria l'applicazione di una gessatura (Mezzo di contenzione costituito da fasce, docce o altri apparecchi e confezionato con gesso da modellare o schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanic). I metodi di contenzione Ilizarov e F.E.A. (fissatore esterno assiale) sono considerati gessatura. L'Assicurato ha diritto a percepire la diaria pattuita per tutta la durata della gessatura stessa, con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo. Se l'infortunio ha determinato anche il ricovero dell'assicurato, la relativa diaria non è cumulabile con quella da gessatura, che decorrerà dalla data di cessazione del ricovero ed assorbirà la diaria post-ricovero finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire quella di durata maggiore.

Somme assicurate pro-capite

Morte	Euro	258.228,45	
Invalità Permanente	Euro	258.228,45	
Inabilità Temporanea	Euro	25,83	al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalità, per un periodo massimo di 300 giorni l'anno
Diaria da Ricovero	Euro	25,83	al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalità, per un periodo massimo di 300 giorni l'anno
Convalescenza			
Ingessatura			

Franchigie

10% su Invalità Permanente.

Calcolo del Premio

- ⇒ Premio Imponibile Annuo pro-donazione
- ⇒ VOLONTARI
- ⇒ Premio Imponibile Annuo Anticipato

come indicato nella Scheda Offerta
n. 160
come indicato nella Scheda Offerta

Categoria G

DONATORI DI SANGUE (D.M. 18.09.1991)

La garanzia è prestata per le conseguenze del prelievo e delle operazioni connesse al prelievo del sangue (infezioni in genere, collasso, flebiti, periflebiti, ematomi, embolie, ecc.) nonché per gli infortuni (a termini di polizza) che colpissero i donatori, iscritti ad Associazioni o occasionali, nell'ambito dei locali in cui si effettuano le dette operazioni e durante il tempo necessario per il trasferimento con tutti i mezzi di locomozione, terrestri e per via d'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.

Somme assicurate pro-capite

Morte	Euro	516.456,90	
Invalidità Permanente	Euro	516.456,90	
Invalidità Temporanea	Euro	25,83	al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalidità, per un periodo massimo di 300 giorni l'anno
Rimborso Spese di Cura	Euro	51.645,69	

Franchigie

Nessuna franchigia graverà su questa categoria.

Calcolo del Premio

- | | |
|---|------------------------------------|
| ⇒ Premio Imponibile Annuo pro-donazione | come indicato nella Scheda Offerta |
| ⇒ Donazioni Preventivate | 15.000,00 |
| ⇒ Premio Imponibile Annuo Anticipato | come indicato nella Scheda Offerta |

Categoria H

PORTAVALORI E ADDETTI ALLA RISCOSSIONE

La garanzia è riferita agli infortuni subiti dai Dipendenti dell'Ente, a causa ed in occasione dello svolgimento delle mansioni di portavalori e di riscossione.

Si intendono compresi gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di lavoro e viceversa.

Per i dipendenti addetti alle mansioni di portavalori, la garanzia è operante a condizione che i valori trasportati non superino l'importo di € 5.164,57 (cinquemilacento sessantaquattro/57 euro).

Somme assicurate pro-capite

Morte	Euro	258.228,45
Invalità Permanente	Euro	258.228,45

Franchigie

Nessuna franchigia graverà su questa categoria.

Calcolo del Premio

- ⇒ Premio Imponibile Annuo pro-capite come indicato nella Scheda Offerta
- ⇒ Assicurati Preventivati **66**
- ⇒ Premio Imponibile Annuo Anticipato come indicato nella Scheda Offerta

SCOPERTI - FRANCHIGIE - LIMITI DI INDENNIZZO

**CATEGORIE ASSICURATE
/ GARANZIE PRESTATE**

**SCOPERTI / FRANCHIGIE
(Sc.) (Fr.)
per sinistro**

LIMITI DI INDENNIZZO

ERNIE E SFORZI

- massimo 5% somma assicurata in caso di ernia operato o operabile
- massimo 10% somma assicurata in caso di ernia non operabile

RISCHIO VOLO
CATEGORIE

€ 1.032.913,80 M/IP per persona
€ 258,23 IT per persona
€ 5.164.568,99 M/IP per aerom.
€ 5.164,57 IT per aerom.

CALAMITA' NATURALI

€ 5.165.000,00 per sinistro

LA CONTRAENTE

LA SOCIETA'