

Polizza Cumulativa Infortuni Medici ed altre categorie



Premessa

Il presente documento ha lo scopo di fornire ai Concorrenti tutti gli elementi necessari per articolare le offerte tecniche finalizzate alla stipula della Convenzione con operatori economici idonei ad erogare il servizio di copertura assicurativa per le aziende del Sistema Sanitario della Regione Sardegna.

In merito si precisa che, con la Legge Regionale n. 24/2020 di riforma del SSR è stata istituita l'ARES Sardegna, Azienda Regionale della Salute unitamente a n. 8 Aziende Socio Sanitarie Locali.

Attualmente, pertanto, il sistema Sanitario Regionale si compone, oltre che dell'ARES e delle otto ASL Sopra richiamate, dell'ARNAS, delle AOU di Cagliari e Sassari e dell'AREUS.

Le Aziende della Sanità Regionali hanno aderito ad un programma Assicurativo unico, delegando la Centrale di Committenza ARES di elaborare un programma e indire una gara di pubblica evidenza.

La presente convenzione stabilisce limiti, somme assicurate e condizioni per tutte le aziende del Sistema Regionale sopra richiamate.

Per ogni azienda verrà emessa una polizza applicativa alla Convenzione, fermi i limiti, somme assicurate e condizioni, che si intenderanno valide cumulativamente, ossia per l'intera convenzione.

Resta inteso che tutti i diritti e obblighi del contratto resteranno a carico delle singole Aziende Aderenti.

Si precisa che:

- tutti i requisiti/condizioni relativi al servizio di copertura assicurativa stabiliti con il presente Capitolato Tecnico sono da intendersi minimi ed imprescindibili, pena esclusione dalla presente procedura;
- i requisiti/condizioni definiti come **migliorativi**, possono essere offerti o meno, tutti o in parte, tramite l'apposito modello di Dichiarazione di Offerta Tecnica.

Si precisa che tutte le condizioni ed i requisiti offerti da ciascun Concorrente rappresentano, pena escussione della cauzione prodotta, la propria offerta sulla cui base, in caso di aggiudicazione del servizio, saranno emesse le singole polizze applicative.

Definizioni

Annualità assicurativo 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;
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Aziende Aderenti alla Convenzione	ARES Sardegna – Azienda Regionale della Salute ASL di Sassari ASL della Gallura ASL di Nuoro ASL dell'Ogliastra ASL di Oristano ASL del Medio Campidano ASL del Sulcis ASL di Cagliari AREUS
Broker	L'intermediario cui è affidata la gestione ed esecuzione dell'assicurazione per incarico conferito dal Contraente, ai sensi del d.lgs. 209/2005
Centrale di Committenza	ARES Azienda Regionale della Salute
Contraente	La singola Azienda Aderente che stipulerà il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Franchigia	Parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
Indennizzo/Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Somma Assicurata	L'importo convenuto nel presente capitolato che, salvo eventuali sottolimiti, per sinistro/anno, rappresenta la massima esposizione della Società.
Polizza / Capitolato	Il documento che prova e regola l'assicurazione e che sarà stipulata dall'Ente.
Premio	La somma dovuta alla Società.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Rischio in itinere	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa, nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di trasporto sia pubblici che privati
Scoperto	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società	L'Impresa assicuratrice nonché le eventuali Coassicuratrici.
Beneficiario	In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso
Inabilità temporanea	Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate.
Infortunio	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità permanente da infortunio	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio.
Invalidità permanente da malattia	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di malattia.
Ingessatura	Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in istituti di cura o ambulatori medici.
Istituto di cura	Ospedali, cliniche, case di cura, pubblici o privati, autorizzati a termini di legge al ricovero dei malati/infortunati.
Malattia	Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Mezzo di trasporto	Qualsiasi veicolo
Ricovero	Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

Art. 1 - Condizioni generali di assicurazione

Art. 1.1 - Prova del contratto

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

Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 1.7 (durata del contratto) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

A parziale deroga dell'art. 1898 del c.c., comma 2 e seguenti, nel caso di aggravamento di rischio, il Contraente ha l'obbligo di comunicare le variazioni secondo quanto stabilito all'art. 1.3 "Variazione del rischio" e la Società si impegnerà, prima di esercitare un eventuale recesso nei termini di cui al successivo art. 1.7 "durata del contratto", ad attivare la procedura preventiva per la revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali, secondo quanto stabilito dal presente capitolato.

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

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

Art. 1.3 – Variazione del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto. Non comportano variazioni di rischio i mutamenti meramente episodici e transitori. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

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

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora la Società intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare alle Aziende Aderenti per il tramite della Centrale di Committenza, la Società può segnalare il verificarsi delle ipotesi di modifiche

del rischio previsti all'Art. 1.3 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali previsti in polizza.

2. La Centrale di Committenza, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

4. Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui al comma 1, presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso di 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi alla Centrale di Committenza tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata). 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. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

Nella comunicazione di recesso, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al Contraente tutti i dati di cui all'art. 1.15 – "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che in assenza dei dati richiamati la comunicazione della facoltà di recesso deve intendersi come non perfezionata.

Qualora alla data di effetto del recesso, la Centrale di Committenza non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni.

Art. 1.5 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del primo rateo premio potrà essere effettuato dall'Azienda Aderente entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza (cd. *termine di mora*).

Se nel termine di scadenza di cui sopra l'Azienda Aderente non procede al pagamento del premio, la Società, prima di dichiarare la sospensione della copertura, fissa un ulteriore termine di 30 giorni entro il quale effettuare il pagamento, dandone comunicazione all'Azienda Aderente a mezzo pec.

Se l'Azienda Aderente non paga entro tali termini il primo rateo di premio annuale ed i successivi ad ogni scadenza anniversaria, l'assicurazione resta sospesa, dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Resta inteso che l'assicurazione resta sospesa unicamente per l'Azienda Aderente inadempiente.

