

LOTTO NR. 2

CAPITOLATO TECNICO

INFORTUNI

PER IL PERIODO DAL 31.01.2014 AL 31.12.2016

tra

AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO

Via L. Castelvetro 22

20154 Milano MI

P. IVA 04408300152

e

Compagnia Assicurazioni

SPECIFICHE TECNICHE RELATIVE AL RISCHIO INFORTUNI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per **CONTRAENTE**: AO Istituti Clinici di Perfezionamento
- per **ASSICURATO**: la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione
- per **ASSICURAZIONE**: il contratto di assicurazione
- per **POLIZZA**: il documento che prova l'assicurazione
- per **SOCIETA'**: l'impresa assicuratrice
- per **PREMIO**: la somma, comprensiva di imposte, dovuta dalla Contraente alla Società
- per **RISCHIO**: la probabilità che si verifichi il sinistro
- per **SINISTRO**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
- per **INDENIZZO**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
- per **GARANZIA**: la copertura assicurativa prestata dalla Società
- per **VEICOLO**: uno qualunque dei veicoli (autoveicolo, motociclo e ciclomotore) di proprietà dei dipendenti della Contraente o dei loro familiari conviventi anche more uxorio
- per **INFORTUNIO**: un evento dovuto a causa violenta e fortuita che produca lesioni corporali obiettivamente accertabili e che abbia per conseguenza la morte, un'inabilità permanente od una inabilità temporanea

CATEGORIE ASSICURATE PER IL RISCHIO INFORTUNI

A) **MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI**

Oggetto dell'assicurazione

Il contratto assicura gli infortuni subiti dai Medici Specialisti ambulatoriali in occasione delle attività professionali, compreso l'accesso da e per la sede dell'ambulatorio, nonché in occasione dello svolgimento di attività al di fuori della sede abituale di lavoro (extra moenia), il tutto svolto per conto della Contraente e come previsto dalla normativa di legge.

Somme assicurate

- Caso di morte in seguito ad infortunio € 1.033000,00
- Caso di invalidità permanente in seguito ad infortunio € 1.033.000,00
- Caso di inabilità temporanea a seguito di infortunio
Verrà corrisposta un'indennità giornaliera di € 155,00
Per un massimo di 300 giorni annui e con decorrenza dalla data di inizio dell'invalidità.
L'indennità giornaliera è ridotta del 50% per i primi tre mesi

B) **DIPENDENTI IN MISSIONE DI SERVIZIO CON AUTO PERSONALI E DI PROPRIETA' DELL'ENTE**

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisce in qualità di conducente di veicoli, per incidenti di circolazione dal momento in cui sale a quello in cui discende dal veicolo; l'assicurazione vale anche mentre egli, in caso di fermata accidentale, si trova a terra per eseguire le operazioni necessarie a consentire al veicolo di riprendere la marcia.

Sono assicurati:

- a) I dipendenti autorizzati a servirsi in occasione di missioni e per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, del mezzo di trasporto, proprio o di altro familiare, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio;
- b) I conducenti dei veicoli in proprietà o locazione alla contraente

Il contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali il Contraente si impegna a registrare in modo analitico:

- data e luogo della trasferta;
- generalità del dipendente autorizzato alla trasferta;
- numero dei km percorsi;
- dichiarazione redatta dal contraente, in caso di sinistro, che l'autovettura si trovava in missione per conto e su autorizzazione dello stesso;

Somme assicurate

- Caso di morte in seguito ad infortunio € 104.000,00
- Caso di invalidità permanente in seguito ad infortunio € 104.000,00

C) DONATORI DEL SANGUE

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisce durante la donazione sia durante le visite di controllo negli ambulatori inclusi il rischio in itinere e le conseguenze derivanti dalla donazione, compresa la plasmafelisi del sangue e le conseguenze derivanti dalle operazioni di citoafelisi e leucoafelisi. Inoltre, deve essere garantito il costo delle cure mediche sostenute in Istituti di cura non accreditati dal SSN fino alla concorrenza del massimale indicato e comunque solo in eccedenza alle spese non riconosciute in tutto e in parte dal SSN.

Si precisa, come da disposizioni della Regione Lombardia, Direzione Generale di Sanità nr. 11737/2006 – art. 7 – l'inserimento della rinuncia a favore degli assicurati del diritto di rivalsa verso terzi.

Somme assicurate

- Caso di morte in seguito ad infortunio	€ 259.000,00
- Caso di invalidità permanente in seguito ad infortunio	€ 259.000,00
- Caso Invalidità temporanea	€ 52,00 pergiorno
- Rimborso spese mediche da infortuni	€ 5.16500

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni volutamente mendaci e 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 del contratto (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile).

ART. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del premio potrà essere effettuato dalla Contraente entro i trenta giorni successivi.

Le rate di premio successive devono essere pagate entro sessanta giorni dalla scadenza.

Se la contraente non paga entro tali termini, 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.

I rapporti contrattuali dovranno conformarsi alle disposizioni relative agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 co. 8 della Legge nr 136/2010

ART. 3 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Con riferimento al conteggio del premio, entro 120 giorni dalla fine del periodo di assicurazione la Contraente deve comunicare per iscritto alla Società dati consuntivi come previsto dal successivo Art. 5.

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

AO Istituti Clinici di Perfezionamento

L'eventuale importo a favore della Società dovrà essere pagato dalla contraente entro 90 giorni dalla data di ricezione del documento correttamente emesso così come per l'eventuale importo a favore della contraente dovrà essere rimborsato entro 60 giorni dal ricevimento del documento;

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, gli estremi dell'atto, vengano comunicati per iscritto alla Società e/o broker a mezzo raccomandata o telefax o e-mail, o PEC.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissarle un ulteriore termine, non inferiore a 15 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, dalle ore 24,00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio, fino alle ore 24,00 del giorno in cui il 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.

ART. 4 - DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA – DISDETTA

La presente polizza ha durata dalle ore 24,00 del 31.01.2014 e scadenza alle ore 24,00 del 31.12.2016, a tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

E' facoltà della Contraente, alla naturale scadenza del 31.12.2016, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 (centoottanta) giorni

E' comunque nella facoltà delle parti di disdettare la presente assicurazione al 31.12.2014, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata AR, spedita almeno 120 (centoventi) giorni prima della scadenza annuale.

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 30 (trenta) giorni dall'inizio della proroga.

Resta convenuto che, per ogni pagamento relativo alla presente polizza (premi anticipati, regolazioni premio, appendici ecc.), è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria della Contraente a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società o al Broker a mezzo raccomandata o telefax o e-mail, o PEC.

Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà, con copertura immediata, dalle ore 24,00 del giorno indicato nel documento di variazione.

ART. 5 – CRITERI DI DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il premio del presente contratto è determinato sulla base dei premi unitari imponibili, indicati per ogni categoria assicurata, nell'offerta che fa parte integrante del contratto stesso.

Detti premi unitari si intendono fissi ed invariabili per tutta la durata della polizza.

AO Istituti Clinici di Perfezionamento

Il premio annuo anticipato in via provvisoria è conteggiato sulla base dei seguenti dati previsionali che rimarranno fissi ed invariati per tutta la durata del contratto. Le rate di premio anticipato successive alla prima saranno di uguale importo.

- a) per la categoria: Medici Specialisti ambulatoriali: ore effettive
- b) per la categoria: Dipendenti in missione di servizio: km percorsi
- c) per la categoria: Donatori del sangue: nr donatori

Medici Specialisti ambulatoriali:

ore effettive 232.000 x € ad ora totale lordo €

Dipendenti in missione di servizio:

km percorsi nr 48.000 x € totale lordo €

Donatori del sangue:

nr donatori 4.000 x €totale lordo €

ART. 6 - ONERI FISCALI

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

ART. 7 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta e scambiate mediante servizio postale, a mano, telefax o posta elettronica o PEC.

