

**CAPITOLATO TECNICO PER L' ASSICURAZIONE  
"INFORTUNI CATEGORIE DIVERSE"**

PER IL PERIODO 31.12.2024 / 31.12.2026

## INDICE

<b>DEFINIZIONI [DEF]</b> .....	<b>1</b>
<b>CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]</b> .....	<b>3</b>
<b>DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI</b> .....	<b>3</b>
Art. 1 <i>Durata dell'Assicurazione – Proroga</i> .....	3
Art. 2 <i>Recesso anticipato Annuale</i> .....	3
Art. 3 <i>Pagamento del premio e decorrenza dell'Assicurazione</i> .....	4
Art. 4 <i>Clausola Risolutiva Espressa ex art. 3 legge 136 del 13 agosto 2010</i> .....	4
Art. 5 <i>Gestione della Polizza</i> .....	5
Art. 6 <i>Forma delle comunicazioni e modifiche dell'Assicurazione</i> .....	5
Art. 7 <i>Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio – Variazioni del rischio</i> .....	5
Art. 8 <i>Revisione del Prezzo</i> .....	6
Art. 9 <i>Recesso</i> .....	6
Art. 10 <i>Dichiarazioni Inesatte e reticenze senza dolo</i> .....	7
Art. 11 <i>Interpretazione della Polizza</i> .....	7
Art. 12 <i>Danni precedenti</i> .....	7
Art. 13 <i>Esonero denuncia infermità difetti fisici e mutilazioni</i> .....	7
Art. 14 <i>Esonero denuncia altre Assicurazioni</i> .....	7
Art. 15 <i>Oneri fiscali</i> .....	7
Art. 16 <i>Foro competente</i> .....	7
Art. 17 <i>Rinvio alle norme di legge</i> .....	7
Art. 18 <i>Coassicurazione e Delega</i> .....	8
Art. 19 <i>Regolazione del Premio</i> .....	8
<b>NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO</b> .....	<b>9</b>
Art. 20 <i>Denuncia dell'Infortunio</i> .....	9
Art. 21 <i>Criteri d'indennizzabilità e liquidazione del Danno</i> .....	9
Art. 22 <i>Legittimazione</i> .....	10
Art. 23 <i>Pagamento dell'Indennizzo</i> .....	10
Art. 24 <i>Anticipo indennizzi</i> .....	10
Art. 25 <i>Controversie</i> .....	10
Art. 26 <i>Rinuncia al diritto di rivalsa</i> .....	11
Art. 27 <i>Recesso in caso di Sinistro</i> .....	11
Art. 28 <i>Rendiconto</i> .....	11
<b>RISCHI INDENNIZZABILI [RI]</b> .....	<b>12</b>
Art. 1 <i>Oggetto dell'Assicurazione</i> .....	12
Art. 2 <i>Estensioni dell'Assicurazione</i> .....	12
Art. 3 <i>Rimborso Spese Mediche da Infortunio</i> .....	13
Art. 4 <i>Danni estetici</i> .....	14
Art. 5 <i>Ernie e sforzi</i> .....	14
Art. 6 <i>Rischio Guerra</i> .....	14
Art. 7 <i>Rischio Volo</i> .....	14
Art. 8 <i>Limite Massimo d'Indennizzo</i> .....	15
Art. 9 <i>Morte</i> .....	15
Art. 10 <i>Morte presunta</i> .....	15
Art. 11 <i>Invalità Permanente – Invalità superiore al 50% (cinquanta per cento)</i> .....	15
Art. 12 <i>Limiti d'età</i> .....	16

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

Art. 13	<i>Persone non assicurabili</i> .....	16
Art. 14	<i>Malattie professionali</i> .....	16
Art. 15	<i>Validità territoriale</i> .....	17
<b>ESCLUSIONI [E]</b> .....		<b>18</b>
<b>CATEGORIE ASSICURATE [CA]</b> .....		<b>19</b>
<b>LIMITI – SCOPERTI - FRANCHIGIE [LSF]</b> .....		<b>26</b>