Nel caso in cui, tuttavia, una o più Aziende Aderenti non effettuino il pagamento nei suddetti termini a causa di un'inadempienza della Società che, in conformità con quanto disposto dall'Art. 48/bis del DPR 602/73 e s.m.i., abbia reso impossibile il regolare pagamento del premio, la garanzia assicurativa manterrà piena efficacia a condizione che le Aziende Aderenti, nei termini previsti per il pagamento del premio, abbiano formalmente reso nota tale circostanza. In tal caso sarà successivamente obbligo della Società trasmettere nulla osta al pagamento rilasciato dall'agente della riscossione o da altro soggetto avente titolo e le Aziende Aderenti dovranno pagare la rata di premio entro i quindici giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria dell'Azienda Aderente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice CRO (Codice di riferimento Operazione).

Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo PEC o e-mail entro il termine di mora sopra riportato, da ciascuna Azienda Aderente.

Art. 1.6 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o le Aziende Aderenti per il tramite della Centrale di Committenza, possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni mediante lettera raccomandata o PEC. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora la Società si avvalsesse di tale facoltà, la stessa dovrà produrre, pena l'invalidità del recesso stesso, anche il dettaglio dei sinistri con le modalità stabilite al successivo Art. 1.15 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o per singola Azienda Aderente.

Art. 1.7 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31/03/2024 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2024, senza tacito rinnovo.

Art. 1.8 - Oneri fiscali

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

Art. 1.9 - Foro competente

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

Art. 1.10 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.11 - Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso.

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 1.12 - Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

Art. 1.13 - Clausola Broker

La Contraente dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, così come richiamato in ogni frontespizio di polizza, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, dicon sede operativa in - Via, n..... - di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto della Contraente dal Broker. La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Qualora l'Impresa aggiudicataria intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker.

La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del 4%. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dall'impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione Aggiudicatrice e il Contraente.

Resta inteso che:

- a) Nel caso di modificazione della titolarità del mandato di brokeraggio nel corso di validità della presente polizza:
 - Il broker subentrante anche se la sua remunerazione avverrà dalla prima scadenza utile successiva al subentro, si impegna alla prosecuzione del servizio di brokeraggio assumendo tutti gli impegni previsti nel presente contratto a carico del broker
 - Il broker cessante si impegna a mettere a disposizione del broker subentrante tutte le informazioni e la documentazione in suo possesso relativa alla gestione dei contratti di assicurazione in corso. Le informazioni e la documentazione saranno fornite a cura del broker cessante su apposito supporto informatico compatibile e, ove richiesto o necessario, in forma cartacea
 - Il broker cessante si impegna a mettere a disposizione del broker subentrante tutta la documentazione rilevante in suo possesso per la corretta continuazione della gestione dei sinistri. Le informazioni e la documentazione saranno fornite a cura del broker cessante su apposito supporto informatico.

La remunerazione percentuale (aliquota provvigionale) spettante al broker subentrante non potrà essere comunque superiore alla percentuale riconosciuta nell'ultimo affidamento del servizio di brokeraggio

- b) Nel caso di cessazione del contratto di brokeraggio:

tutte le norme del contratto riferite al servizio di brokeraggio si riterranno abrogate – ivi compresa la presente – restando convenuto che la Contraente intratterrà rapporti diretti con la Società

Art. 1.14 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

1. Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza

dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato Excel sia tramite file modificabili, sia tramite file non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- l'Azienda Aderente;
- il numero del sinistro attribuito dalla Società;
- il numero di polizza;
- la data di accadimento dell'evento;
- il periodo di riferimento;
- la data della denuncia;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:

a) sinistro agli atti, senza seguito;

b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____; gli importi indicati dovranno essere al lordo di eventuali scoperti/franchigie

c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.]:

2. La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.

3. La Società, per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, dovrà fornire, a semplice richiesta da parte del broker ed entro e non oltre 30 giorni solari dal ricevimento della stessa, le informazioni di cui al comma 1.

Art. 1.15 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (PEC, mail o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 1.16 - Elementi per il calcolo del premio

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri, espressamente indicati nelle singole polizze; il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i tassi indicati nelle singole polizze.

Art. 1.17 - Regolazione e conguaglio del premio

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nei singoli frontespizi di polizza per ciascuna Azienda Aderente, e lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo o minor periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

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

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione da parte del broker del relativo documento, ritenuto corretto. La Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al D.Lgs 192/2012 per il citato periodo di comporta.

Se nel termine di cui sopra l'Azienda Aderente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 60 giorni, dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata, trascorso il quale la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo dell'Azienda Aderente di adempiere ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se l'Azienda Aderente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione della singola Azienda Aderente inadempiente.

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

Art. 1.18 - Efficacia temporale della garanzia

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

Art. 1.19 – Legittimazione

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge, dai CCNL o dai regolamenti del Contraente al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dal Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede, la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

Art. 1.20 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 1.21 – Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

Art. 1.22 – Tracciabilità Flussi Finanziari

Le parti:

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

- Il broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla Contraente ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

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

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

Art. 1.23 – Misure Restrittive – Sanctions Limitations Exclusion Clause * Clausola che potrà essere modificata previo consenso del Contraente e del Broker in sede di aggiudicazione

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o

restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite, ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 2 - Condizioni di assicurazione

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

Art. 2.1 - Categorie Assicurate ed Oggetto dell'assicurazione

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dalle seguenti Categorie Assicurate nei termini di cui al CCNL di riferimento e/o ad altre obbligazioni esistenti, anche se cagionati, a parziale deroga dell'articolo 1900 del Codice Civile, da colpa grave dell'Assicurato stesso, del Contraente e/o del Beneficiario.

Si prende atto che qualsiasi variazione dovesse intervenire nei suddetti CCNL od obbligazioni, verranno automaticamente recepite e ritenute in garanzia dalla Società, senza obbligo di comunicazione da parte del Contraente. In caso di aggravamento di rischio, la Società provvederà a richiedere il maggior premio dovuto dal momento in cui la circostanza aggravante si è manifestata.

