



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

ESEMPLARE PER IL CONTRAENTE

Assicurazione Infortuni



ASSICURAZIONE INFORTUNI
Mod. 145/01
CUMULATIVA

LA VALUTA BASE DELLA POLIZZA È EURO

POLIZZA N° **313356384** AGENZIA **MAZARA DEL VALLO** Codice **831 00**

CONTRAENTE **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA** CODICE FISCALE **0000002866420793**

domicilio (via, n. civico) **VIA DANTE ALIGHIERI 67** comune **VIBO VALENTIA** c.a.p. **89900** prov. **VV**

decorrenza ore **24** del **31** **12** **2011** scadenza ore **24** del **30** **09** **2014** rateazione **ANNUALE**

emissione 1^a quietanza **30** **09** **2012** polizza emessa il **04** **01** **2012**

polizze sostituite/rinnovate n°

PREMIO RATA INIZIALE			PREMIO RATE SUCCESSIVE		
PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTA	TOTALE	PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTA	TOTALE
183.237,56	4.580,94	187.818,50	244.317,07	6.107,93	250.425,00

PREMIO ANNUO INFORTUNI **250.425,00** DI CUI IMPOSTA **6.107,95**

PREMIO ANNUO MALATTIE DI CUI IMPOSTA

CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI **X005** **GARA** **EPAO** **I120**

ALLEGATI MODELLI **AGPRY01** **IDS2** **I902/01** **APTRAC** **X005**

CAUSE DI INASSICURABILITÀ

Ai sensi dell'art. 2.4 delle Condizioni di Polizza contenute nei retroindicati stampati, richiamati tra gli "allegati modelli", non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive.

Il Contraente dichiara di essere consapevole che le suddette affezioni sono causa di:

- Inassicurabilità se presenti attualmente;
- Cessazione automatica dell'assicurazione contestualmente al loro manifestarsi in corso di contratto.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Indicare le altre assicurazioni, aventi per oggetto rischi analoghi a quelli previsti nella presente polizza, in corso con la infrascritta Società, con altre, con Enti (escluso INAIL) e per quali somme assicurate (in caso di risposta negativa indicare nessuna)

Nessuna

Il sottoscritto dichiara di conoscere, di accettare e di aver ricevuto le Condizioni di Polizza contenute nei retroindicati stampati e appendici di polizza, richiamati tra gli "allegati modelli".

Assicurazioni Generali S.p.A

Il Contraente

A.S.P. di Vibo Valentia

La Commissione Straordinaria

Manfredi

Il Contraente dichiara altresì di aver ricevuto prima della sottoscrizione del contratto il Fascicolo Informativo contenente la Nota informativa, comprensiva del glossario e le Condizioni di assicurazione.

Il Contraente

A.S.P. di Vibo Valentia

La Commissione Straordinaria

Manfredi

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Polizza contenuti nei retroindicati stampati, richiamati tra gli "allegati modelli":

- "Precisioni e delimitazioni dell'assicurazione"

Art.2.4, "Persone non assicurabili"

- "Norme operanti in caso di sinistro"

Art.5.4, "Controversie - Arbitrato irrituale"

- "Norme generali"

Art.6.5, "Recesso in caso di sinistro"

Art.6.6, "Proroga dell'assicurazione"

Il Contraente

A.S.P. di Vibo Valentia

La Commissione Straordinaria

Manfredi
è stato effettuato il versamento del
Agente o esattore

Il pagamento dell'importo, dovuto alla firma della presente polizza di euro _____
sottoscritto oggi, alle ore _____ in _____ il _____.





GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

Esemplare per il Contraente

Mod. X005 - ATTO DI DICHIARAZIONE N. 00

AGENZIA DI MAZARA DEL VALLO

COD. 831 00

POLIZZA N. 313356384

MODELLO I45

CONTRAENTE AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA

DATA EMISSIONE 04/01/2012

Precisazione

Si prende atto fra le Parti che le CGA mod. I902/01 ed il codice clausola speciale I120 indicate nel frontespizio di polizza vengono integralmente sostituite dall'allegato "Capitolato di Polizza - Infortuni -

Fermo il resto.

Assicurazioni Generali S.p.A.