## **DEFINIZIONI [DEF]**

<b>Assicurazione</b>	Il contratto di assicurazione
<b>Polizza</b>	Il documento che prova e regola l'assicurazione
<b>Contraente</b>	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta
<b>Assicurato</b>	La Contraente e qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dalla presente assicurazione
<b>Beneficiario</b>	La persona a cui deve essere pagata la somma assicurata in caso di morte dell'Assicurato
<b>Società</b>	La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione
<b>Broker</b>	Aon S.p.A., Broker al quale, per incarico conferito dalla Contraente, è affidata la gestione dell'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 e l'entità dei danni che possono derivarne
<b>Sinistro</b>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
<b>Infortunio</b>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili
<b>Invalidità 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>Inabilità 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 - Indennità</b>	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

<b>Franchigia</b>	L'importo stabilito 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>Periodo di assicurazione</b>	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale

---

**PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO**

## **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]**

### **DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI**

---

#### **Art. 1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PROROGA**

La presente polizza ha durata dalle ore 24.00 del 31.12.2024 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2026; a tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, ai sensi dell'art. 120, comma 10, del D.Lg. 36/2023 per un periodo massimo di 6 mesi.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 6 mesi, anche nel caso in cui venga inviata il recesso annuale di cui all'articolo RECESSO ANTICIPATO ANNUALE. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

In casi eccezionali nei quali risultino oggettivi e insuperabili ritardi nella conclusione della procedura di affidamento del contratto, la polizza potrà essere prorogata alle medesime condizioni economiche e normative in corso per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo appaltatore qualora si verificino le condizioni indicate all'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite.

#### **Art. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE**

È attribuita alla Società la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 4 mesi prima di ogni scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale.

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi di cui all'articolo DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA

**Art. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente pagherà all'Intermediario incaricato:

- entro 3 mesi dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- entro 3 mesi da ciascuna successiva data di scadenza annuale, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- entro 3 mesi dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973. la Società dà atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008, nonché della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008 ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973. costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza. Il Broker provvederà a segnalare alla Società tali situazioni.

**Art. 4 CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA EX ART. 3 LEGGE 136 DEL 13 AGOSTO 2010**

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto. Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

**Art. 5 GESTIONE DELLA POLIZZA**

Alla Società Aon S.p.a è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii.

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

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente Polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa, come pure ogni comunicazione fatta dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente/Assicurato. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

In ragione della delega all'incasso dei premi conferita dalla Società il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker e alle persone di cui deve rispondere si considera effettuato direttamente alla Società ai sensi dell'art. 118 comma 2 del D. Lgs. 209/2005.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt.120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n.40/2018.

La remunerazione del Broker è a carico della Società e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

**Art. 6 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE**

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

**Art. 7 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONI DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta 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 della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. 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 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

#### **Art. 8 REVISIONE DEL PREZZO**

a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO, la Società, decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.

b) Il Contraente, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo RECESSO

#### **Art. 9 RECESSO**

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta del Contraente.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.

Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

#### **Art. 10 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO**

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 3 mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli REVISIONE DEL PREZZO e RECESSO e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo REVISIONE DEL PREZZO dalla ricezione della citata dichiarazione.

Qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

#### **Art. 11 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA**

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

#### **Art. 12 DANNI PRECEDENTI**

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

#### **Art. 13 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI**

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente Convenzione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'Articolo "Criteri di indennizzabilità e liquidazione del danno".

#### **Art. 14 ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI**

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

#### **Art. 15 ONERI FISCALI**

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

#### **Art. 16 FORO COMPETENTE**

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, a scelta della Contraente, il Foro ove ha sede la Stessa oppure l'Assicurato. La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari

#### **Art. 17 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

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

**Art. 18 COASSICURAZIONE E DELEGA**

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidarne la delega alla Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

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 verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla direzione della Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle coassicuratrici.

**Art. 19 REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Con riferimento agli elementi di rischio variabili, indicati alle varie Categorie, entro i 4 (quattro) mesi successivi alla fine del periodo di assicurazione, la Contraente deve comunicare per iscritto alla Società i relativi dati consuntivi affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio.

Per quanto riguarda le Categorie A, B, C, e E la regolazione avverrà sulla base degli aumenti o delle diminuzioni del numero delle Persone assicurate e/o del numero delle donazioni effettuate mentre per parte della Categoria D sulla base degli aumenti o delle diminuzioni del numero di veicoli di proprietà o in uso alla Contraente; limitatamente alle variazioni di tali soli elementi la Contraente e la Società saranno tenuti a corrispondere o a rifondere, rispettivamente, il 50% (cinquanta per cento) del premio annuo ad essi relativo, con la precisazione che, per quanto all'abbuono dovuto dalla Società, non potranno essere rimborsate le imposte governative.