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 8 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione viene prestata per tutto il Mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

ART. 9 - ALTRE ASSICURAZIONI

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni stipulate dalla Contraente per lo stesso rischio.

Del pari, nel caso in cui la Contraente dovesse stipulare altre polizze infortuni è esonerata dall'obbligo di comunicarlo alla Società.

ART.10 – RIFERIMENTO ALLE NORME DI LEGGE – FORO COMPETENTE

Per tutto quanto non previsto dalle condizioni pattuite dal presente testo, valgono unicamente le norme stabilite dal vigente Codice Civile.

Eventuali altre condizioni riportate a stampa debbono intendersi esplicitamente abrogate.

Per l'esecuzione del presente contratto si dichiara competente il Tribunale di Milano .

ART.11 – AGGRAVAMENTO DI RISCHIO - BUONA FEDE

La Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio entro 6 mesi dal suo verificarsi.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C., fermo tuttavia quanto previsto al terzo comma del presente articolo.

Tuttavia l'omissione, l'incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte della Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti della Contraente.

AO Istituti Clinici di Perfezionamento

ART.12 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

A parziale deroga dell'art. 1897 del Codice Civile, nel caso di diminuzione del rischio e/o delle somme assicurate la Società è tenuta a ridurre con effetto immediato il premio o le rate di premio successive alla comunicazione della Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso. La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagato e non goduto, incluse le imposte, in occasione del primo rinnovo dell'annualità di premio o, relativamente all'ultimo anno assicurativo, alla scadenza del contratto.

ART.13 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

A deroga dell'art. 1913 del Codice Civile in caso di sinistro la Contraente deve darne avviso scritto, con la dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico al Broker incaricato della gestione del contratto, nel termine di 30 giorni da quanto ne abbia avuto la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile) fatta salva la buona fede della contraente nella comunicazione oltre il suddetto termine ordinatorio, e fatti salvi i termini di prescrizione.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato interessato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia causato la morte di un Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società. L'Assicurato infortunato, i loro familiari od aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato lo stesso. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo nei casi in cui sono espressamente comprese nell'assicurazione

ART.14 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro che abbia dato luogo a pagamento la Società ha la facoltà di comunicare il proprio recesso dal contratto con effetto dalla successiva scadenza annuale del premio, rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore ai 90 giorni.

ART.15 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (V. art. 1916 C.C.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

ART.16 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle condizioni normative del presente contratto verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole alla Contraente.

ART.17 – INFORMAZIONI PERIODICHE

La Società si impegna a fornire, ogni 6 (sei) mesi, alla Contraente un tabulato dal quale risulti il numero dei sinistri denunciati, l'importo di definizione o, se non definito, l'importo a riserva.

La Società di assicurazione si impegna a trasmettere all'Azienda Ospedaliera copia della documentazione inerente la liquidazione dei sinistri, nonché a rendere eventuali chiarimenti richiesti.

ART.18 – CLAUSOLA BROKER

Resta inteso tra le parti che, in attesa di espletamento della nuova gara Broker cui la Contraente affiderà tale incarico, sarà affidata la gestione e l'esecuzione della presente polizza al Broker in carica.

Le comunicazioni a cui le Parti sono tenute dovranno 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.

AO Istituti Clinici di Perfezionamento

Si conviene altresì che, il pagamento dei premi dovuti alla Società, deve 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.

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 dal 1° comma del medesimo articolo.

La Società di brokeraggio assicurativo che collabora con la stazione appaltante non potrà esigere dalla Compagnia di assicurazione una commissione maggiore alla misura del da calcolarsi sul premio imponibile (imposte escluse) della polizza stipulata dalla Stazione Appaltante.

ART. 19 – A.T.I. E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quota tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta Economica relativa alla presente assicurazione, resta inteso che in caso di sinistro la Società mandante ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società mandatarie che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento.

