

**Capitolato per l'Assicurazione**  
**INFORTUNI DONATORI VOLONTARI OD**  
**OCCASIONALI**

**Contraente**  
**A.O.R.N. DEI COLLI**  
**"MONALDI-COTUGNO-C.T.O."**

Il presente Capitolato contiene:

Definizioni – Norme che regolano l'Assicurazione in Generale – Norme operanti in Caso di Sinistro –  
Oggetto dell'assicurazione – Assicurati – Condizioni di garanzia – Categorie assicurate –  
Scoperti – Franchigie – Limiti di indennizzo

## INDICE

<b>DEFINIZIONI</b>	pag.	4
<b>NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE</b>	pag.	6
1. Durata dell'assicurazione – Proroga - Disdetta	pag.	6
2. Decorrenza dell'assicurazione e pagamento dei premi – Gestione della polizza	pag.	6
3. Pagamento per variazioni con incasso di premio	pag.	6
4. Forma delle comunicazioni e modifiche dell'assicurazione	pag.	7
5. Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio - Modifiche del rischio – Buona fede -		
6. Diminuzioni del rischio	pag.	7
Interpretazione della polizza	pag.	7
7. Danni precedenti	pag.	7
8. Oneri fiscali	pag.	7
9. Foro competente	pag.	8
10. Rinvio alle norme di legge	pag.	8
11. Trattamento dei dati	pag.	8
12. Coassicurazione e delega	pag.	8
13. Regolazione del premio	pag.	8
14. Esonero denuncia infermità difetti fisici e mutilazioni	pag.	9
15. Esonero denuncia altre assicurazioni	pag.	9
<b>NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO</b>	pag.	10
16. Denuncia dell'infortunio	pag.	10
17. Criteri d'indennizzabilità e liquidazione del danno	pag.	10
18. Legittimazione	pag.	10
19. Pagamento dell'indennizzo	pag.	10
20. Controversie	pag.	11
21. Recesso in caso di sinistro	pag.	11
22. Rinuncia al diritto di rivalsa	pag.	11
23. Rendiconto	pag.	11
<b>OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE</b>	pag.	12
<b>ASSICURATI</b>	pag.	12
<b>CONDIZIONI DI GARANZIA</b>	pag.	13
24. Estensioni dell'assicurazione	pag.	13
25. Esclusioni	pag.	14
26. Ernie e sforzi	pag.	14
27. Rischio volo	pag.	14
28. Calamità naturali	pag.	14
29. Morte	pag.	15
30. Morte presunta	pag.	15

31. Invalidità permanente – Invalidità superiore al 50%	pag.	15
32. Limiti di età	pag.	16
33. Persone non assicurabili	pag.	16
34. Malattie professionali	pag.	16
35. Danni estetici	pag.	16
36. Malattie tropicali	pag.	16
37. Invalidità temporanea	pag.	16
38. Spese mediche da infortunio	Pag.	17
39. Validità territoriale	pag.	17
<b>CATEGORIE ASSICURATE –SOMME ASSICURATE-FRANCHIGIE-CALCOLO DEL PREMIO</b>	pag.	18
<b>SCOPERTI – FRANCHIGIE – LIMITI DI INDENNIZZO</b>	pag.	19

## DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si deve intendere per:

<b>ASSICURAZIONE</b>	il contratto di assicurazione;
<b>POLIZZA</b>	il documento che prova e regola l'assicurazione;
<b>CONTRAENTE</b>	l'A.O.R.N. DEI COLLI "MONALDI-COTUGNO-C.T.O.", che stipula l'assicurazione in nome proprio e per conto di chi spetta;
<b>ASSICURATO</b>	il Soggetto (Persona fisica) il cui interesse è protetto dall'assicurazione
<b>SOCIETA'</b>	l'Impresa assicuratrice che ha assunto la presente assicurazione;
<b>PREMIO</b>	la somma dovuta dalla Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate a termini della presente assicurazione;
<b>RISCHIO</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro;
<b>SINISTRO</b>	il verificarsi del fatto per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato il danno;
<b>INFORTUNIO</b>	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
<b>INVALIDITA' PERMANENTE</b>	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato alla svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
<b>INABILITA' TEMPORANEA</b>	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali;
<b>INDENNIZZO INDENNITA'</b>	la somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza;
<b>FRANCHIGIA</b>	la somma stabilita contrattualmente che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto;
<b>LIMITE DI INDENNIZZO</b>	la somma massima dovuta dalla Società;
<b>RICOVERO</b>	la degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura
<b>ISTITUTO DI CURA</b>	ogni Struttura Sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera
<b>PERIODO DI ASSICURAZIONE</b>	il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

### 1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PROROGA - DISDETTA

La presente Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31/12/2014 alle ore 24 del 31/12/2016 senza obbligo di disdetta tra le parti.