Contraente/Assicurato

A.S.P. di Vibo Valentia
La Commissione Straordinaria





GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

Esemplare per il Contraente

Polizza N.: 313356384 Agenzia: MAZARA DEL VALLO Cod.: 831

Contraente: AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA

APPENDICE DI TRACCIABILITÀ

La Società si assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche. Inoltre si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante medesima della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Data 04/01/2012

Assicurazione Generali S.p.A.

Il Contraente



A.S.P. di Vibo Valentia

La Commissione Straordinaria





Direzione per l'Italia

APPENDICE AGRY01

A POLIZZA N. 313356384

Esemplare per il Contraente

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari ⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi assicurativi⁽²⁾ da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti ⁽³⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa ⁽⁴⁾.

I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati - alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge ⁽⁵⁾ - non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁽⁶⁾ rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003: Generali Corporate Services S.c.a.r.l. - Privacy Gruppo Italia, Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003. Il sito www.generali.it riporta le informative aggiornate ed ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili e delle Società del Gruppo Generali.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data

Nome e cognome o denominazione sociale

A.S.P. di Vibo Valentia

La Commissione Straordinaria

Firma dell'/degli interessati

A.S.P. di Vibo Valentia

La Commissione Straordinaria

NOTE:


- (1) L'art. 4, co.1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- (2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche (come individuati dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9).
- (3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario, proprietario dei beni assicurati o danneggiato (v. polizze di responsabilità civile), nonché banche dati consultabili in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa.
- (4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di recupero crediti e altri erogatori convenzionati di servizi; tali dati possono essere inoltre comunicati a società del Gruppo Generali e ad altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati a società del Gruppo Generali per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, nonché ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali, quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, ISVAP, Banca d'Italia - UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione, concessionarie per la riscossione dei tributi.
- (5) Lo prevede ad esempio la normativa in tema di constatazione amichevole di sinistro.
- (6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.



CAPITOLATO DI POLIZZA

INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra

 di Vibo Valentia	L'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia
	Via Dante Alighieri
	89900 Vibo Valentia
	C.F./P.I. 02866420793

e

Società Assicuratrice Assicurazioni Generali SpA
Agenzia di Mazara del Vallo

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	31/12/2011
Alle ore 24.00 del :	30/09//2014

SOMMARIO

SEZIONE 1	DEFINIZIONI
	Definizioni
SEZIONE 2	NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE
Art.1	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art.2	Decorrenza dell'Assicurazione – pagamento del premio
Art.3	Durata del contratto
Art.4	Regolazione del premio
Art.5	Modifiche dell'assicurazione
Art.6	Forma delle comunicazioni del e modifiche dell'assicurazione
Art.7	Oneri fiscali
Art.8	Foro competente
Art.9	Interpretazione del contratto
Art.10	Coassicurazione e delega
Art.11	Clausola broker
Art. 12	Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa
Art. 13	
Art. 14	Rinvio alle norme di Legge
SEZIONE 3	NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI
Art.15	Oggetto dell'Assicurazione
Art.16	Esclusioni
Art.17	Estensioni di garanzia
Art.18	Limiti territoriali e di risarcimento
Art.19	Limiti di età
Art.20	Persone non assicurabili
Art. 21	Esonero denuncia generalità degli assicurati
Art. 22	Altre assicurazioni
Art. 23	Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi
Art. 24	Criteri di indennizzo
Art. 25	Morte
Art. 26	Invalidità Permanente
Art. 27	Cumulo di indennità
Art. 28	Controversie e collegio arbitrale
Art. 29	Rinuncia alla rivalsa
Art. 30	Recesso in caso di sinistro
Art. 31	Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
SEZIONE 4	CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE
Art.32	Identificazione degli assicurati
Art.33	Calcolo del premio
Art.34	Disposizione finale

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per SOCIETA'	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici,;
per ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione;
per CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	il documento che prova l'assicurazione;
per CONTRAENTE	l'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, che stipula l'assicurazione;
per ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
per PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
per RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro;
per INDENNITA'	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti 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 art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. 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.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del 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 degli assicurati.

Art.2 Decorrenza dell'assicurazione – pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. l'Ente Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro sessanta giorni dalla decorrenza della polizza fermo restando l'effetto della copertura assicurativa.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello delle scadenze annuali o intermedie e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

Il pagamento dei premi alla Società verrà effettuato per il tramite del Broker, fatta salva la possibilità del pagamento diretto da parte Contraente previa specifica richiesta.