La Società Mandante 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

CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DELLA POLIZZA

INFORTUNI

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che i componenti delle categorie assicurate dalla Contraente subiscono nell'esercizio delle attività dichiarate (rischi professionali), compreso il rischio in itinere e le missioni effettuate con l'impiego di normali mezzi di locomozione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- il contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni e violenze, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata; trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, allagamenti, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni subiti nel corso di partecipazioni a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;

AO Istituti Clinici di Perfezionamento

- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- l'uso e la detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali.

ART. 2 - ESCLUSIONI

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione:

- a) gli infortuni derivanti da: partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; partecipazione a corsa e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni salvo quanto previsto all'Art. 3 delle Condizioni Generali e Particolari della polizza Infortuni, 1° capoverso (rischio guerra) o da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta ed indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie salvo, in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 3 - ESTENSIONI DI GARANZIA

RISCHIO GUERRA

La garanzia viene 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 civile, di guerra dichiarata e non, invasione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio dei predetti eventi mentre si trova all'estero.

MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del presente contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari che, salvo contraria indicazione, si intendono gli aventi diritto, il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C. Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, 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 decorreranno da quel momento.

MALATTIE CONTRATTE IN SERVIZIO E PER CAUSE DI SERVIZIO

L'assicurazione viene estesa alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente. L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno

AO Istituti Clinici di Perfezionamento

dalla data di cessazione del rapporto stesso. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Non si darà luogo ad indennizzo per l'invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

DANNI ESTETICI

Per tutte le categorie assicurate in caso di infortunio non escluso dal presente contratto che provochi conseguenze permanenti di carattere estetico la Società rimborserà fino ad un massimo di € 1.500,00 le spese sostenute e documentate dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

INFORTUNI AERONAUTICI

L'assicurazione è estesa agli infortuni che gli Assicurati subiscano durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggeri su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs. Il rischio volo inizia nel momento in cui gli Assicurati salgono a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando scendono dagli stessi; la salita e la discesa, mediante scale od altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo. Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.032.000,00 per il caso di morte, € 2.064.000,00. per il caso di invalidità permanente totale e € 251,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di € 5.000.000,00 per il caso morte, € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.000,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta. In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati., le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Sono equiparati agli "Infortuni Aeronautici" anche gli infortuni derivanti da dirottamenti, sabotaggi, atti di pirateria ed attentati.

ART. 4 - LIMITI DI ETÀ'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli ottanta 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 possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta della Contraente.

ART. 5 - ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

La Contraente è esonerata 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 della Contraente. E' pure esonerata dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

AO Istituti Clinici di Perfezionamento

ART. 6 - CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti, pertanto 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 conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ART. 7 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte di un Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo contraria indicazione, gli aventi diritto.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo. La dichiarazione da parte delle competenti Autorità che l'Assicurato è disperso ed il caso di sentenza di morte presunta vengono parificati al caso di morte ai sensi dell'Art. 60, comma 3 del C.C.

ART. 8 - INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per l'invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge, salvo che per i "Medici Specialisti Ambulatoriali" per i quali è prevista in polizza un'apposita tabella di invalidità permanente specifica.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di invalidità permanente previste dalla 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 si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione delle funzionalità perdute. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invalidità permanente non specifica, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Nel caso di ernia determinata da infortunio (ernia traumatica) l'indennità è determinata come segue:

- a) se l'ernia è operabile ed il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- b) se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi risarcimenti valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio

AO Istituti Clinici di Perfezionamento

Arbitrale di cui al successivo art. 12. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di riferimento indicata, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

ART. 9 - INABILITA' TEMPORANEA

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, per le categorie per le quali è prevista, con le modalità descritte nell'elenco della "Categorie Assicurate".

L'indennità cessa all'atto dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico. Se l'Assicurato non trasmette tale certificato viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

ART.10 - CUMULO DI INDENNITA'

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà agli aventi diritto la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il 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 aventi diritto l'importo liquidato od offerto.

ART.11 - ANTICIPO INDENNIZZO

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 10% l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo sull'indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 30 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

ART. 12 – FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, in via esclusiva, il Foro di Milano.