Il Contraente potrà avvalersi comunque della facoltà di richiedere la proroga del contratto per i 90 (novanta) giorni dopo la scadenza del 31/12/2016 se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione del nuovo contratto con preavviso di almeno trenta giorni da darsi alla Società con comunicazione scritta. La Società si obbliga a prorogare il contratto ed a comunicare, entro quindici giorni dal ricevimento della richiesta, le condizioni di proroga.

Nel corso dell'esecuzione del contratto, qualora entrambe le parti contrattuali siano concordi, sono ammissibili estensioni dei servizi assicurativi prestati, in ragione di quei "servizi complementari" non compresi nel contratto iniziale ma successivamente divenuti necessari, previa idonea procedura di negoziazione ai sensi e per gli effetti dell'articolo 57 comma V lettera a) del D.Lgs. 163/2006.

La polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di preventiva esplicita disdetta.

L'Azienda si riserva la possibilità di affidare la ripetizione del servizio, per un ulteriore periodo uguale alla durata della polizza alla Compagnia di assicurazione aggiudicataria, previa intesa di entrambe le parti e secondo negoziazione ai sensi e per gli effetti dell'articolo 57 comma V lettera b) del D. Lgs. 163/2006.

Resta inteso altresì che in caso di aggiudicazione da parte di So.Re.Sa. SpA di apposita gara centralizzata e conseguente affidamento dei servizi assicurativi, il contratto si intenderà risolto con effetto dalla semplice comunicazione dell'Azienda.

### 2 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEI PREMI E GESTIONE DELLA POLIZZA

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del primo premio potrà essere effettuato dalla Contraente entro le ore 24 del 60mo giorno successivo a quello di decorrenza.

Le rate di premio successive scadranno entro il 30/06 ed il 31/12 di ogni anno ma la Contraente potrà effettuare il pagamento entro e non oltre il 60mo giorno successivo a tale scadenza.

Se la Contraente non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

### 3 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

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

---

**4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE**

---

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

---

**5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO –  
MODIFICHE DEL RISCHIO - BUONA FEDE-- DIMINUZIONE DEL RISCHIO**

---

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile., sempre che la Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

Resta altresì convenuto che, a parziale deroga dell'Articolo 1897 del Codice Civile, nei casi di diminuzione di rischio, la riduzione di premio sarà immediata.

La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione.

---

**6 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA**

---

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

---

**7 DANNI PRECEDENTI**

---

L'Assicurato e la Contraente sono esonerati dall'obbligo di dichiarare eventuali precedenti sinistri che abbiano implicato una loro responsabilità.

---

**8 ONERI FISCALI**

---

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

---

**9 FORO COMPETENTE**

---

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, il Foro di Napoli.

---

**10 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

---

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

---

**11 TRATTAMENTO DEI DATI**

---

Ai sensi del DLgs 196/03 le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

---

**12 COASSICURAZIONE E DELEGA**

---

L'assicurazione può essere divisa per quote tra diverse Società ai sensi dell' art. 1911 c.c.

Con la firma della Polizza le Coassicuratrici danno mandato alla Società Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria rende validi ad ogni effetto i successivi documenti.

---

**13 REGOLAZIONE DEL PREMIO**

---

Con riferimento agli elementi di rischio variabili, indicati alle varie Categorie, entro 120 (centottanta) giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, o della minor durata del contratto, la Contraente deve comunicare per iscritto alla Società i relativi dati consuntivi affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio.

Per quanto riguarda la regolazione avverrà sulla base degli aumenti del numero delle donazioni effettuate.

