

CAPITOLATO TECNICO

AIFA

Agenzia Italiana del Farmaco

Lotto N.° 2 - ASSICURAZIONE INFORTUNI PROFESSIONALI

CAPITOLATO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per **Contraente**: il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio o di altre persone;
- per **Assicurato**: il soggetto il cui interesse e' protetto dall'Assicurazione;
- per **Assicuratori**: la Compagnia di Assicurazioni ;
- per **Broker**: Assigeco s.r.l.
- per **premio**: la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente agli Assicuratori;
- per **rischio**: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per **sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione;
- per **indennizzo**: la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro.
- per **infortunio** : l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obbiettivamente constatabili.

VALORI RELATIVI ALLE INDENNITA' ASSICURATE PER PERSONA

Le garanzie sono prestate a persona per le categorie di persone e le indennità assicurative di seguito indicate:

Dipendenti:

Morte	Euro 250.000,00
Invalità permanente	Euro 300.000,00
Rimborso spese sanitarie da infortunio	Euro 5.000,00
Apparecchio gessato o tutore immobilizzante equivalente	Euro 200,00

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART.1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno concordato ed indicato nel contratto, ferme restando le scadenze stabilite per il pagamento dei premi o delle rate di premio successivi.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto da lui dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Il premio e' sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata minore ed e' dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

In deroga alla normativa vigente l'Assicurato ha facoltà di effettuare il pagamento del premio entro 30 giorni dall'effetto della copertura e\o dalla scadenza annuale della polizza, o per qualsiasi premio successivo, pur godendo dell'assicurazione dei rischi.

ART 2 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio; in tali casi gli Assicuratori avranno il diritto di richiedere un aumento del premio o di recedere dalla presente Assicurazione dando avviso di disdetta con preavviso di almeno 30 giorni.

ART.3 - RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla data di pagamento o di rifiuto delle prestazioni, il Contraente o gli Assicuratori avranno la facoltà di far cessare l'Assicurazione con preavviso di 30 giorni. In caso di recesso esercitato dagli Assicuratori questi rimborseranno la quota di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

ART.4 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e' esonerato dall'obbligo di denunciare preventivamente altre eventuali assicurazioni in corso o che venissero successivamente stipulate per le stesse persone o categorie di persone.

ART. 5 - IMPOSTE

Timbro e Firma del Legale Rappresentante
dell'Impresa per accettazione incondizionata

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza e agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente o dei suoi aventi diritto, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dagli Assicuratori.

ART. 6 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte del Contraente o degli aventi diritto devono essere fatte con lettera raccomandata, telex, o telefax al Broker.

ART. 7 - COMPETENZA TERRITORIALE

Foro competente, a scelta della Parte attrice e' esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede l'Assicurato.

ART. 8 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero, con l'intesa che le indennità liquidabili ai termini del contratto saranno corrisposti in Italia in valuta italiana.

ART. 9 – DURATA DEL CONTRATTO

La durata di questa assicurazione è di 24 mesi a partire **dalle ore 24.00 del 2008** fino alle **ore 24.00 del 2010**. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi 3 mesi prima della suddetta scadenza.

ART 10 - LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso l'Assicuratore liquida l'indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta italiana.

ART.11 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Gli Assicuratori rinunciano a favore dell'Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso verso gli autori o terzi responsabili dell'infortunio per le prestazioni da essi effettuate in virtù del presente contratto.

ART.12 – CLAUSOLA BROKER

Alla Società di Brokeraggio Assigeco s.r.l., Sede di Milano, Via C. Crivelli, 26 è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker del Contraente ai sensi della Legge 28.11.1984 n 792.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker.

ART.13.-OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

1) La garanzia copre gli infortuni professionali in cui possano incorrere i Dipendenti (inclusi contrattualizzati quali borsisiti, contrattisti e personale in praticantato) dell'AIFA.

La garanzia dovrà essere operante durante lo svolgimento di qualsiasi incarico per conto dell'AIFA, compresi i rischi della circolazione stradale ed "in itinere", per la partecipazione a riunioni, congressi, convegni, sopralluoghi, e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente al mandato ricoperto.

La garanzia deve essere prestata per un totale di n.° 274 persone, fermo restando il diritto di poter variare detto numero con comunicazione scritta senza che ciò possa far cambiare le condizioni contrattuali in essere.

