

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI DIVERSI

Lotto n. 2

CIG n. 8657676C3D

La presente polizza è stipulata tra

Agenzia di Tutela della Salute della VAL PADANA
Via dei Toscani, 1 - 46100 - MANTOVA
C.F. 02481970206

e

La Società/Impresa Assicuratrice
.....

Decorrenza ore 24.00 del 30.06.2021
Scadenza ore 24.00 del 30.06.2023

INDICE:

DEFINIZIONI [DEF].....	1
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA].....	2
DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI.....	2
Art. 1 <i>Durata dell'Assicurazione – Proroga - Disdetta</i>	2
Art. 2 <i>Pagamento del premio e decorrenza dell'Assicurazione</i>	2
Art. 3 <i>Pagamenti per variazioni con incasso di Premio</i>	3
Art. 4 <i>Tracciabilità dei Pagamenti</i>	3
Art. 5 <i>Gestione della Polizza</i>	3
Art. 6 <i>Forma delle comunicazioni e modifiche dell'Assicurazione</i>	3
Art. 7 <i>Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio – Modifiche del Rischio - Buona fede-Diminuzione del Rischio</i>	4
Art. 8 <i>Interpretazione della Polizza</i>	4
Art. 9 <i>Danni precedenti</i>	4
Art. 10 <i>Esonero denuncia infermità difetti fisici e mutilazioni</i>	4
Art. 11 <i>Esonero denuncia generalità degli assicurati</i>	4
Art. 12 <i>Esonero denuncia altre Assicurazioni</i>	4
Art. 13 <i>Oneri fiscali</i>	4
Art. 14 <i>Foro competente</i>	5
Art. 15 <i>Rinvio alle norme di legge</i>	5
Art. 16 <i>Trattamento dei dati</i>	5
Art. 17 <i>Coassicurazione e Delega</i>	5
Art. 18 <i>Regolazione del Premio</i>	5
 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO.....	 7
Art. 19 <i>Denuncia dell'Infortunio</i>	7
Art. 20 <i>Criteri d'indennizzabilità e liquidazione del Danno</i>	7
Art. 21 <i>Legittimazione</i>	7
Art. 22 <i>Pagamento dell'Indennizzo</i>	7
Art. 23 <i>Controversie</i>	8
Art. 24 <i>Rinuncia al diritto di rivalsa</i>	8
Art. 25 <i>Recesso in caso di Sinistro</i>	8
Art. 26 <i>Rendiconto</i>	8
 RISCHI INDENNIZZABILI [RI].....	 10
Art. 1 <i>Oggetto dell'Assicurazione</i>	10
Art. 2 <i>Estensioni dell'Assicurazione</i>	10
Art. 3 <i>Rimborso Spese Mediche da Infortunio</i>	11
Art. 4 <i>Ernie e sforzi</i>	12
Art. 5 <i>Rischio Guerra</i>	12
Art. 6 <i>Rischio Volo</i>	12
Art. 7 <i>Limite Massimo d'Indennizzo</i>	12
Art. 8 <i>Morte</i>	13
Art. 9 <i>Morte presunta</i>	13
Art. 10 <i>Invalità Permanente – Invalità superiore al 50% (cinquanta per cento)</i>	13
Art. 11 <i>Limiti d'età</i>	14
Art. 12 <i>Persone non assicurabili</i>	14
Art. 13 <i>Malattie professionali</i>	14
Art. 14 <i>Validità territoriale</i>	14

ESCLUSIONI [E].....	15
CATEGORIE ASSICURATE [CA].....	16
CALCOLO DEL PREMIO.....	21

DEFINIZIONI [DEF]

Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Polizza	Il documento che prova e regola l'assicurazione
Contraente	AGENZIA TUTELA SALUTE VAL PADANA – Via dei Toscani, 1 – 46100 (MN) C.F. P.I. 02481970206 che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta
Assicurato	Qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dalla presente assicurazione
Società	La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione
Broker	Il Broker al quale, per incarico conferito dalla Contraente, è affidata la gestione dell'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 e l'entità dei danni che possono derivarne
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili
Invalità 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
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali
Indennizzo - Indennità	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza
Franchigia	L'importo stabilito 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
Periodo di assicurazione	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza

annuale

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI

ART. 1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PROROGA - DISDETTA

La presente polizza ha durata dalle ore 24.00 del **30.06.2021** e scadenza alle ore 24.00 del **30.06.2023**; a tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

E' facoltà della Contraente, chiedere ed ottenere dalla Società, una proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di **180** giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro i termini di mora previsti nel successivo art. 2) a far data dal ricevimento della relativa appendice ritenuta corretta.