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

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate rispettivamente dalla Contraente entro 60 giorni dalla data di ricevimento, da parte della Contraente stessa, del documento di regolazione, correttamente emesso, o dalla Società, entro 30 giorni dalla data di emissione del documento di regolazione.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissarle un ulteriore termine, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per la rata futura viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo di assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Nel caso di contratto definitivamente scaduto, se la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

---

**14 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI**

---

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente Convenzione o

che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'Articolo “Criteri di indennizzabilità e liquidazione del danno”.

---

**15 ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI**

---

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

## NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

### 16 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle generalità del Danneggiato, del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di Certificato Medico, nonché con l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, deve essere inoltrata alla Società entro 30 (trenta) giorni da quando l'Unità Operativa Preposta ne ha avuto notizia.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sia sopravvenuta durante il periodo di cura, di essa deve essere dato avviso alla Società il più presto possibile.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire la visita di Medici, nominati dalla Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, verso la Società stessa, i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e/o coloro che hanno svolto tali indagini ed accertamenti.

Se la Contraente o l'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, intenzionalmente non adempiano all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi colposamente non adempiono l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

### 17 CRITERI D'INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL DANNO

La Società liquida l'indennità soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini della presente Polizza, indipendentemente quindi da malattia o da difetti fisici, preesistenti o sopravvenuti, o da mutilazioni preesistenti, in quanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono considerate conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

### 18 LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che:

- la presente polizza viene stipulata dalla Contraente a favore degli Assicurati con il loro espresso consenso;
- la Contraente adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa ed esercita conseguenzialmente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva ed in luogo degli Assicurati, con il consenso degli Assicurati

stessi che si intende e si riconosce come espressamente prestato e manifestato sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

---

**19 PAGAMENTO INDENNIZZO**

---

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.

---

**20 CONTROVERSIE**

---

Le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere su qualsiasi controversia sorta in merito ad un sinistro ad un Collegio di tre Medici nominati uno per Parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.

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

Le spese del Collegio medico sono a carico della Società, salvo quelle del Terzo Arbitro che verranno sostenute in parti uguali tra la Società ed il Beneficiario.

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

E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro 730 giorni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una somma da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

---

**21 RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

---

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o la Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 180 (centottanta ) giorni. In tal caso la Società, entro 60 giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dalla Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

---

**22 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA**

---

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato al diritto di rivalsa, nei confronti di eventuali Terzi responsabili dell'infortunio, spettante a termini dell'Articolo 1916 del Codice Civile.

---

**23 RENDICONTO**

---

La Società su richiesta del Contraente, fornisce semestralmente la situazione sinistri così impostato:

- elencazione dei sinistri Denunciati;

- sinistri Riservati, con indicazione dell'importo a riserva che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso;
- sinistri Liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- sinistri Senza Seguito.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro, di tipologia dell'evento, di indicazione del nominativo dell'Assicurato coinvolto nel sinistro, di data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire alla Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

<b>24 CLAUSOLA TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI</b>
---

In ottemperanza all'art. 3 della Legge n. 136 del 13 Agosto 2010 e successive modifiche ed integrazioni, la stazione appaltante, la Società e, ove presente l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie fra le Parti, nell'esecuzione dell'appalto oggetto del contratto, vengono eseguite senza avvalersi di banche o della Società Poste Italiane SpA, il presente contratto si intende risolto di diritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 Codice Civile da comunicarsi a mezzo raccomandata a.r. alle parti inadempienti.

L'intervenuta risoluzione del rapporto contrattuale a causa dell'inadempimento di una delle parti agli obblighi di tracciabilità finanziaria, deve essere comunicata alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

## OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

### DONATORI DI SANGUE

La garanzia è riferita, in conformità e nei termini previsti dal DPR 24/03/1971 n. 1256 art. 22 e successive modifiche e/o integrazioni, ai danni subiti dai donatori di sangue, iscritti ad associazioni di volontariato od occasionali, durante lo svolgimento di tale attività, compreso altresì i danni sofferti durante il tempo necessario per il trasferimento, con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico o privato ed anche a piedi, dalla propria abitazione o luogo di lavoro alla località in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa.

La garanzia è operante per le donazioni effettuate nell'ambito di tutte le strutture facenti capo alla Contraente.