Categoria A – Medici addetti al Servizio di Continuità Assistenziale, Medicina dei Servizi, Medici della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale (118)

L'assicurazione è prestata in ottemperanza alle vigenti disposizioni normative per tutti i medici che svolgono il servizio di continuità assistenziale, medicina dei servizi, medici della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili e loro sostituti, guardia turistica e loro sostituti, medici addetti alle attività territoriali programmate e medici dell'emergenza sanitaria territoriale, per gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale, ivi compresi, sempreché l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni zonali/aziendali.

Categoria B – Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti

L'assicurazione è prestata in ottemperanza alle vigenti disposizioni normative per tutti i medici specialisti ambulatoriali, veterinari e per tutte le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e loro sostituti, comunque operanti sia in attività istituzionale o in intramoenia negli ambulatori in diretta gestione e nelle altre strutture aziendali, per gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio, sempreché il servizio sia prestato in comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna di cui all'A.C.N. di categoria; sono compresi gli infortuni subiti in qualità di rappresentanti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati consultivi zonali/aziendali in località diversa da quella di residenza in occasione della partecipazione a riunioni non in orario di servizio.

Categoria C – Dipendenti in missione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti da dipendenti e collaboratori (non dipendenti) e personale convenzionato col Contraente, che dovessero subire in occasione di missioni autorizzate con qualsiasi mezzo. L'assicurazione si intende pertanto prestata anche a favore del personale sanitario e non, anche proveniente da altri Enti, che presta la propria opera presso la contraente in base a specifiche Convenzioni. La garanzia è operante esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la circolazione in occasione di missioni o di adempimenti di servizio fuori dell'ufficio e nel tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio. L'assicurazione comprende gli infortuni avvenuti durante la salita e la discesa dal

veicolo, nonché in caso di riparazioni di emergenza effettuate dal conducente sulla strada sia per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia che per spostare il veicolo stesso dal flusso del traffico o reinserirlo nel traffico medesimo.

Categoria D – Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori

L'assicurazione è prestata per tutti i donatori di sangue e di midollo osseo e candidati donatori per:

- le conseguenze delle operazioni connesse al prelievo di sangue intero ed in aferesi e dei suoi componenti, visite ed esami di controllo, per danni subiti dal donatore;
- gli infortuni sofferti sia durante la donazione e/o il controllo, sia in occasione dell'accertamento di idoneità, visite ed esami di controllo, sia durante il tragitto per recarsi e ritornare dal luogo della donazione o delle visite effettuato con qualunque mezzo di trasporto terrestre e/o a piedi, escluso l'aereo.

Si intendono compresi nella garanzia i casi di morte ed invalidità permanente conseguenti e dipendenti dalla donazione del sangue intero e da aferesi e dei suoi componenti ed attività correlate come sopra indicate.

Le garanzie sono operanti sia presso i centri pubblici deputati sia quando il prelievo venga effettuato nei centri di raccolta mobili con punti fissi gestiti dalle strutture sanitarie locali o, in convenzione, dalle associazioni di donatori di sangue.

Categoria E – Medici dipendenti e non, facenti parte di equipie per gli espunti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equipie per il trattamento ECMO

L'assicurazione, vale per gli infortuni subiti dai dipendenti o dai soggetti che, a qualsiasi titolo, svolgono funzioni nell'ambito dell'attività istituzionale finalizzata al trapianto/espunto d'organi e/o elisoccorso/trattamento ECMO, ovunque essi siano, che siano autorizzati dalla Contraente a compiere trasferimenti in qualità di passeggeri su velivoli, elicotteri e qualsiasi altro mezzo di locomozione sia di superficie, terrestre o acqueo da chiunque esercitati per l'effettuazione di attività di trapianto e/o espunto d'organi e/o elisoccorso/trattamento ECMO. La garanzia opera a decorrere dal momento dell'allertamento sino al rientro alla propria abitazione.

Categoria F - Tirocinanti

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti del personale Sanitario Medico Specializzando durante lo svolgimento delle loro mansioni da tirocinanti presso l'Azienda Contraente.

Categoria G - Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

L'assicurazione è prestata per tutti i pazienti DSMD, inseriti in progetti riabilitativi attraverso Borse Lavoro e Laboratori Riabilitativi di tipo sportivo e ricreativo (DGR 50/19 del 16.10.2015, L.R. 15/1992 e fondo nazionale politiche sociali 2015, finanziato dalla Regione Sardegna).

Art. 2.2 - Rischi inclusi nell'assicurazione

Ai sensi della presente polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- annegamento;
- folgorazione;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- assideramento e/o congelamento;
- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza;
- intossicazione anche non avente origine traumatica;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;

- danni estetici conseguenti ad infortunio;
- le rotture sottocutanee dei tendini.

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;

Il coma irreversibile è equiparato a morte

Art. 2.3 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- 1) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei salvo quanto previsto all'art. 4.11 (Rischio volo);
- 2) dalla pratica di paracadutismo;
- 3) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico;
- 4) da pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio, speleologia, pratica dello sci, bob, rugby, football americano e sport aerei in genere;
- 5) derivanti da guerra e/o insurrezioni, eruzioni vulcaniche, salvo quanto eventualmente previsto dal presente capitolato;
- 6) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- 7) da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- 8) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 9) da stato di ubriachezza alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- 10) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 11) da contaminazioni chimiche e biologiche dovute ad atti di terrorismo.
- 12) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio

Art. 2.4 - Somme assicurate

Le Somme Assicurate sono quelle e di seguito riepilogate:

Categoria A – Medici addetti al Servizio di Continuità Assistenziale, Medicina dei Servizi, Medici della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale (118):

Garanzie Prestate	Somme assicurate pro-capite
Morte	€ 775.000,00
Invalidità Permanente	€ 775.000,00
Inabilità Temporanea	€ 52,00 al giorno, con decorrenza dalla data di inizio dell'inabilità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni.