Art.3 Durata del contratto

Il presente contratto ha validità dalle ore 24,00 del 31.12.2011 alle ore 24,00 del 30.09.2014 (scadenze anniversary 30.09 di ogni anno) e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Il contratto potrà essere disdetto dalle parti a mezzo lettera raccomandata A.R. inviata almeno 90 giorni prima di ogni scadenza annuale.

L'Ente Contraente si riserva la facoltà di procedere al rinnovo del contratto, qualora ne ricorrano i presupposti di Legge e secondo le modalità e condizioni previste dalla Legge stessa, previa comunicazione scritta almeno 90 giorni prima della scadenza; il rinnovo può essere richiesto per un massimo di tre anni dalla scadenza contrattuale suindicata, anche di anno in anno. La Società si riserva la facoltà di concedere detto rinnovo.

Si conviene inoltre che, in caso di rescissione del contratto al termine delle annualità intermedie, o alla sua scadenza o in caso di rescissione per sinistro, al Contraente spetterà la facoltà di chiedere una proroga di ulteriori 90 giorni, al fine di consentire il regolare espletamento di una nuova gara. Tale proroga verrà concessa previo pagamento di un premio addizionale pari ai 3/12 del premio annuale.

Art.4 Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria, sulla base di un preventivo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo e cioè il numero degli assicurati (o altro dato) per ognuna delle categorie previste in polizza.

L'eventuale differenza attiva risultante dalla regolazione, deve essere pagata nei sessanta giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto 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'Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili.

Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75 % di quello dell'ultimo consuntivo.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art.5 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art.6 - Forma delle comunicazioni del e modifiche dell'assicurazione

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera

raccomandata anche a mano od altro mezzo (telefax e simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.
Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. 7 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 8 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 9 - 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.10 - Coassicurazione e delega (opzionale)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Aon S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla Aon S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento, se avvenuto per il tramite del broker, verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella di riparto.

Art.11 - Clausola Broker

L'Ente Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza all' Società Aon S.p.A. quale mandataria dell'ATI con GPA Assiparos S.p.A., in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs 209/2005 e s.m.i.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per la Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker e' a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 10 % sul premio imponibile.

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il suddetto servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso di validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo poliennale residuo.

Parimenti il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la compagnia di assicurazione od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

Art.12 – Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa

a) La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i.;

b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede il Contraente.

c) Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla Società e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, qualora, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dalla Società sia rilevato il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c..

La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola presente risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto

Art. 13 – Clausola di raccordo

La presente polizza si intende vincolata con la polizza incendio n. 313356385 stipulata dal Contraente con la medesima Società, in quanto oggetto di lotto unico nella procedura di gara.

Pertanto, qualora per la suindicata polizza venga esercitato da parte della Società il diritto di recesso ai sensi delle condizioni contrattuali, ciò comporterà la risoluzione automatica e con la medesima data di effetto anche per la presente polizza.

Art.14 - Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 15 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali) compreso il rischio in itinere.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- 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 lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, 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 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, inondazioni e fenomeni connessi;
- 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.

Art. 16 Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse 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. 16 - Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione 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.
- g) i rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (NUCLEAR ENERGY RISKS EXCLUSION CLAUSE NMA 1975° 1994);
- h) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;

Art. 17 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, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Morte Presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione 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, al più, decorreranno da quel momento.

Danni Estetici

In caso di infortunio non escluso dal presente contratto, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 2.582,28 le spese documentate sostenute 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 l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero 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 l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed 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 € 1.032.913,80 per il caso di morte, € 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente totale e € 258,23 giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di € 5.164.568,99 per il caso morte, € 5.164.568,99 per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.164,57 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.

Art. 18 Limiti territoriali e di risarcimento

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.164.568.99.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 19 Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settantacinque 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. 20 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 paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

Art. 21 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.

Art. 22 Altre assicurazioni

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Art. 23 Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di trenta giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato 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 dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 24 Criteri di indennizzo

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; 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 fisici, 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, fermo quando stabilito dall'art. 27.

Art. 25 Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'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 diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

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.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art.60 comma 3 del Codice Civile (vedi precedente art. 15 di polizza).

Art. 26 Invalidità 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 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.