A titolo esplicativo e non limitativo sono considerati infortuni anche:

- a) le lesioni sofferte in occasione di scioperi o sommosse, tumulti popolari, attentati, aggressioni, vandalismo, atti violenti che abbiano anche movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontaria o attiva;
- b) gli infortuni provocati da qualsiasi evento naturale (quali ad esempio: terremoto, tempeste, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno e simili).
- c) gli infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici (salvo quanto disposto nell'art 15/e -15/f Esclusioni);
- d) gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei in qualità di puro passeggero;
- e) i colpi di sole e di calore, la disidratazione, l'assideramento e il congelamento, le vertigini nonché, in genere, gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
- f) l'asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas o vapori;
- g) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- h) i morsi ed i calci, le morsicature, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali (con esclusione però delle malattie da essi direttamente o indirettamente provocate);
- i) le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- l) l'annegamento;
- m) le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (escluso infarto e colpi apoplettici) e le ernie traumatiche;
- n) l'azione di fulmine, la folgorazione e le lesioni provocate da scariche elettriche;
- o) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive, nonché le lesioni prodotte da fiamma o da corpi incandescenti;
- p) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- q) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza (purche' non alla guida di veicoli, o motoveicoli), di malore e di incoscienza;
- r) gli infortuni subiti dall'Assicurato derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- s) le lesioni subite in occasione di legittima difesa o di atti compiuti per solidarietà umana;
- t) gli Assicuratori in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrisponderanno le somme assicurate per uno degli eventi garantiti in polizza anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio, ma conseguenza della zona, del clima, o di altre situazioni concomitanti e l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

ART 14) RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, di missione e/ o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

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

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di altre assicurazioni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni

individuali e cumulative non può superare i capitali di:

per persona/cumulativo:

Euro 1.500.000,00 per il caso di morte
Euro 1.500.000,00 per il caso di invalidità permanente totale
complessivamente per aeromobile:

In detta delimitazione per aeromobile rientrano anche le somme riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro sono adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

ART 15 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) guerra, insurrezione, invasione, ostilità ed operazioni militari, ammutinamento, guerra civile, rivoluzione, usurpazione di potere, se l'Assicurato giunge sul posto quando tali ostilità siano già iniziate; qualora invece tali eventi avessero inizio mentre l'Assicurato si trova già sul luogo, la garanzia avrà validità limitatamente ad una durata massima di 15 giorni, purché l'Assicurato non vi prenda parte attiva;
- b) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalle persone assicurate;
- d) uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista;
- e) guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;
- f) partecipazione a competizioni sportive agonistiche, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità indette dall'ACI, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
- g) pratica a qualunque titolo di paracadutismo e sport aerei in genere;
- h) partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo che di norma implichi l'uso di ramponi o guide, speleologia, caccia a cavallo, concorsi ippici e la regolare pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;
- i) ogni forma di malattia non inclusa nel precedente art.13;
- l) qualsiasi sinistro occorso fuori dall'ambito dell'attività professionale svolta.

ART 16 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari designati, in difetto di designazione l'Assicuratore liquida la detta somma agli eredi.

ART 17 - MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, gli Assicuratori liquideranno ai beneficiari indicati in polizza 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 CC.

Tuttavia in caso di affondamento, naufragio di nave o caduti di aeromobili, sempre che sia stata accertata la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro 6 mesi dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, l'Assicuratore corrisponderà l'indennità prevista per il caso di morte.

Resta inteso che, se dopo che gli Assicuratori hanno pagato l'indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, gli Assicuratori hanno diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita.

ART 18 - 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, l'Assicuratore liquida a tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo la tabella delle percentuali di invalidità permanente allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/65 no. 1124 e successive modifiche ed integrazioni e con rinuncia da parte degli Assicuratori all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa in caso di infortunio (INAIL).

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od 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 od 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 di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella 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.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di provato e constatato mancinismo le percentuali di invalidità permanente riferite all'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

ART 19 - CUMULO DI INDENNITA'

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, gli Assicuratori corrispondono ai beneficiari designati o, in difetto, alle altre persone indicate nell'art. 28 delle Condizioni di polizza, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente da un infortunio la cui indennità sia stata concordata nella sua entità, l'Assicuratore paga agli eredi l'importo dovuto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART 20 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Prestazione per il rimborso delle spese di cura rese necessarie da infortunio

L'Assicurazione è valida – in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e sino a concorrenza del massimale prescelto – per il rimborso delle seguenti spese sanitarie:

- a) spese per esami strumentali a scopo diagnostico ed analisi di laboratorio, compresi i relativi onorari dei medici che li hanno prescritti;
- b) in caso di ricovero:
 - spese per gli onorari dei medici, nonché, in caso di intervento chirurgico, effettuato anche in ambulatorio o in regime di day hospital, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - spese per le cure, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi con il limite del 10% del massimale assicurato;
 - spese per le rette di degenza;
- c) spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite del 10% del massimale assicurato.
- f) In caso di infortunio documentato che renda necessaria l'applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante equivalente, l'Impresa provvederà ad un indennizzo forfetario di Euro 200,00.

Il rimborso verrà comunque effettuato con l'applicazione di uno scoperto pari al 20% delle spese con il minimo di €75,00 per evento.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà le spese non riconosciute dal precitato servizio e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di scoperto alcuno.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata, su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, nonché, ove ne ricorrano gli estremi, di regolare attestato di degenza in Istituto di Cura.

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

La documentazione in originale delle spese sostenute trasmessa alla Società verrà restituita contestualmente alla liquidazione.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al S.S.N. o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al S.S.N. o ad altro Ente: ovviamente dal rimborso dovuto dalla Società verrà detratto quanto già riconosciutogli.