Categoria B - Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti:

Garanzie Prestate	Somme assicurate pro-capite
Morte	€ 1.033.000,00
Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00
Inabilità Temporanea	€ 155,00 al giorno, con decorrenza dalla data di inizio dell'inabilità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni

	ridotta al 50% per i primi tre mesi.
--	--------------------------------------

Categoria C - Dipendenti in missione

Garanzie Prestate	Somme assicurate pro-capite
Morte	€ 500.000,00
Invalità Permanente	€ 600.000,00

Categoria D - Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori

Garanzie Prestate	Somme assicurate pro-capite
Morte	€ 500.000,00
Invalità Permanente	€ 500.000,00
Inabilità Temporanea	€ 155,00 al giorno, con decorrenza dalla data di inizio dell'inabilità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni.
Rimborso Spese Mediche	€ 5.000,00

Categoria E – Medici dipendenti e non, facenti parte di equipe per gli espanti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equipe per il trattamento ECMO

Garanzie Prestate	Somme assicurate pro-capite
Morte	€ 1.500.000,00
Invalità Permanente	€ 1.500.000,00

Categoria F - Tirocinanti

Garanzie Prestate	Somme assicurate pro-capite
Morte	€ 200.000,00
Invalità Permanente	€ 200.000,00
Inabilità Temporanea	€ 50,00 al giorno, con decorrenza dalla data di inizio dell'inabilità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni.
Rimborso Spese Mediche	€ 5.000,00

Categoria G - Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

Garanzie Prestate	Somme assicurate pro-capite
Morte	€ 775.000,00
Invalità Permanente	€ 775.000,00
Inabilità Temporanea	€ 52,00 al giorno, con decorrenza dalla data di inizio dell'inabilità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni.

Art. 2.5 - Esonero denuncia generalità degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione, degli appositi registri e/o degli schedari del Contraente.

Art. 2.6 - Assicurabilità

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione, altresì, cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 80 anni. Tuttavia, per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 2.7 - Limiti territoriali

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.8 - Morte

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

Art. 2.9 - Invalidità Permanente

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

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata 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.

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

Art. 2.10 – Inabilità Temporanea

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

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

L'indennità per inabilità temporanea che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre, salvo indicazione diversa riportata all'art. 2.13 "Franchigie", dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta indennità viene corrisposta, salvo indicazione diversa riportata all'art. 2.4 "Somme assicurate", per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'art. 3.1 (Denuncia dei Sinistri - Obblighi in caso di sinistro) la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Art. 2.11 - Cumulo di indennità

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 2.12 – Rimborso Spese Mediche

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato indicato in polizza, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato le rette di degenza, onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento, medicinali; qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società – in sostituzione del rimborso – liquida una diaria di Euro 100,00 (cento/00) per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti;
- b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c) per visite mediche specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali;
- d) per applicazioni di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) per trattamenti fisioterapici rieducativi e riabilitativi;
- f) per prestazioni medico-infermieristiche, acquisto di medicinali, presidi ortopedici, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche;
- g) per cure odontoiatriche e protesi dentarie, con il limite per dente di 500,00 (cinquecento/00) Euro, il rimborso della relativa spesa è prevista solo per la prima protesi, sempreché applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio; per la perdita totale di un dente (avulsione) verrà corrisposto l'1% della invalidità permanente;
- h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- i) per cure termali, prescritte dal medico, effettuate nei 90 (novanta) giorni successivi all'infortunio denunciato;
- j) per trasporto dell'Assicurato effettuato con l'ambulanza dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o di pronto soccorso.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, ricevute dell'Istituto di Cura, ecc.).

A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia su presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 2.13 – Franchigie

Le garanzie della presente polizza sono prestate con l'applicazione delle seguenti franchigie:

Cat. A)

Invalidità Permanente: nessuna

Inabilità Temporanea: nessuna

Cat. B)

Invalidità Permanente: nessuna

Inabilità Temporanea: nessuna

Cat. C)

Invalidità Permanente: nessuna

Cat. D)

Invalidità Permanente: nessuna

Inabilità Temporanea: nessuna

Cat. E)

Invalidità Permanente: nessuna

Cat. F)

Invalidità Permanente: nessuna

Inabilità Temporanea: nessuna

Cat. G)

Invalidità Permanente: nessuna

Inabilità Temporanea: nessuna

La Società

.....

Il Contraente

.....

Art. 3 - Norme che regolano la gestione sinistri

Art. 3.1 - Denuncia dei sinistri - Obblighi in caso di sinistro

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

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

Art. 3.2 - Controversie

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

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

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

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

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

Art. 3.3 - Liquidazione

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

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

Trascorso il termine di cui sopra senza che la Società provveda alla liquidazione del danno, sulle somme da liquidare saranno dovuti interessi moratori nella misura del 10%.

Il diritto all'indennità per l'Invalidità Permanente è di carattere personale, ma è comunque trasmissibile agli eredi. Quindi, se l'assicurato decede, per causa indipendente dall'infortunio, sia prima che dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, ma non sia stato ancora corrisposto il relativo importo, la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato, l'importo liquidato od offerto.

La stessa procedura si applica anche qualora l'impresa intenda attribuirsi un periodo minimo per l'accertamento dei postumi permanenti. È infatti consentito agli eredi dell'assicurato, nel caso di premorienza di quest'ultimo rispetto a tale termine o comunque all'accertamento medico legale dell'impresa, la possibilità di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo, mediante la consegna di documentazione medica diversa da quella dell'impresa, ma idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi. A titolo esemplificativo ma non limitativo, l'impresa è tenuta ad accettare certificazioni INAIL, INPS, certificazioni ospedaliere, referti, cartelle cliniche, certificati medici specialisti, di famiglia di vario tipo, ecc.

Art. 4 - Condizioni particolari

Art. 4.1 - Rinuncia alla rivalsa

La Società, a deroga di quanto disposto dell'art. 1916 Codice Civile, rinuncia al diritto di surroga nei confronti dei responsabili degli eventuali sinistri.

Art. 4.2 - Morte presunta

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

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 4.3 - Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'art. 2.2 (Rischi inclusi nell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 8% (otto per cento) della somma assicurata;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'art. 3.2 (Controversie).

Art. 4.4 - Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici; Rimane inteso che in nessun caso la Società liquiderà per sinistro e per anno assicurativo somma superiore ad € 2.500.000,00.

Art. 4.5 - Rischio guerra

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

Art. 4.6 - Esonero denuncia di infermità e difetti

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

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

Art. 4.7 - Rischio in itinere

La garanzia è altresì operante per il “rischio in itinere” e cioè per gli infortuni che si verifichino a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi da e per l’abitazione, anche occasionale, dell’Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro o qualsiasi altro luogo, ove l’Assicurato si rechi a svolgere la propria attività, mansione o incarico per conto del Contraente.

Art. 4.8 - Morsi di animali, punture di insetti

Resta convenuto tra le parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate, avvelenamenti e le alterazioni patologiche che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali (compresi gli aracnidi) con esclusione della malaria, del carbonchio e malattie tropicali.

Sono altresì comprese in garanzia le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di Capitolato.

Art 4.9 - Cessazione del rapporto di lavoro causato da infortunio

Nel caso di Invalidità Permanente cagionata da infortunio che determini la cessazione del rapporto di lavoro, la Società corrisponderà un indennizzo in misura pari alla somma assicurata per il caso di invalidità permanente assoluta.

Art 4.10 – Esposizione agli elementi

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

Art 4.11 – Rischio volo

L’assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall’Assicurato durante i viaggi aerei, effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota o altro membro dell’equipaggio) su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs.

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

Nel caso in cui la presente polizza sia cumulativa, la somma delle garanzie da questa previste non potrà superare, complessivamente per aeromobile, i capitali di:

- Euro 4.000.000,00= per il caso di morte;
- Euro 4.000.000,00= per il caso di invalidità permanente.
- Euro 4.000,00= per il caso di inabilità temporanea.

Art 4.12 – Danni estetici

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall’Assicurato per la riduzione del danno fino a concorrenza di Euro 5.000,00= per evento.

Art 4.13 - Liquidazione invalidità permanente

Per i casi di invalidità permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 55% accertato con i

criteri di indennizzabilità previsti dalle condizioni del presente capitolato verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

Art 4.14 – Malattie professionali

L'assicurazione è estesa alle malattie professionali che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste nella tabella n° 4 del D.P.R. 30.06.1965 n° 1124, e successive modifiche ed integrazioni, sia le malattie contratte nell'esercizio ed a causa delle mansioni attinenti l'attività del Contraente ivi comprese le malattie contratte dal personale che, ai termini del DPR 13/02/1964 n. 185 e s.m.i, è esposto ai rischi derivanti da radiazioni.

La valutazione dell'Invalidità Permanente da malattia professionale e la liquidazione dei relativi indennizzi saranno effettuati in conformità alle disposizioni contenute nelle leggi anzidette, fermo restando che gli indennizzi saranno liquidati in capitale anziché in rendita.

Art 4.15– Limite Massimo di Indennizzo

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 15.000.000,00 (quindicimilioni).

Art 4.16 – Trasporto dell'Assicurato

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

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

La Società

.....

Il Contraente

.....

Disposizione finale

Il presente capitolato, già sottoscritto in ogni sua pagina dalla Società aggiudicataria in sede di presentazione dell'offerta, dopo il decreto di aggiudicazione del Contraente assumerà a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società. Saranno ammesse solo le modifiche espressamente indicate in sede di offerta.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, del conteggio del premio e del trattamento dei dati personali.

Ad aggiudicazione avvenuta, il Contraente, per tramite del broker, dà notizia immediata alla Società che ha vinto la gara.

La Società aggiudicataria inserirà l'eventuale riparto delle Coassicuratrici che sarà allegato al Capitolato all'atto della firma del Legale Rappresentante del Contraente.

La Società

.....

Il Contraente

.....

Dichiarazione

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

Art. 1.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio;

Art. 1.3 – Variazioni del rischio

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

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro;

Art. 1.8 - Durata del contratto;

Art. 1.9 – Cessazione anticipata del contratto;

Art. 1.11 - Foro competente;

Art. 1.14 - Assicurazione presso diversi assicuratori;

Art. 1.15 - Clausola Broker.

Art. 1.19 – Regolazione e conguaglio del premio;

Art. 1.22 - Tracciabilità Flussi Finanziari

La Società

.....

Il Contraente

.....

ARES – Azienda Regionale della Salute
Via Piero Della Francesca, 1 – 09047 Selargius (CA)
C.F./P.I. 03990570925

Polizza	n.....
----------------	--------

Durata	9 mesi Dalle ore 24.00 del 31/03/2024 Alle ore 24.00 del 31/12/2024
---------------	--

Rischio Assicurato	Infortuni Medici e altre categorie
---------------------------	------------------------------------

Categorie Assicurate	
A	Medici addetti al Servizio di continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Medicina della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Territoriale (118)
B	Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti
C	Dipendenti in missione
D	Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori
E	Medici dipendenti e non facenti parte di equipe per gli espunti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equipe per il trattamento ECMO
F	Tirocinanti
G	Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

Somme Assicurate pro-capite				
Categoria	Morte	Invalidità Permanente	Inabilità Temporanea	R.S.M
A	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==
B	€ 1.033.000	€ 1.033.000	€ 155	==
C	€ 500.000	€ 500.000	==	==
D	€ 500.000	€ 500.000	€ 155	€ 5.000
E	€ 1.500.000	€ 1.500.000	==	==
F	€ 200.000	€ 200.000	€ 52	€ 5.000
G	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==

Sviluppo del premio				
Categoria	Parametro	Preventivo	Premio pro-capite	Premio Annuo Lordo
A	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....
B	Numero Assicurati	n. 0	€.....	€.....
C	Chilometri effettuati con mezzo proprio	Km. 12.670	€.....	€.....
	Numero Veicoli dell'Azienda	0	€.....	€.....

D	Numero Donazioni	n. 0	€.....	€.....
E	Numero Prelievi	n. 0	€.....	€.....
F	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....
G	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....