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 della funzionalità perduta. 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 specificati, 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 che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e 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;
- 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 valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 26.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, 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 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Art. 27 Cumulo di indennità

L'indennità per invalidità permanente è cumulabile con quella per morte. 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 ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, 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 eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 28 Controversie e collegio arbitrale

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 che risiede presso il Contraente al quale è assegnato il contratto di assicurazione. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

Art. 29 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. 30 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

Art. 31 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso e completo dei dati identificativi del danneggiato e del numero di repertorio assegnato:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato e data liquidazione);
- d) sinistri respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

E' fatto inoltre obbligo alla Società entro 180 giorni dalla ricezione di ogni denuncia segnalare l'esistenza di eventuali scoperture assicurative in quanto in assenza di tale dichiarazione il sinistro sarà considerato in garanzia ed assoggettato alle ordinarie procedure di liquidazione.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE
--

Art. 32 Identificazione degli assicurati

sono assicurati gli appartenenti alle seguenti categorie per i capitali e le garanzie di seguito indicati:

Cat. A) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

Rischi assicurati come da Accordo collettivo nazionale del 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78 e dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.033.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 155,00.= giornaliera (ridotta al 50% per i primi 3 mesi) per un massimo di 300 giorni

Cat. B) MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI E FISCALI

Rischi assicurati come da DPR 484 del 22/07/1996 - Accordo collettivo nazionale 23 Marzo 2005 : infortuni professionali.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 775.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00.= giornaliera per un massimo di 300 giorni

CAT. C) MEDICI CHE ESPLICANO IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Rischi Assicurati: come da DPR270 del 28/07/2000 - Accordo collettivo nazionale 23 Marzo 2005.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 775.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00.= giornaliera per un massimo di 300 giorni

Cat. D) BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI

Rischi assicurati: come da Accordo collettivo nazionale del 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art.8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.033.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 155,00.= giornaliera (ridotta al 50% per i primi 3 mesi) per un massimo di 300 giorni

Cat. E) MEDICI VETERINARI AMBULATORIALI

Rischi assicurati: come da Accordo collettivo nazionale del 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art.8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.033.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 155,00.= giornaliero (ridotta al 50% per i primi 3 mesi) per un massimo di 300 giorni

Cat. F) MEDICI ADDETTI AI SERVIZI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118

Rischi assicurati: come da Accordo collettivo nazionale del 23 marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs.n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni:

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 775.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 78,00.= giornaliero

Cat. G) DONATORI DI SANGUE, DONATORI DI PIASTRINE, DI PLASMOFERESI E DI CELLULE STAMINALI

Rischi assicurati : Infortuni avvenuti 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 è garantito il rimborso delle spese mediche sostenute in Istituti di cura non accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale, fino a concorrenza del massimale assicurato ed in eccedenza alle spese non riconosciute , in tutto o in parte, dal Servizio Sanitario Nazionale, per:

- onorari dei medici, chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami di laboratorio ed altri accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'assicurato.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 258.500,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 258.500,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00.= giornaliera
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 2.600,00.=

Cat. H) DIPENDENTI IN MISSIONE

Rischi assicurati: come da DPR 384 del 28/11/1990 e successivi CCNL comparto stipulato il 07.04.1999 – art. 25 e CCNL Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica ed Amministrativa stipulato il 08.062000 – art. 24: Infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di conducente di veicoli, per incidenti di circolazione dal momento in cui sale a bordo del veicolo a quello in cui ne discende; 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 nella presente categoria:

1. i dipendenti autorizzati dalla Contraente a servirsi in occasione di missioni e per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio di veicoli propri o di altro familiare convivente, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio; per la identificazione degli Assicurati e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti della Contraente attestanti:

- I. data e luogo della missione e/o servizio;
- II. generalità dell'assicurato autorizzato alla missione/servizio;
- III. numero dei chilometri percorsi limitatamente alla missione – adempimento di servizio effettuati con utilizzo di veicoli privati (esclusi quelli della Contraente);
- IV. dichiarazione redatta dalla Contraente, e da presentare alla Società in caso di sinistro, attestante che il conducente era in missione/servizio con il proprio veicolo per conto e su autorizzazione della stessa Contraente

2. i conducenti dei veicoli in proprietà o in locazione, uso, comodato alla Contraente.