## ASSICURATI

	Descrizione
1)	DONATORI DI SANGUE VOLONTARI ED OCCASIONALI

## CONDIZIONI DI GARANZIA

---

### 24 ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE

---

Premesso che è compreso in garanzia, sempre che non esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di "infortunio", sono altresì considerati "infortuni":

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- b) le conseguenze delle folgorazioni,
- c) le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- d) il contatto con acidi e corrosivi;
- e) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
- f) l'asfissia;
- g) l'annegamento;
- h) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente

- politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- i) le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
  - l) le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
  - m) le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi, nonché in stato di malore od incoscienza;
  - n) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

**L'assicurazione vale altresì:**

- o) durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso con l'intesa che l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e altresì a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, in tempo di pace, limitatamente ai casi di morte ed invalidità permanente;
- p) per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e sport aerei in genere;
- q) per infortuni derivanti da immersioni con autorespiratore, compresa embolia, purché in possesso di regolare brevetto;
- r) per infortuni derivanti dalla partecipazione in squadre antincendio;
- s) per infortuni derivanti dalla partecipazione ad associazioni di volontariato e Protezione Civile;
- t) per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli verificatisi durante la guida di veicoli a motore;
- u) per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, a condizione che l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei;
- v) per gli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dal verificarsi degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Da detta assicurazione è escluso il rischio volo.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

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

---

**25 ESCLUSIONI**

---

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura.

Sono pure esclusi:

- b) gli infortuni causati da ubriachezza alla guida di autoveicoli, da abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
- c) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- d) gli infortuni che siano la conseguenza di infezioni da armi batteriologiche;
- e) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

---

**26 ERNIE E SFORZI**

---

L'assicurazione è estesa alle ernie da causa violenta nonché alle lesioni muscolari da sforzo, con l'intesa che:

- a) nel caso di ernia operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- b) nel caso di ernia non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci) della somma assicurata caso di Invalidità Permanente.

Nel caso insorga una contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Articolo "Controversie".

---

**27 RISCHIO VOLO**

---

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite delle somme assicurate con il massimo di € 1.000.000,00. per Morte ed I:P: per singolo Assicurato e di € 5.200.000,00. complessivamente per aeromobile.

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

---

**28 CALAMITA' NATURALI**

---

La garanzia è estesa agli infortuni che colpiscano gli Assicurati nello svolgimento delle attività oggetto della presente assicurazione e derivanti da terremoto, e maremoto, intendendosi per tali fenomeni tellurici il sommovimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene, nonché da eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe e slavine.

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite di € 1.000.000,00= per singolo sinistro, qualunque sia il numero delle persone infortunate. Qualora gli indennizzi eccedessero nel loro complesso tale limiti, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

---

**29 MORTE**

---

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 730 (settecentotrenta) giorni da quello dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto e qualora in polizza non siano indicati i nominativi dei Beneficiari, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali fra i Beneficiari individuati applicando i criteri della successione legittima.

---

### 30 MORTE PRESUNTA

---

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà, seguendo il criterio di cui all'Articolo precedente, il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 (centottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti spettantigli, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

---

### 31 INVALIDITÀ PERMANENTE – INVALIDITA' SUPERIORE AL 50%

---

Ferma restando l'applicazione delle eventuali franchigie e/o scoperti previste alle rispettive Categorie assicurate, qualora l'infortunio abbia:

- a) come conseguenza una invalidità permanente totale la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- b) come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che viene accertata facendo riferimento alla tabella delle percentuali d'invalidità permanente allegata al D.P.R. 30/06/1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, e con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio con il minimo del 3%, ferma restando la franchigia prevista per il caso di malattia professionale.

Resta altresì convenuto quanto segue:

- per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa;
- la perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- la perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita alla metà; quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi, in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella saranno

addizionate fino al massimo del 100% (cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;

- il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro un anno dal giorno dell'infortunio.

Resta comunque convenuto che l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, verrà indennizzata al 100% della somma assicurata.

---

### 32 LIMITI DI ETA'

---

L'Assicurazione vale per le persone d'età non superiore a 80 anni.

S'intendono tuttavia assicurate, fino al limite di 85 anni compiuti, le persone che abbiano superato gli 80 anni, a condizione che per loro sia stato inoltrato annualmente alla Società, prima del compimento dell'ottantesimo anno e di ogni compleanno successivo, un Certificato di "Buona Salute".