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

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate rispettivamente dalla Contraente entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricevimento, da parte della Contraente stessa, del documento di regolazione, correttamente emesso, o dalla Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data di emissione del documento di regolazione.

Si considera come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato l'ammontare del premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

Economico-Finanziaria della Contraente a condizione che, gli estremi dell'atto, vengano comunicati per iscritto al Broker a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail.

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.

Resta in ogni caso inteso che, nelle more della comunicazione dei dati consuntivi, l'assicurazione sarà valida ed efficace per tutti le persone, che al momento del sinistro, appartengono alle Categorie assicurate.

---

## **NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO**

---

### **Art. 20 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 se ne è avuta la possibilità.

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

### **Art. 21 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

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono considerate conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

#### **Art. 22 LEGITTIMAZIONE**

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza ai CCNL vigenti e/o ad altre obbligazioni esistenti al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dalla Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

#### **Art. 23 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO**

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

#### **Art. 24 ANTICIPO INDENNIZZI**

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 10% (dieci per cento) l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 (trenta) giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 30 (trenta) giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% (cinquanta per cento) della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile.

Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi.

L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

#### **Art. 25 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.

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

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

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 due anni, nel qual caso, però, il Collegio formalizza una somma che la Società è tenuta a liquidare entro 30 (trenta) giorni. Tale somma è da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

**Art. 26 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA**

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

**Art. 27 RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

Il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente assicurazione.

**Art. 28 RENDICONTO**

La Società si obbliga a fornire alla Contraente, annualmente, il dettaglio di tutti i sinistri denunciati così impostato:

- 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 Respinti e Senza Seguito, con precisazione scritta delle motivazioni.

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 la chiusura di tutti i sinistri denunciati.

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

---

**PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO**

## **RISCHI INDENNIZZABILI [RI]**

### **Art. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

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

La garanzia è altresì operante per il "rischio in itinere" e cioè per gli infortuni che si verificano a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro o qualsiasi altro luogo, ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria attività, mansione o incarico per conto della Contraente.

### **Art. 2 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 ed in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- i) le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- j) le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
- k) le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi, nonché in stato di malore od incoscienza;
- l) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

L'assicurazione vale altresì:

- m) Durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale 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;
- n) per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e sport aerei in genere;
- o) per infortuni derivanti da immersioni con autorespiratore, compresa embolia, purché in possesso di regolare brevetto;
- p) per infortuni derivanti dalla partecipazione in squadre antincendio;
- q) per infortuni derivanti dalla partecipazione ad associazioni di volontariato e Protezione Civile;
- r) per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli verificatisi durante la guida di veicoli a motore;
- s) 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.

### **Art. 3 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO**

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

Per spese mediche si intendono:

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

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

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

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

**Art. 4 DANNI ESTETICI**

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzabile a termini della presente Assicurazione con conseguenze di carattere estetico che tuttavia non comporti indennizzo a titolo di Invalidità Permanente, la Società rimborserà, fino ad un massimo di € 10.000,00 (diecimila), 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.

**Art. 5 ERNIE E SFORZI**

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

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

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

**Art. 6 RISCHIO GUERRA**

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

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

**Art. 7 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 (unmilione) per singolo Assicurato e di € 10.000.000,00 (diecimilioni) complessivamente per aeromobile.

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

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

**Art. 8 LIMITE MASSIMO D'INDENNIZZO**

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 25.000.000,00 (venticinque milioni).

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

**Art. 9 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.

**Art. 10 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.

**Art. 11 INVALIDITÀ PERMANENTE – INVALIDITÀ SUPERIORE AL 50% (CINQUANTA PER CENTO)**

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

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

Resta altresì convenuto quanto segue:

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

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

#### **Art. 12 LIMITI D'ETÀ**

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

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

#### **Art. 13 PERSONE NON ASSICURABILI**

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

#### **Art. 14 MALATTIE PROFESSIONALI**

L'assicurazione comprende le malattie professionali, riconosciute dall'INAIL e ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti colposi connessi ad eventi verificatisi durante il tempo dell'assicurazione e si manifestino, per la prima volta, in data successiva alla stipulazione della polizza ed entro i 12 (dodici) mesi successivi alla cessazione della garanzia o del rapporto di lavoro.

Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e derivanti da Covid 19.

**CAPITOLATO TECNICO** per le **ASSICURAZIONI** a favore  
dell'**ASST Melegnano e della Martesana**

**Art. 15 VALIDITÀ TERRITORIALE**

L'assicurazione vale per tutto il Mondo.

---

**PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO**

## **ESCLUSIONI [E]**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- b) gli infortuni direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non, guerra civile, insurrezione a carattere generale, salvo quanto previsto all'Articolo - Rischio Guerra;
- c) gli infortuni causati da ubriachezza alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione;
- d) gli infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
- e) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) gli infortuni che siano la conseguenza di infezioni da armi batteriologiche o di contaminazioni da armi chimiche;
- g) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici-terapeutici oggetto dell'attività della Contraente;
- h) le conseguenze derivanti da infezioni da COVID19;
- i) esclusione OFAC – sanzioni internazionali : gli Assicuratori non sono tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli Assicuratori, la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

---

**PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO**

## CATEGORIE ASSICURATE [CA]

### Categoria A – Medici Specialisti Ambulatoriali

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale istituzionale o intramoenia, negli ambulatori in diretta gestione e nelle altre strutture aziendali, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio, sempre che il servizio sia prestato in Comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale; sono compresi i danni comunque verificatisi nell'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale.

#### Somme assicurate pro capite

Morte	€ 1.033.000,00	
Invalità Permanente	€ 1.033.000,00	
Inabilità Temporanea	€ 155,00	al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni; l'indennità giornaliera è ridotta al 50% (cinquanta per cento) per i primi 3 (tre) mesi.

#### Franchigie

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

#### Calcolo del Premio

- premio lordo per ora € .....
- n. ore preventivate n. 48.000
- premio lordo anticipato € .....

---

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

**Categoria B – Biologi – Psicologi – Chimici Ambulatoriali**

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale istituzionale o intramoenia, negli ambulatori in diretta gestione e nelle altre strutture aziendali, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio, sempre che il servizio sia prestato in Comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale; sono compresi i danni comunque verificatisi nell'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale.

**Somme assicurate pro capite**

Morte	€ 1.033.000,00	
Invalità Permanente	€ 1.033.000,00	
Inabilità Temporanea	€ 155,00	al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni; l'indennità giornaliera è ridotta al 50% (cinquanta per cento) per i primi 3 (tre) mesi.

**Franchigie**

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

**Calcolo del Premio**

- premio lordo per ora € .....
- n. ore preventivate n. 14.000
- premio lordo anticipato € .....

---

**PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO**

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

**Categoria C – Utenti Psichiatria per attività inserimento**

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività di inserimento.  
Per questa Categoria si intende abrogato quanto previsto dall'articolo 13 – Persone non assicurabili di cui al Capitolo Rischi Indennizzabili.

**Somme assicurate pro capite**

Morte	€	20.000,00
Invalità Permanente	€	50.000,00
Rimborso spese mediche da Infortunio	€	600,00

**Franchigie**

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

**Calcolo del Premio**

- premio lordo pro-capite € .....
- assicurati preventivati n. 10
- premio lordo anticipato € .....

---

**PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO**

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

**Categoria D – Personale in servizio**

La garanzia è riferita al personale dipendente, a figure ad esso equiparato o ad altro Personale debitamente autorizzato dalla Contraente, che si rechi, anche in convenzione, a svolgere mansioni all'esterno dell'ufficio per adempimenti di servizio, alla guida o trasportati su mezzi di trasporto anche di proprietà della Contraente, nei termini e nei limiti previsti, ove esistenti, nella fattispecie dalle leggi in vigore.

**Somme assicurate pro capite**

Morte	€ 260.000,00
Invalità Permanente	€ 260.000,00

**Franchigie**

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

**Calcolo del Premio**

- a. per trasferte e/o adempimenti di servizio effettuati con veicoli di proprietà della Contraente:
- veicoli di proprietà della Contraente o in noleggio a lungo termine o in comodato d'uso:  
n. 50
  - premio lordo per ogni veicolo: € .....
  - premio lordo anticipato: € .....
- b. per trasferte e/o adempimenti di servizio effettuati con veicoli non di proprietà della Contraente:
- chilometri preventivati: n. 300.000
  - premio lordo per chilometro: € .....
  - premio Lordo anticipato: € .....
- premio lordo totale per la presente Categoria (a. + b.): € .....