La presente garanzia è estesa al Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario della Contraente.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 155.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 155.000,00.=

Cat. I) DIRETTORE GENERALE, SANITARIO, AMMINISTRATIVO, COMMISSARI

Rischi Assicurati: infortuni subiti dalle figure apicali della Contraente a causa ed in occasione dell'attività svolta per conto della stessa, compreso il rischio in itinere. Per l'individuazione degli assicurati faranno fede i registri dell'Ente.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 1.000.000,00
Caso Inabilità Temporanea	€ 250,00 giornaliera
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 5.000,00

Art. 33 Calcolo del premio

Il premio conteggiato in base ai costi finiti (inclusa l'imposta) sottoindicati, viene anticipato in via provvisoria sui seguenti preventivi annui denunciati dalla Contraente.

Cat. A) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

€ 1.500,00 x N 50 assicurati = € 75.000,00

Cat. B) MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI E FISCALI

€ 750,00 x N 5 assicurati = € 3.750,00

Cat. C) MEDICI CHE ESPLICANO IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

€ 750,00 x N 100 assicurati = € 75.000,00

Cat. D) BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI

€ 1.200,00 x N 1 assicurati = € 1.200,00

Cat. E) MEDICI VETERINARI AMBULATORIALI

€ 1.200,00 x N 15 assicurati = € 18.000,00

Cat. F) MEDICI ADDETTI AI SERVIZI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118

€ 750,00 x N 10 assicurati = € 7.500,00

Cat. G) DONATORI DI SANGUE, DONATORI DI PIASTRINE, DI PLASMOFERESI E DI CELLULE STAMINALI

€ 2,40 x N 3.000 donazioni = € 7.200,00

Cat. H) DIPENDENTI IN MISSIONE

€ 0,093 x N 450.000 Km percorsi con mezzo proprio = € 41.850,00

€ 165,00 x N 45 mezzi della contraente = € 7.425,00

Cat. I) DIRETTORE GENERALE, SANITARIO, AMMINISTRATIVO, COMMISSARI

€ 4.500,00 x N 3 assicurati = € 13.500,00

Art. 34 Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

A.S.P. di Vibo Valentia

La Commissione Straordinaria

[Firma]

LA SOCIETA'

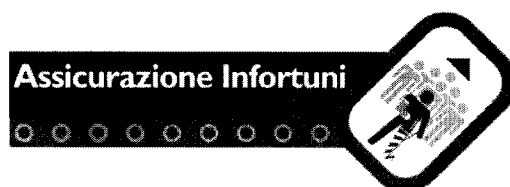




GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.



Assicurazione Infortuni cumulativa aziendale



Il presente Fascicolo informativo, contenente

- **Nota informativa, comprensiva del glossario**
- **Condizioni di assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

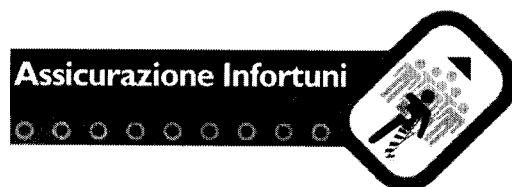
Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

zione per l'Italia - 31021 Mogliano Veneto, via Marocchessa 14 - telefono 041 5492111 - fax 041 942909 - sito internet: www.generali.it - e-mail: info@generali.it

Società costituita nel 1831 a Trieste - Capitale sociale € 1.556.873.283,00 interamente versato - Sede legale in Trieste, piazza Duca degli Abruzzi 2
Codice fiscale e Registro imprese 00079760328 - Iscritta al numero 1.00003 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione
Capogruppo del Gruppo Generali, iscritto al numero 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi

NOTA INFORMATIVA
Assicurazione infortuni cumulativa aziendale



La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

GLOSSARIO

Assicurato	La persona per la quale è prestata l'assicurazione.
Contraente	La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto e che è obbligata al pagamento del premio.
Extraprofessionale	Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby ed in generale qualsiasi manifestazione della vita quotidiana. Restano quindi esclusi tutti gli infortuni verificatisi durante lo svolgimento delle attività a carattere professionale e comunque, per coloro i quali siano soggetti all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, quelli che si dovessero verificare in circostanze tali da farli rientrare nella sfera di competenza della suddetta assicurazione obbligatoria
Ictus	Ictus cerebrale: accidente cerebro-vascolare acuto costituito da emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco che produca danno neurologico immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero.
Infarto	Infarto miocardico acuto: coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico; la diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
Invalità permanente	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Professionale	Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali principali ed accessorie dichiarate.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	L'impresa di Assicurazione e cioè Assicurazioni Generali S.p.A.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Assicurazioni Generali S.p.A. – Capogruppo del Gruppo Generali;
- b) sede legale: Trieste (Italia) – Piazza Duca degli Abruzzi, 2 - Italia;
- c) sede secondaria: Direzione per l'Italia, Mogliano Veneto (TV) – Via Marocchessa, 14 – Italia.
- d) recapito telefonico: +39 041 5492 111, sito internet: www.generali.it, e-mail info@generali.it;
- e) è iscritta al numero 1.00003 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione ed è Capogruppo del Gruppo Generali, iscritto al numero 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Il patrimonio netto ammonta a 14.259,837 milioni di euro, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a 1.556,873 milioni di euro e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a 12.702,964 milioni di euro. L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni, è 1081,00% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

Si rinvia al sito internet della Società per la consultazione di eventuali aggiornamenti del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Relativamente alla durata del contratto si precisa che lo stesso, se di durata non inferiore ad un anno e sempreché non derogato con apposita clausola (cod. I19 del clausolario di polizza), prevede il tacito rinnovo a scadenza.

Avvertenza: per esercitare la disdetta alla scadenza del contratto il Contraente o la Società devono inviare comunicazione a mezzo di lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza stessa. In tale caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 6.6 delle condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il presente contratto è dedicato per l'assicurazione di tutti i soggetti che intrattengono un rapporto di natura economico-professionale con la Società o Ente che contrae la Polizza. L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione (art. 4.4 delle condizioni di assicurazione). Il Contraente ha facoltà di assicurare:

- persone nominativamente indicate in polizza;
- categorie professionali come ad esempio operai, impiegati e dirigenti. In tal caso non è necessario identificare in polizza le generalità delle singole persone assicurate.

Il contratto prevede di base una copertura contro gli **infortuni** professionali ed extraprofessionali

Le principali prestazioni offerte in caso di infortunio sono: Invalidità permanente, Morte, Indennità giornaliera da ricovero, Inabilità temporanea, Indennità giornaliera da ingessatura, Rimborso spese sanitarie. Per una descrizione completa delle citate prestazioni e di altre disponibili per la presente assicurazione, *che sono operanti unicamente se richiamate in polizza*, si rinvia al capitolo 3 "Garanzie prestate" delle condizioni di assicurazione ed al clausolario di polizza.

E' possibile integrare l'assicurazione infortuni con alcune prestazioni malattie tra cui si segnalano in particolare l'Invalidità permanente in caso di malattia, l'Invalidità permanente da ictus o infarto e l'Indennità giornaliera da ricovero. Per una descrizione completa delle citate prestazioni e di altre disponibili, *che sono operanti unicamente se richiamate in polizza*, si rinvia al clausolario di polizza.

Sono salve ulteriori condizioni particolari concordabili tra le parti al momento della conclusione del contratto.

Avvertenza: il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero cause di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Dette limitazioni, esclusioni e cause di sospensione sono contraddistinte nelle condizioni di assicurazione dal carattere corsivo. In particolare si rinvia agli artt. 2.2 e 6.3 delle condizioni di assicurazione, alla clausola speciale I123 "Regolazione del premio" se operante e alle clausole speciali che disciplinano le prestazioni malattia identificate dai codici di clausola speciale M117, M118, M119, M120, M121, M122 e M123.

Avvertenza: il contratto prevede specifici criteri per la determinazione dell'indennizzo spettante nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie per i cui aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 5.2 delle condizioni di assicurazione ed ai codici di clausola speciale M117, M118, M119 e M122.

Avvertenza: il contratto prevede franchigie, scoperti e massimali applicabili alle coperture assicurative. Si rinvia pertanto alle relative condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. In particolare, si rinvia:

- agli articoli 2.3, 3.2, dal 3.7 al 3.9 e 4.1 delle condizioni di assicurazione;*
- ai codici di clausola speciale I104, I105, M117, M118, M119 e M122;*

Per facilitare la comprensione del relativo meccanismo di funzionamento se ne illustrano di seguito alcune esemplificazioni numeriche.