La Società conviene altresì che è facoltà della Contraente disdettare l'assicurazione, con i tempi e le modalità previsti nel precedente capoverso, qualora intervenga per la Contraente stessa l'opportunità e/o la necessità di aderire ad iniziative che, esperite a livello centralizzato/regionale, prevedano il trasferimento del rischio garantito dalla presente polizza, successivamente alla stipula del presente contratto, qualora dette coperture siano normo-economicamente migliorativi rispetto al contratto, tenuto conto dell'obbligo di pagamento del decimo delle prestazioni non ancora eseguite e qualora l'appaltatore non acconsenta ad una modifica delle condizioni economiche tale da rispettare il limite di cui all'art. 26 comma 3 della legge 23 Dicembre 1999, n. 488.

ART. 2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il premio alla firma viene corrisposto per il periodo dal 30.06.2021 al 30.06.2022 e successivamente sarà da corrispondersi annualmente.

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza purché il pagamento del primo premio avvenga, in deroga all'Art.1901 C.C., entro **90** giorni dalla sopracitata data.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del **novantesimo** giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

I premi devono essere pagati alla direzione della Società o alla sede dell'Agenzia o della Società di brokeraggio alla quale è assegnata la polizza.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

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 della Contraente 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 raccomandata o telex o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

ART. 3 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro **60** (sessanta) giorni dalla data di ricezione, da parte della Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato nel documento di variazione.

ART. 4 TRACCIABILITÀ DEI PAGAMENTI

La Società è tenuta al pieno rispetto di quanto previsto dall'Art. 3 della Legge 136/2010.

ART. 5 GESTIONE DELLA POLIZZA

Resta inteso tra le Parti che al Broker INSER Spa cui la Contraente ha affidato tale incarico, è affidata la gestione e l'esecuzione della presente polizza.

Le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite del Broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall'una all'altra Parte, anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Si conviene altresì che, il pagamento dei premi dovuti alla Società, può essere effettuato dalla Contraente tramite il Broker; il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per la Contraente ai sensi dell'Articolo 1901 del Codice Civile.

Nel sopra citato caso la Società delega quindi esplicitamente il Broker, all'incasso del premio, in ottemperanza a quanto previsto dall'Articolo 118 del D.Lgs. 209/2005 e con gli effetti, per la Contraente, previsti al 1° comma del medesimo Articolo.

ART. 6 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.

ART. 7 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.

ART. 8 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

In caso di interpretazione dubbia delle clausole di polizza, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all'Assicurato e/o Contraente.

ART. 9 DANNI PRECEDENTI

L'Assicurato e la Contraente sono esonerati dall'obbligo di dichiarare eventuali danni che avessero colpito i soggetti assicurati.

ART. 10 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".

ART. 11 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 del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

ART. 12 ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per i medesimi eventi.

ART. 13 ONERI FISCALI

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

ART. 14 FORO COMPETENTE

Il Foro Competente è quello dove ha sede la Contraente.

Resta fermo che per il tentativo di conciliazione, ove sussista l'obbligatorietà della stessa, per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente un Organismo che - abilitato a norma di legge a svolgere la mediazione ed istituito presso il tribunale e/o i consigli degli ordini professionali e/o la camera di commercio - abbia sede, a scelta del Contraente, nella medesima provincia dello Stesso.

ART. 15 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 16 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del D.Lgs. 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.

ART. 17 COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta Componente Economica relativa alla presente assicurazione, resta inteso che 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'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società la Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Società Coassicuratrici indicate nella Scheda Offerta Componente Economica a firmare anche in loro nome e per loro conto, la presente polizza ed i successivi documenti di modifica pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto tali documenti anche per le Società Coassicuratrici.