Premio Annuo Lordo	€ (in cifre)
	€ (in lettere)

Broker	ATI GBSAPRI S.p.A. / Galizia Broker
---------------	-------------------------------------

Azienda Sanitaria Locale n. 1 di Sassari
Via Alceo Cattalochino n. 9 – 07100 Sassari
C.F./P.I.....

Polizza	n.....
----------------	--------

Durata	9 mesi Dalle ore 24.00 del 31/03/2024 Alle ore 24.00 del 31/12/2024
---------------	--

Rischio Assicurato	Infotuni Medici e altre categorie
---------------------------	-----------------------------------

Categorie Assicurate	
A	Medici addetti al Servizio di continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Medicina della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Territoriale (118)
B	Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti
C	Dipendenti in missione
D	Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori
E	Medici dipendenti e non facenti parte di equipe per gli espunti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equipe per il trattamento ECMO
F	Tirocinanti
G	Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

Somme Assicurate pro-capite				
Categoria	Morte	Invalità Permanente	Inabilità Temporanea	R.S.M
A	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==
B	€ 1.033.000	€ 1.033.000	€ 155	==
C	€ 500.000	€ 500.000	==	==
D	€ 500.000	€ 500.000	€ 155	€ 5.000
E	€ 1.500.000	€ 1.500.000	==	==
F	€ 200.000	€ 200.000	€ 52	€ 5.000
G	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==

Sviluppo del premio				
Categoria	Parametro	Preventivo	Premio pro-capite	Premio Annuo Lordo
A	Numero assicurati	n. 146	€.....	€.....
B	Numero Assicurati	n. 89	€.....	€.....
C	Chilometri effettuati con mezzo proprio	Km. 304.009	€.....	€.....
	Numero Veicoli dell'Azienda	11	€.....	€.....
D	Numero Donazioni	n. 1	€.....	€.....

E	Numero Prelievi	n. 0	€.....	€.....
F	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....
G	Numero assicurati	n.0	€.....	€.....

Premio Annuo Lordo	€ (in cifre)
	€ (in lettere)

Broker	ATI GBSAPRI S.p.A. / Galizia Broker
---------------	-------------------------------------

Azienda Sanitaria Locale n. 2 della Gallura
Via Bazzoni Sircana, 2 – Olbia (SS)
C.F./P.I. 02891650901

Polizza	n.....
----------------	--------

Durata	9 mesi Dalle ore 24.00 del 31/03/2024 Alle ore 24.00 del 31/12/2024
Frazionamento	Annuale

Rischio Assicurato	Infortuni Medici e altre categorie
---------------------------	------------------------------------

Categorie Assicurate	
A	Medici addetti al Servizio di continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Medicina della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Territoriale (118)
B	Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti
C	Dipendenti in missione
D	Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori
E	Medici dipendenti e non facenti parte di equipe per gli espianti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equipe per il trattamento ECMO
F	Tirocinanti
G	Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

Somme Assicurate pro-capite				
Categoria	Morte	Invalità Permanente	Inabilità Temporanea	R.S.M
A	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==
B	€ 1.033.000	€ 1.033.000	€ 155	==
C	€ 500.000	€ 500.000	==	==
D	€ 500.000	€ 500.000	€ 155	€ 5.000
E	€ 1.500.000	€ 1.500.000	==	==
F	€ 200.000	€ 200.000	€ 52	€ 5.000
G	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==

Sviluppo del premio				
Categoria	Parametro	Preventivo	Premio pro-capite	Premio Annuo Lordo
A	Numero assicurati	n. 75	€.....	€.....
B	Numero Assicurati	n. 49	€.....	€.....
C	Chilometri effettuati con mezzo proprio	Km. 44.227	€.....	€.....

	Numero Veicoli dell'Azienda	11	€.....	€.....
D	Numero Donazioni	n. 1	€.....	€.....
E	Numero Prelievi	n. 0	€.....	€.....
F	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....
G	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....

Premio Annuo Lordo	€ (in cifre)
	€ (in lettere)

Broker	ATI GBSAPRI S.p.A. / Galizia Broker
---------------	-------------------------------------

Azienda Sanitaria Locale n. 3 di Nuoro
Via Amerigo Demurtas, 1 – 08100 Nuoro
C.F./P.I. 01620480911

Polizza	n.....
----------------	--------

Durata	9 mesi Dalle ore 24.00 del 31/03/2024 Alle ore 24.00 del 31/12/2024
---------------	--

Rischio Assicurato	Infortuni Medici e altre categorie
---------------------------	------------------------------------

Categorie Assicurate	
A	Medici addetti al Servizio di continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Medicina della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Territoriale (118)
B	Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti
C	Dipendenti in missione
D	Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori
E	Medici dipendenti e non facenti parte di equippe per gli espunti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equippe per il trattamento ECMO
F	Tirocinanti
G	Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

Somme Assicurate pro-capite				
Categoria	Morte	Invalidità Permanente	Inabilità Temporanea	R.S.M
A	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==
B	€ 1.033.000	€ 1.033.000	€ 155	==
C	€ 500.000	€ 500.000	==	==
D	€ 500.000	€ 500.000	€ 155	€ 5.000
E	€ 1.500.000	€ 1.500.000	==	==
F	€ 200.000	€ 200.000	€ 52	€ 5.000
G	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==

Sviluppo del premio				
Categoria	Parametro	Preventivo	Premio pro-capite	Premio Annuo Lordo
A	Numero assicurati	n. 82	€.....	€.....
B	Numero Assicurati	n. 93	€.....	€.....
C	Chilometri effettuati con mezzo proprio	Km. 10.950	€.....	€.....
	Numero Veicoli dell'Azienda	101	€.....	€.....

D	Numero Donazioni	n. 8.257	€.....	€.....
E	Numero Prelievi	n. 0	€.....	€.....
F	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....
G	Numero assicurati	n. 145	€.....	€.....

Premio Annuo Lordo	€ (in cifre)
	€ (in lettere)

Broker	ATI GBSAPRI S.p.A. / Galizia Broker
---------------	-------------------------------------

Azienda Sanitaria Locale n. 4 dell'Ogliastra
Via Piscinas, 5 – 08045 Lanusei
C.F./P.I. 01620420917

Polizza	n.....
----------------	--------

Durata	9 mesi Dalle ore 24.00 del 31/03/2024 Alle ore 24.00 del 31/12/2024
---------------	--

Rischio Assicurato	Infortunati Medici e altre categorie
---------------------------	--------------------------------------

Categorie Assicurate	
A	Medici addetti al Servizio di continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Medicina della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Territoriale (118)
B	Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti
C	Dipendenti in missione
D	Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori
E	Medici dipendenti e non facenti parte di equipe per gli espunti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equipe per il trattamento ECMO
F	Tirocinanti
G	Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

Somme Assicurate pro-capite				
Categoria	Morte	Invalità Permanente	Inabilità Temporanea	R.S.M
A	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==
B	€ 1.033.000	€ 1.033.000	€ 155	==
C	€ 500.000	€ 500.000	==	==
D	€ 500.000	€ 500.000	€ 155	€ 5.000
E	€ 1.500.000	€ 1.500.000	==	==
F	€ 200.000	€ 200.000	€ 52	€ 5.000
G	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==

Sviluppo del premio				
Categoria	Parametro	Preventivo	Premio pro-capite	Premio Annuo Lordo
A	Numero assicurati	n. 29	€.....	€.....
B	Numero Assicurati	n. 33	€.....	€.....
C	Chilometri effettuati con mezzo proprio	Km 2.379	€.....	€.....
	Numero Veicoli dell'Azienda	5	€.....	€.....
D	Numero Donazioni	n. 1.800	€.....	€.....

E	Numero Prelievi	n. 0	€.....	€.....
F	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....
G	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....

Premio Annuo Lordo	€ (in cifre)
	€ (in lettere)

Broker	ATI GBSAPRI S.p.A. / Galizia Broker
---------------	-------------------------------------

Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano
Via Giosuè Carducci, 35 – 09170 Oristano
C.F./P.I. 00681110953

Polizza	n.....
----------------	--------

Durata	9 mesi Dalle ore 24.00 del 31/03/2024 Alle ore 24.00 del 31/12/2024
---------------	--

Rischio Assicurato	Infortuni Medici e altre categorie
---------------------------	------------------------------------

Categorie Assicurate	
A	Medici addetti al Servizio di continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Medicina della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Territoriale (118)
B	Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti
C	Dipendenti in missione
D	Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori
E	Medici dipendenti e non facenti parte di equipe per gli espunti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equipe per il trattamento ECMO
F	Tirocinanti
G	Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

Somme Assicurate pro-capite				
Categoria	Morte	Invalidità Permanente	Inabilità Temporanea	R.S.M
A	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==
B	€ 1.033.000	€ 1.033.000	€ 155	==
C	€ 500.000	€ 500.000	==	==
D	€ 500.000	€ 500.000	€ 155	€ 5.000
E	€ 1.500.000	€ 1.500.000	==	==
F	€ 200.000	€ 200.000	€ 52	€ 5.000
G	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==

Sviluppo del premio				
Categoria	Parametro	Preventivo	Premio pro-capite	Premio Annuo Lordo
A	Numero assicurati	n. 102	€.....	€.....
B	Numero Assicurati	n. 101	€.....	€.....
C	Chilometri effettuati con mezzo proprio	Km 92.057	€.....	€.....
	Numero Veicoli dell'Azienda	51	€.....	€.....

D	Numero Donazioni	n. 5.500	€.....	€.....
E	Numero Prelievi	n. 0	€.....	€.....
F	Numero assicurati	n. 5	€.....	€.....
G	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....

Premio Annuo Lordo	€ (in cifre)
	€ (in lettere)

Broker	ATI GBSAPRI S.p.A. / Galizia Broker
---------------	-------------------------------------

Azienda Sanitaria Locale n. 6 del Medio Campidano
Via Giuseppe Ungaretti, 9 – 09025 Sanluri
C.F./P.I. 03990320925

Polizza	n.....
----------------	--------

Durata	9 mesi Dalle ore 24.00 del 31/03/2024 Alle ore 24.00 del 31/12/2024
---------------	--

Rischio Assicurato	Infortuni Medici e altre categorie
---------------------------	------------------------------------

Categorie Assicurate	
A	Medici addetti al Servizio di continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Medicina della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Territoriale (118)
B	Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti
C	Dipendenti in missione
D	Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori
E	Medici dipendenti e non facenti parte di equipe per gli espunti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equipe per il trattamento ECMO
F	Tirocinanti
G	Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

Somme Assicurate pro-capite				
Categoria	Morte	Invalidità Permanente	Inabilità Temporanea	R.S.M
A	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==
B	€ 1.033.000	€ 1.033.000	€ 155	==
C	€ 500.000	€ 500.000	==	==
D	€ 500.000	€ 500.000	€ 155	€ 5.000
E	€ 1.500.000	€ 1.500.000	==	==
F	€ 200.000	€ 200.000	€ 52	€ 5.000
G	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==

Sviluppo del premio				
Categoria	Parametro	Preventivo	Premio pro-capite	Premio Annuo Lordo
A	Numero assicurati	n. 63	€.....	€.....
B	Numero Assicurati	n. 74	€.....	€.....
C	Chilometri effettuati con mezzo proprio	Km 850	€.....	€.....
	Numero Veicoli dell'Azienda	50	€.....	€.....

D	Numero Donazioni	n. 2.577	€.....	€.....
E	Numero Prelievi	n. 0	€.....	€.....
F	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....
G	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....