ART 21 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Gli Assicuratori corrispondono l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o perdita funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di liquidazione saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART 22 - ANTICIPO INDENNIZZI

L'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della definizione del sinistro, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere indennizzato in base alle risultanze acquisite,

a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro stesso e che l'indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno Euro 100.000,00.

L'obbligo degli Assicuratori verterà in essere entro 90 giorni dalla data di denuncia del sinistro, sempre che siano trascorsi 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

ART 23 - BUONA FEDE

L'omissione da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, sempreché ciò sia avvenuto in buona fede, non pregiudicheranno il diritto all'indennità, fermo restando il diritto degli Assicuratori, una volta venuti a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza degli Assicuratori o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

ART.24- LIMITI DI ETA'

L'assicurazione non vale per le persone di età maggiore di 75 anni. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, 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 25 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone colpite da infermità mentali, alcoolismo, epilessie, tossicomanie, e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

ART 26 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da un certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Compagnia o al Broker entro trenta giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso agli Assicuratori. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita dei medici degli Assicuratori ed a qualsiasi indagine o accertamento che questi ritengano necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, fatta eccezione per i medici designati dagli Assicuratori.

Se dolosamente non vengono adempiuti l'obbligo della denuncia e gli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se tali obblighi non vengono adempiuti colposamente, gli Assicuratori hanno il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART 27 - CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ai sensi dei precedenti articoli, sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un

Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di AIFA accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine di Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede, a scelta degli Assicuratori, presso la sede degli Assicuratori stessi o presso la sede del Broker che gestisce la polizza.

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

E' data facolta' al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunita', l'accertamento definitivo dell'invalidita' permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro 3 anni, nel qual caso il Collegio puo' intanto concedere una provvisoria sull'indennita'.

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

ART 28 - BENEFICIARI

Beneficiari in caso di morte ed in caso di invalidita' permanente si intendono:

- in caso di morte : gli eredi legittimi o testamentari, salvo diversa dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato e rilasciata, a sua scelta, ai competenti uffici del Contraente o dell'Assicuratore;
- in caso di invalidita' permanente : gli Assicurati stessi, con l'intesa che le quietanze di liquidazione degli indennizzi dovranno essere sottoscritte sia dall'Assicurato che dal Contraente.

ART 29 - PERSONE ASSICURATE

AIFA è esonerato dall'obbligo della preventiva comunicazione delle generalità delle persone assicurate.

Per la loro identificazione si farà riferimento alla documentazione probatoria che AIFA si impegna a far pervenire alla Compagnia in caso di richiesta.

ART 30 FRANCHIGIE

Le garanzie tutte dovranno essere prestate senza franchigie o scoperti, fatto salvo una franchigia fissa del 3% solo su invalidità permanente.

ART 31 - REGOLAZIONE PREMIO

Alla fine di ogni anno assicurativo la Società, sulla base delle comunicazioni di inserimento effettuate dal Contraente nel corso dell'annualità, procederà ad emettere apposita appendice di regolazione premio, in particolare:

-entro 30 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo si procederà alla regolazione definitiva del premio, a debito del Contraente.

Altresì, il Contraente è tenuto ad indicare entro 30 giorni dalla scadenza annuale, il numero esatto delle figure da assicurare per la successiva annualità, in assenza di tale comunicazione si procederà al rinnovo sulla base dei dati desunti dall'annualità scaduta.

ART 32 - OFFERTA/ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

L'offerta per il calcolo del premio dovrà essere indicata secondo i seguenti parametri:

Per i dipendenti, secondo il numero iniziale di 274

ART 33 -LIMITI DI RISARCIMENTO

Nel caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento gli Assicuratori in ciascuna polizza si devono impegnare a rispondere fino ad un importo massimo pari almeno a Euro 1.500.000,00= (unmilione cinquecentomila), tranne i casi in cui sia espressamente previsto in modo diverso.

ART 34 – Garanzia facoltativa a carico del singolo Assicurato

La copertura, dietro versamento facoltativo e personale di €.....

(indicare il premio annuo lordo pro capite)

si estende anche ai rischi extra-professionali, operando quindi 24h. su 24h..

N.B. La presente garanzia estensiva, pur con obbligo di essere quotata, non rientra nel parametro di valutazione ed aggiudicazione della polizza.

SCHEMA DATI DI RIFERIMENTO

Morte	Euro 250.000,00
Invalità permanente	Euro 300.000,00
Rimborso spese sanitarie da infortunio	Euro 5.000,00
Apparecchio gessato o tutore immobilizzante equivalente	Euro 200,00

Lotto 2: INFORTUNI
SCHEMA DI OFFERTA

	Premio lordo pro capite In cifre	In lettere
DIPENDENTI		

Totale complessivo per tutte le figure assicurate (n° 274).

	Premio globale annuo in cifre	In lettere
Premio globale annuo imponibile	€	
Imposte	€	
TOTALE	€	

Garanzia facoltativa a carico del singolo Assicurato
(ininfluente ai fini dell'aggiudicazione)

Copertura rischi extraprofessionali:
premio aggiuntivo pari a € _____ (_____)