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

**Categoria E – Donatori sangue**

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 verificatesi entro 90 giorni dal prelievo.

L'assicurazione è altresì operante anche nei confronti dei donatori che dovessero sottoporsi a procedure di vaccinazione contro l'epatite B o contro il tetano e dovrà essere estesa a tutte quelle manifestazioni immediate o successive all'inoculazione praticata, purché non causate da condizioni patologiche preesistenti.

Inoltre deve essere garantito il costo delle cure mediche sostenute in Istituti di cura non accreditati dal Servizio sanitario nazionale, fino alla concorrenza del massimale indicato e comunque solo in eccedenza alle spese non riconosciute, in tutto e in parte, dal servizio sanitario. Per costi delle cure mediche si intendono :

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

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

**Somme assicurate pro capite**

Morte	€ 350.000,00
Invalità Permanente	€ 350.000,00
Inabilità Temporanea	€ 52,00 al giorno
Rimborso spese mediche da Infortunio	€ 5.165,00

**Franchigie**

Rimborso spese mediche da infortunio	€ 52,00 per sinistro
--------------------------------------	----------------------

**Calcolo del Premio**

- premio lordo per donazione € .....
- donazioni preventivate n. 6.000
- premio lordo anticipato € .....

---

**PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO**

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

**Categoria F – Volontari**

La garanzia è riferita ai Volontari ed Assistenti appartenenti ad Associazioni per gli infortuni subiti e le malattie contratte a causa ed in occasione dell'espletamento delle mansioni (compresa la partecipazione a corsi, meeting, seminari etc.) loro affidate da Associazioni, per conto della Contraente, e/o dall'Azienda stessa ovunque esse siano svolte, ivi compreso il rischio "in itinere".

**Somme assicurate pro capite**

Morte	€ 155.000,00
Invalità Permanente	€ 155.000,00

**Franchigie**

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

**Calcolo del Premio**

- premio lordo pro-capite € .....
- assicurati preventivati n. 3
- premio lordo anticipato € .....

---

**PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO**

### **Categoria G – Medici di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale**

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale, intendendosi per tali tutti gli infortuni subiti dagli assicurati mentre svolgono attività inerenti la loro funzione per conto del contraente , compreso il rischio in itinere se il servizio è prestato in comune diverso da quello di residenza , nonché eventuali attività esterne .

Sono compresi gli infortuni subiti durante l'uso di veicoli pubblici e privati e la guida di veicoli privati.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni.

#### **Somme assicurate pro capite**

Morte	€ 775.000,00
Invalità Permanente	€ 775.000,00
Inabilità Temporanea	€ 52,00 al giorno con decorrenza dalla data di inizio dell'invalità e da corrispondersi per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni

#### **Franchigie**

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

#### **Calcolo del Premio**

- premio lordo per ora € .....
- n. ore preventivate n. 70.000
- premio lordo anticipato € .....

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore  
dell'ASST Melegnano e della Martesana**

**LIMITI – SCOPERTI - FRANCHIGIE [LSF]**

I valori sono espressi in Euro.

	<b>Scoperti per sinistro</b>	<b>Franchigie per sinistro</b>	<b>Limiti indennizzo</b>
<b>Limite massimo d'indennizzo</b>			25.000.000 per sinistro
<b>Ernie e sforzi</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- massimo 5% somma assicurata in caso di ernia operata o operabile per sinistro</li> <li>- massimo 10% della somma assicurata in caso di ernia non operabile per sinistro</li> </ul>
<b>Danni estetici</b>			10.000
<b>Rischio volo</b>			1.000.000 per Assicurato 10.000.000 per aeromobile
<b>Caso Morte – Categorie A, B, C, D, E, F, G</b>	nessuno	nessuna	
<b>Caso I.P. – Categorie A, B, C, D, E, F, G</b>	nessuno	nessuna	
<b>Caso I.T. – Categorie A e B</b>	nessuno	nessuna	155 al giorno per massimo 300 giorni – l'indennità è ridotta del 50% per i primi 3 mesi
<b>Caso I.T. – Categoria E</b>	nessuno	nessuna	52,00 al giorno
<b>Caso I.T. – Categoria G</b>	nessuno	nessuna	52 al giorno per massimo 300 giorni
<b>Rimborso spese mediche – Categoria C</b>	nessuno	nessuna	600
<b>Rimborso spese mediche – Categoria E</b>	nessuno	nessuna	5.165