Premio Annuo Lordo	€ (in cifre)
	€ (in lettere)

Broker	ATI GBSAPRI S.p.A. / Galizia Broker
---------------	-------------------------------------

Azienda Sanitaria Locale n. 7 del Sulcis
Via Dalmazia, 83 – 09013 Carbonia
C.F./P.I. 03990320926

Polizza	n.....
----------------	--------

Durata	9 mesi Dalle ore 24.00 del 31/03/2024 Alle ore 24.00 del 31/12/2024
---------------	--

Rischio Assicurato	Infortuni Medici e altre categorie
---------------------------	------------------------------------

Categorie Assicurate	
A	Medici addetti al Servizio di continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Medicina della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Territoriale (118)
B	Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti
C	Dipendenti in missione
D	Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori
E	Medici dipendenti e non facenti parte di equipe per gli espunti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equipe per il trattamento ECMO
F	Tirocinanti
G	Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

Somme Assicurate pro-capite				
Categoria	Morte	Invalidità Permanente	Inabilità Temporanea	R.S.M
A	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==
B	€ 1.033.000	€ 1.033.000	€ 155	==
C	€ 500.000	€ 500.000	==	==
D	€ 500.000	€ 500.000	€ 155	€ 5.000
E	€ 1.500.000	€ 1.500.000	==	==
F	€ 200.000	€ 200.000	€ 52	€ 5.000
G	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==

Sviluppo del premio				
Categoria	Parametro	Preventivo	Premio pro-capite	Premio Annuo Lordo
A	Numero assicurati	n. 76	€.....	€.....
B	Numero Assicurati	n. 48	€.....	€.....
C	Chilometri effettuati con mezzo proprio	Km 112.759	€.....	€.....
	Numero Veicoli dell'Azienda	14	€.....	€.....
D	Numero Donazioni	n. 6.349	€.....	€.....

E	Numero Prelievi	n. 0	€.....	€.....
F	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....
G	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....

Premio Annuo Lordo	€ (in cifre)
	€ (in lettere)

Broker	ATI GBSAPRI S.p.A. / Galizia Broker
---------------	-------------------------------------

Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari
Viale Lungomare Poetto, 12 – 09126 Cagliari
C.F./P.I. 03990560926

Polizza	n.....
----------------	--------

Durata	9 mesi Dalle ore 24.00 del 31/03/2024 Alle ore 24.00 del 31/12/2024
---------------	--

Rischio Assicurato	Infortunati Medici e altre categorie
---------------------------	--------------------------------------

Categorie Assicurate	
A	Medici addetti al Servizio di continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Medicina della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Territoriale (118)
B	Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti
C	Dipendenti in missione
D	Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori
E	Medici dipendenti e non facenti parte di equipe per gli espunti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equipe per il trattamento ECMO
F	Tirocinanti
G	Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

Somme Assicurate pro-capite				
Categoria	Morte	Invalidità Permanente	Inabilità Temporanea	R.S.M
A	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==
B	€ 1.033.000	€ 1.033.000	€ 155	==
C	€ 500.000	€ 500.000	==	==
D	€ 500.000	€ 500.000	€ 155	€ 5.000
E	€ 1.500.000	€ 1.500.000	==	==
F	€ 200.000	€ 200.000	€ 52	€ 5.000
G	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==

Sviluppo del premio				
Categoria	Parametro	Preventivo	Premio pro-capite	Premio Annuo Lordo
A	Numero assicurati	n. 138	€.....	€.....
B	Numero Assicurati	n. 234	€.....	€.....
C	Chilometri effettuati con mezzo proprio	Km. 1.090.200	€.....	€.....
	Numero Veicoli dell'Azienda	24	€.....	€.....
D	Numero Donazioni	n. 1	€.....	€.....

E	Numero Prelievi	n. 0	€.....	€.....
F	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....
G	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....

Premio Annuo Lordo	€ (in cifre)
	€ (in lettere)

Broker	ATI GBSAPRI S.p.A. / Galizia Broker
---------------	-------------------------------------

AREUS – Azienda Regionale Emergenza Urgenza Sardegna
Via Luigi Oggiano, 25 – 08100 Nuoro
C.F./P.I. 01526480916

Polizza	n.....
----------------	--------

Durata	9 mesi Dalle ore 24.00 del 31/03/2024 Alle ore 24.00 del 31/12/2024
---------------	--

Rischio Assicurato	Infortunati Medici e altre categorie
---------------------------	--------------------------------------

Categorie Assicurate	
A	Medici addetti al Servizio di continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Medicina della Sanità Penitenziaria/Case Circondariali/Carceri Minorili, Guardia Turistica e sostituti, Medici addetti alle attività territoriali programmate e Medici di Emergenza Territoriale (118)
B	Medici specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e sostituti specialisti
C	Dipendenti in missione
D	Donatori di sangue/midollo osseo e candidati donatori
E	Medici dipendenti e non facenti parte di equipe per gli espunti/trapianti di organi. Personale dipendente facente parte dell'equipe per il trattamento ECMO
F	Tirocinanti
G	Pazienti DSMD inseriti in progetti riabilitativi

Somme Assicurate pro-capite				
Categoria	Morte	Invaldità Permanente	Inabilità Temporanea	R.S.M
A	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==
B	€ 1.033.000	€ 1.033.000	€ 155	==
C	€ 500.000	€ 500.000	==	==
D	€ 500.000	€ 500.000	€ 155	€ 5.000
E	€ 1.500.000	€ 1.500.000	==	==
F	€ 200.000	€ 200.000	€ 52	€ 5.000
G	€ 775.000	€ 775.000	€ 52	==

Sviluppo del premio				
Categoria	Parametro	Preventivo	Premio pro-capite	Premio Annuo Lordo
A	Numero assicurati	n. 101	€.....	€.....
B	Numero Assicurati	n. 0	€.....	€.....
C	Chilometri effettuati con mezzo proprio	Km. 2.000	€.....	€.....
	Numero Veicoli dell'Azienda	0	€.....	€.....
D	Numero Donazioni	n. 0	€.....	€.....

E	Numero Prelievi	n. 0	€.....	€.....
F	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....
G	Numero assicurati	n. 0	€.....	€.....

Premio Annuo Lordo	€ (in cifre)
	€ (in lettere)

Broker	ATI GBSAPRI S.p.A. / Galizia Broker
---------------	-------------------------------------