---

### 33 PERSONE NON ASSICURABILI

---

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco - depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

---

### 34 MALATTIE PROFESSIONALI

---

L'assicurazione comprende le malattie professionali, ai sensi del DPR 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche e/o integrazioni nonché ritenute tali dalla Magistatura, purchè siano conseguenza di fatti colposi connessi ad eventi verificatisi durante il tempo dell'assicurazione e si manifestino, per la prima volta, in data successiva alla stipulazione della polizza ed entro i 12 mesi successivi alla cessazione della garanzia o del rapporto di lavoro.

---

### 35 DANNI ESTETICI

---

Si conviene che in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile a termini del presunto contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno sino a concorrenza di un importo pari ad € 5.000 per evento.

---

### 36 MALATTIE TROPICALI

---

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali riconosciute dal Ministero della salute a mezzo appositi decreti/circolari. La presente garanzia è prestata entro i limiti dei capitali assicurati per i rischi Morte ed Invalidità Permanente.

---

### 37 INVALIDITA' TEMPORANEA

---

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la società liquida la diaria assicurata:

integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate;

parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

L'indennità per invalidità temporanea che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni da quello dell'infortunio e con una franchigia di 5 giorni.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

---

### **38 SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO**

Per ogni infortunio la Società assicura il rimborso delle spese per: - onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;

- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;

-rette di degenza;

-esami ed accertamenti diagnostici; -trattamenti fisioterapici e rieducativi; -trasporto dell'Assicurato in ospedale od in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza;

- prestazioni medico infermieristiche, medicinali, acquisto e noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od 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 il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata

La presente garanzia vale fino a concorrenza della somma di € 5.000,00=

---

### **39 VALIDITA' TERRITORIALE**

L'assicurazione vale solo per Italia.

## CATEGORIE ASSICURATE

Categoria A) | DONATORI DI SANGUE

La garanzia è riferita, in conformità e nei termini previsti dal DPR 24/03/1971 n. 1256 art. 22 e successive modifiche e/o integrazioni, ai danni subiti dai donatori di sangue, iscritti ad associazioni di volontariato od occasionali, durante lo svolgimento di tale attività”, compresi altresì i danni sofferti durante il tempo necessario per il trasferimento, con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico o privato ed anche a piedi, dalla propria abitazione o luogo di lavoro alla località in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa.

La garanzia è operante per le donazioni effettuate nell’ambito di tutte le Strutture facenti capo alla Contraente.

La Contraente è esonerata dall’obbligo di denunciare preventivamente le generalità dei singoli donatori, così come il giorno e l’ora dei prelievi, in quanto per le relative identificazioni si farà riferimento agli appositi registri e schedari che la Azienda Contraente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento a semplice richiesta della Società assicuratrice e/o suoi incaricati.

### Somme Assicurate pro-capite

Morte	€ 520.000,00.
Invalidità Permanente	€ 520.000,00.
Invalidità Temporanea	€ 67 al giorno
Rimborso Spese Mediche	€ 5.000,00 Per sinistro

### Franchigie

Rimborso Spese Mediche	€ 52,00	per evento
Invalidità Permanente	3%	
Invalidità Temporanea	5 giorni	

### Calcolo del Premio

- ⇒ Premio Imponibile per donazione :
- ⇒ Donazioni preventivate 2006 n. 5.000
  
- ⇒ Premio Imponibile Totale per la presente Categoria :

## SCOPERTI - FRANCHIGIE - LIMITI DI INDENNIZZO

CATEGORIE ASSICURATE / GARANZIE PRESTATE	SCOPERTI / FRANCHIGIE (Sc.)                      (Fr.) per sinistro	LIMITI DI INDENNIZZO
ERNIE E SFORZI		- massimo 5% somma assicurata in caso di ernia operata o operabile - massimo 10% somma assicurata in caso di ernia non operabile
RISCHIO VOLO		€ 1.000.000,00 per Assicurato € 5.200.000,00 per aeromobile
CALAMITA' NATURALI		€ 1.000.000,00 per sinistro
RIMBORSO                      SPESE MEDICHE		€ 5.000,00= per sinistro
DANNI ESTETICI		€ 5.000,00= per sinistro