Invalità permanente a seguito di infortunio: capitale assicurato euro 250.000,00, franchigia a scaglioni (ad esempio 0% fino a euro 160.000,00 e 3% oltre euro 160.000,00 e fino a euro 260.000,00).

In caso di infortunio che abbia comportato un'invalità permanente accertata del 12% l'indennizzo viene così determinato:

- sul primo scaglione di somma assicurata pari a euro 160.000,00 si riconosce la percentuale di invalidità accertata senza deduzione di alcuna franchigia ossia euro $160.000,00 * 12/100 =$ euro 19.200,00;
- sulla somma eccedente (250.000,00-160.000,00 = 90.000,00) si riconosce la percentuale di invalidità accertata dedotti 3 punti ossia euro $90.000,00 * (12-3)/100 =$ euro 8.100,00.

L'indennizzo complessivo riconosciuto sarà pertanto pari a euro $19.200,00 + 8.100,00 =$ euro 27.300,00

Inabilità temporanea : somma assicurata di euro 50,00 con franchigia assoluta di 10 giorni sulla parte di somma assicurata eccedente euro 30,00 e fino a euro 60,00. A seguito di infortunio viene riconosciuta all'Assicurato un'inabilità temporanea di 18 giorni (13 giorni di inabilità totale e 5 giorni di inabilità parziale che prevede la corresponsione del 50% della somma assicurata). L'indennizzo viene così calcolato:

1. Sulla parte di somma assicurata senza franchigia pari a euro 30,00:
 - Inabilità totale euro $30,00 * 13 =$ euro 390,00
 - Inabilità parziale euro $15,00 * 5 =$ euro 75,00
2. Sulla parte di somma assicurata con franchigia di 10 giorni pari a euro 20,00 (50,00 – 30,00):
 - Inabilità totale euro $20,00 * (13-10) =$ euro 60,00
 - Inabilità parziale euro $10,00 * 5 =$ euro 50,00

L'indennizzo complessivo riconosciuto sarà pertanto pari a euro $390,00 + 75,00 + 60,00 + 50,00 =$ euro 575,00

Avvertenza: la polizza prevede un limite massimo di età assicurabile pari a 75 anni sempreché il relativo premio non risulti regolarmente pagato anche oltre tale limite. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.4 delle condizioni di assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità

Avvertenze: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare effetti sulla prestazione. Per le relative conseguenze si rinvia all'articolo 6.1 delle condizioni di assicurazione.

La compilazione del questionario sanitario, se previsto, deve essere fatta in maniera precisa e veritiera.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Per le conseguenze in caso di omessa comunicazione si rinvia a quanto previsto dagli articoli 2.4, 4.2 e 4.4 delle condizioni di assicurazione.

Con riferimento alle variazioni nella professione è necessario distinguere tra l'assicurazione prestata per persone nominativamente indicate in contratto e l'assicurazione prestata a favore di categorie professionali.

Nel primo caso e purché permanga tra Assicurato e Contraente il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione, il cambiamento delle specifiche mansioni lavorative va comunicato alla Società ai sensi degli artt. 1898 e 1897 del codice civile.

Nel secondo caso, qualora un Assicurato cambi inquadramento professionale e la nuova qualifica non sia più assimilabile ad alcuna delle categorie professionali indicate in contratto, l'assicurazione cessa nei suoi confronti dalla data in cui viene registrato nei libri di amministrazione del Contraente l'aggiornamento della qualifica professionale.

In entrambi i casi è considerato che l'Assicurazione vale in quanto permanga tra Assicurato e Contraente il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'Assicurazione, qualora l'Assicurato non presti più servizio presso il Contraente l'assicurazione cessa nei suoi confronti dalla data di cessazione del servizio come risulta dai libri di amministrazione del Contraente.

Esempio

L'Assicurato in corso di contratto diviene affetto da epilessia. In base a quanto previsto dall'art. 2.4 delle condizioni di assicurazione, l'Assicurazione cessa automaticamente nei suoi confronti dal momento della manifestazione della patologia.

6. Premi

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- a mezzo bancomat, ove disponibile presso l'intermediario;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società;
- con assegno intestato o girato alla Società con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Il Contraente può versare il premio annuo in due rate semestrali senza alcun aumento per rateizzazione semestrale.