ART. 18 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Con riferimento agli elementi di rischio variabili, indicati alle varie Categorie, entro **120** giorni dalla fine del periodo di assicurazione per ogni anno di durata del presente contratto (resta invariato il medesimo termine anche nel caso di anticipato recesso dalla presente polizza notificato da una delle Parti), 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 **90** (novanta) giorni dalla data di ricevimento, da parte della Contraente stessa, del documento di regolazione, correttamente emesso, o dalla Società, entro **30** (trenta) giorni dalla data di emissione del documento di regolazione.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

L'Assicurazione è altresì operante fine al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

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 della Contraente 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 raccomandata o telex o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

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 di massimo **60** (sessanta) giorni, 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.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

ART. 19 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 ne ha avuto conoscenza l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

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.

ART. 20 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.

ART. 21 LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dalla 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. 22 PAGAMENTO DELL'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** (trenta) giorni.

ART. 23 CONTROVERSIE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale 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.

Ciascuna delle Parti remunera, a proprie spese, il Medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo Medico. In caso il parere del Collegio sia anche solo parzialmente favorevole all'Assicurato, la Società terrà a proprio carico anche le spese di competenza di quest'ultimo.

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 comunque due anni.

ART. 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.

ART. 25 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 **120** (centoventi) 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.

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** (trenta) giorni ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro **30** (trenta) giorni dal ricevimento da parte della Contraente del documento contrattuale correttamente emesso dalla Società..

ART. 26 RENDICONTO

La Società si obbliga a fornire alla Contraente, alle scadenze del 31 dicembre e 30 giugno di ogni anno, 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.

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

RISCHI INDENNIZZABILI [RI]

ART. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dall'Assicurato nei termini e limiti indicati alle singole Categorie anche se cagionati, a parziale deroga dell'articolo 1900 del Codice Civile, da colpa grave dell'Assicurato stesso, della Contraente e/o del Beneficiario.

La garanzia è altresì operante, a valere per tutte le singole Categorie, fatto salvo laddove diversamente indicato, per il "rischio in itinere" e cioè per gli infortuni che si verificano 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 della Contraente.

ART. 27 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 e scariche elettriche in genere;
- c) le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- d) il contatto con acidi e corrosivi, le ustioni in genere;
- e) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- f) le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- g) 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;
- h) l'asfissia;
- i) l'annegamento;
- j) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana ed 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;
- k) 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, imperizie, e negligenze anche gravi, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a vertigini;
- 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) gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

ART. 28 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Qualora espressamente richiamata, nella relativa Categoria, la voce "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" la Società, in caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo indicato, le spese mediche in genere sostenute dallo stesso e rimaste a suo effettivo carico in quanto non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale e/o non indennizzate da eventuali assicurazioni private e/o di Categoria.

Per spese mediche si intendono:

- spese di ricovero;
- onorari a medici e chirurghi;
- spese per esami di laboratorio ed altri accertamenti diagnostici;
- spese di trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie, salvo quelle necessarie per ripristinare la funzione masticatoria compromessa dall'infortunio.

Rimangono escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente, nonché le cure fisioterapiche e le spese per l'acquisto di farmaci.

Si precisa che fra le spese rimborsabili di cui sopra sono compresi i "ticket" pagati per le prestazioni usufruite dal S.S.N..

ART. 29 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 per cento) 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 per cento) 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".

ART. 30 RISCHIO GUERRA

La garanzia è estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra dichiarata o non, guerra civile e insurrezioni a carattere generale, per il periodo massimo di **14** (quattordici) all'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

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

ART. 31 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.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso. La salita e la discesa mediante scale ed attrezzature speciali aeroportuali fanno parte del rischio.

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 con il massimo di € 1.000.000,00 (un milione/00) per singolo Assicurato e di € 15.000.000,00 (quindici milioni/00) complessivamente per aeromobile.

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

ART. 32 LIMITE MASSIMO D'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** (quindici milioni/00).

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

ART. 33 MORTE

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro **730** (settecento trenta) 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 agli eredi dell'assicurato in parti uguali. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati la somma sarà liquidata agli eredi.

ART. 34 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, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione che, al più, decorreranno da quel momento viene parificato al caso di morte, lo stato dichiarato di coma irreversibile da infortunio.

ART. 35 INVALIDITÀ PERMANENTE – INVALIDITÀ SUPERIORE AL 50% (CINQUANTA PER CENTO)

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 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;
- Qualora preesista una "non funzionalità totale di un organo od un arto" e le conseguenze dell'infortunio comportino, a causa di tale preesistente menomazione, una invalidità permanente "bilaterale" viene liquidata una indennità pari al:
 - 100% della totale nel caso di perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale dell'organo o arto sano;
 - doppio del grado di invalidità accertata (con il massimo del 100%) nel caso di perdita parziale dell'uso funzionale dell'organo o arto sano.

- 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%** (cinquanta per cento), conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, verrà indennizzata al 100% (cento per cento) della somma assicurata.

ART. 36 LIMITI D'ETÀ

L'Assicurazione vale per le persone d'età non superiore a **80** (ottanta) anni.

S'intendono tuttavia assicurate, fino al limite di **85** (ottantacinque) anni compiuti, le persone che abbiano superato gli 80 (ottanta) 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".

ART. 37 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

ART. 38 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** (dodici) mesi successivi alla cessazione della garanzia o del rapporto di lavoro.

ART. 39 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per tutto il Mondo.

ESCLUSIONI [E]

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) gli infortuni derivanti 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;
- b) gli infortuni direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non, guerra civile, insurrezione a carattere generale, salvo quanto previsto all'Articolo - Rischio Guerra;
- c) gli infortuni causati da ubriachezza alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione;
- d) gli infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
- e) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) gli infortuni che siano la conseguenza di infezioni da armi batteriologiche o di contaminazioni da armi chimiche;

- g) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici-terapeutici oggetto dell'attività della Contraente.

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CATEGORIE ASSICURATE [CA]

Categoria A – BIOLOGI (Accordo collettivo nazionale 23/05/2005)

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale, ivi compresi, sempre che 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 ai danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei Comitati e/o delle Commissioni previste dal relativo Accordo Collettivo Nazionale.

Inabilità temporanea € 154,94 al giorno da corrisondersi per un periodo massimo di 300 giorni.

Somme assicurate pro capite

Morte	€	1.032.913,80
Invalità Permanente	€	1.032.913,80
Inabilità Temporanea	€	154,94 al giorno

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Parametro per il Calcolo del Premio

- numero di **persone** : si veda Scheda Offerta Economica predisposta

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Categoria B – MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Accordo collettivo nazionale 23/05/2005)

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale, ivi, compresi sempre che 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 ai danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei Comitati e/o delle Commissioni previste dal relativo Accordo Collettivo Nazionale.

La garanzia è estesa anche in occasione dello svolgimento di attività intra-moenia ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale. Devono intendersi compresi nella stessa anche i medici che operano presso la Ats non in base al contratto collettivo di lavoro ma in base ad apposita convenzione stipulata con la Ats stessa.

Inabilità temporanea € 52,00 al giorno da corrispondersi per un periodo massimo di 300 giorni.

Somme assicurate pro capite

Morte	€	775.000,00
Invalità Permanente	€	775.000,00
Inabilità Temporanea	€	52,00 al giorno

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Parametro per il Calcolo del Premio

- numero di **ore annue lavorate:** si veda Scheda Offerta Economica predisposta

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Categoria C – DIRETTORI AZIENDALI, DIPENDENTI E COMPONENTI COLLEGIO SINDACALE MENTRE UTILIZZANO VEICOLI PROPRI PER SERVIZIO

La garanzia deve intendersi prestata a favore dei Direttori, dipendenti, Componenti del Collegio Sindacale, Medici Specializzandi in tirocinio e personale assunto tramite agenzie di somministrazione di lavoro, per gli infortuni subiti dagli stessi durante la circolazione con i mezzi di trasporto in uso, purché non intestati al PRA a nome della Contraente, quali autovetture, cicli e motocicli, che possono verificarsi durante gli adempimenti di servizio o di mandato, fuori dall'ufficio limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative.

La garanzia deve intendersi estesa per la forzata sosta e la ripresa della marcia nonché la salita e la discesa dai mezzi di trasporto.

La garanzia è operante sia quando la sede di partenza risulta essere quella ove l'assicurato presta abitualmente servizio, sia qualsiasi altro luogo secondo quanto previsto dal regolamento del trattamento della missione di ogni singolo assicurato. Il Contraente conserverà idonea documentazione che si impegna a fornire alla Società qualora venga richiesta.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dalla Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi Accordi Collettivi Nazionali gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Somme assicurate pro capite

Morte	€	208.000,00
Invalità Permanente	€	208.000,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Parametro per il calcolo del Premio

- **numero di chilometri annui percorsi:** si veda Scheda Offerta Economica predisposta

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Categoria D – BORSISTI

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività espletate e svolte per conto della Contraente in qualità di borsista, compreso il rischio in itinere.

Per l'elenco completo dei nominativi faranno fede i registri di presenza tenuti dalla Contraente.

Somme assicurate pro capite

Franchigie

Parametro per il Calcolo del Premio

- numero di **persone** : si veda Scheda Offerta Economica predisposta

Categoria E – ADDETTI ALLE ATTIVITA' RESE IN REGIME DI CONVENZIONE

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività espletate e svolte per conto della Contraente e rese in regime di convenzione organizzata dalla Contraente, compreso il rischio in itinere.
Per l'elenco completo dei nominativi faranno fede i registri di presenza tenuti dalla Contraente.

Somme assicurate pro capite

Morte	€	104.000,00
Invalità Permanente	€	104.000,00

Franchigie

Franchigia assoluta del 3%

Parametro per il Calcolo del Premio

- numero di **persone** : si veda Scheda Offerta Economica predisposta

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Categoria F – Medici USCA

La garanzia deve intendersi prestata a favore dei Medici USCA, le cui attività sono le seguenti:

- a. Valutazione casi sospetti COVID19, o casi confermati, al domicilio degli stessi assistiti
- b. Esecuzione tampone nasofaringeo per casi sospetti, casi confermati, contatti, ed esecuzione tamponi nasofaringei al termine dell'isolamento per tutte tali categorie; anche questa attività è eseguita al domicilio degli assistiti o individuando, a seconda delle necessità, delle strutture fisiche di esecuzione per particolari situazioni (es: tamponi eseguiti direttamente in Drive In ATS Brescia)
- c. Supporto all'attività dell'Asst Spedali Civili al Brixia Forum (esecuzione sierologici e tamponi nasofaringei)
- d. Coinvolti nel percorso di telemonitoraggio dei pazienti COVID19, fornendo a tali assistiti la strumentazione fisica e formandoli all'utilizzo della medesima

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale

Inabilità temporanea € 52,00 al giorno da corrispondersi per un periodo massimo di 300 giorni.

Somme assicurate pro capite

Morte	€	775.000,00
Invalità Permanente	€	775.000,00
Inabilità Temporanea	€	52,00

Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Parametri per il Calcolo del Premio

- numero di **ore annue lavorate**: si veda Scheda Offerta Economica predisposta

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CALCOLO DEL PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO

Categoria A – BIOLOGI.

N° 2 assicurati X €. pro-capite = €.

Categoria B – MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N° 153.000 ore lavoro/anno X €.ora = €.

Categoria C – DIRETTORI AZIENDALI, DIPENDENTI E COMPONENTI COLLEGIO SINDACALE MENTRE UTILIZZANO AUTO PROPRIA PER SERVIZIO

Km 226.000 X €.al km = €.

Categoria D – BORSISTI

N° 1 assicurati X €. pro-capite = €.

Categoria E – ADDETTI ALLE ATTIVITA' RESE IN REGIME DI CONVENZIONE

N° 1 assicurati X €. pro-capite = €.

Categoria F – MEDICI USCA

N° 68.000 ore lavoro/anno X €. ora = €.

CALCOLO DEL PREMIO LORDO ANTICIPATO ALLA FIRMA

Premio annuo lordo anticipato: €.

Firmato digitalmente