Avvertenza: la Società o l'intermediario possono applicare sconti di premio con le seguenti modalità:

- concordando con il Contraente limitazioni di garanzia;
- sulla base di specifiche valutazioni/iniziative di carattere commerciale.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il presente contratto non prevede alcun adeguamento del premio e delle somme assicurate.

8. Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto prevede, sia per il Contraente sia per la Società la facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti dalla legge e, per la Società, dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. La Società non può esercitare il diritto di recesso in caso di sinistro afferente alle prestazioni malattia. Si rinvia all'art. 6.5 delle condizioni di assicurazione e all'art. 1899 del codice civile.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del codice civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

10. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

11. Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n° 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: per le garanzie infortuni si precisa che:

- l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi dell'infortunio;
- la denuncia del sinistro deve essere fatta dall'Assicurato entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile;
- la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro.

Per le garanzie malattie si precisa che:

- l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide:
 - a) con la data di conoscenza o diagnosi della malattia per quanto attiene alle garanzie "Invalidità permanente da malattia" e "Assistenza personale per infermità" nelle sue diverse forme;
 - b) con la data di manifestazione della malattia per quanto attiene alla garanzia "Invalidità permanente da ictus e infarto";
 - c) con la data di inizio del ricovero per quanto attiene alla garanzia "Indennità giornaliera da ricovero";
- la denuncia del sinistro deve avvenire entro 30 giorni dalla diagnosi clinica della malattia o da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile per le garanzie Invalidità permanente da malattia e Invalidità permanente da ictus e infarto e entro 3 giorni dalla data in cui si è verificato il sinistro o da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile per quanto attiene la garanzia Indennità giornaliera di ricovero e Assistenza personale per infermità";
- la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro;
- se operanti le garanzie "Invalidità permanente da malattia" e/o "Invalidità permanente da ictus e infarto" la percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che siano trascorsi 150 giorni dalla denuncia e non oltre 210 giorni dalla stessa.

Per gli aspetti di dettaglio inerenti le procedure liquidative si rinvia alle norme:

- del capitolo 5. "Norme operanti in caso di sinistro" delle condizioni di assicurazione;
- dei codici di clausola speciale M117, M118, M119, M120, M121, M122 e M123 del clausolario di polizza.

13. Reclami

Eventuali reclami nei confronti della Società aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Assicurazioni Generali S.p.A., Direzione per l'Italia – Funzione Customer Service, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto, TV – fax 800.961.987, e-mail assistenza_clienti@generali.it oppure nel sito www.generali.it, compilando il form presente alla voce "contact us".

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse collettivo) – Servizio Tutela degli Utenti – Via del Quirinale 21 – 00187 Roma.

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'Isvap o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm).

In relazione alle controversie inerenti il presente contratto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta.

14. Arbitrato

Per la soluzione di determinate controversie in merito a sinistri infortuni e malattie è facoltà di entrambe le Parti di avvalersi di quanto previsto dalle clausole di arbitrato. Luogo dell'arbitrato sarà la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. Si rinvia agli articoli 5.4 delle condizioni di assicurazione.

Avvertenza: resta possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

In relazione al presente contratto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

Eventuali istanze di mediazione nei confronti della Società aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

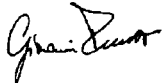
GBS SpA, Area Liquidazione, Ufficio Atti Giudiziari, via Castelfidardo 43/45, 00198 Roma
Fax 06.44494313 – e.mail: AttiGiudiziariGBSAreaLiquidazione@GeneraliGroup.com

* * *

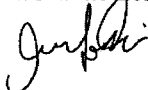
Assicurazioni Generali S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

I rappresentanti legali

dott. Giovanni Perissinotto



Dott. Manlio Lostuzzi



Direzione per l'Italia - 31021 Mogliano Veneto, via Marocchessa 14 - telefono 041 5492111 - fax 041 942909 - sito internet: www.generali.it - e-mail: info@generali.it



Società costituita nel 1831 a Trieste - Capitale sociale € 1.556.873.283,00 interamente versato - Sede legale in Trieste, piazza Duca degli Abruzzi 2
Codice fiscale e Registro imprese 00079760328 - Iscritta al numero 1.00003 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione
Capogruppo del Gruppo Generali, iscritto al numero 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi