

# Infortuni Cumulativa Enti pubblici

## Fascicolo Informativo

Modello : FI-0001-621-614-30062014

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota Informativa comprensiva del Glossario
- Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

**Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.**

Allianz S.p.A. - Sede legale Largo Ugo Inneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311  
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. imprese Trieste n. 05032630963 - Cap. sociale euro 403.000.000 i.v.  
Iscritta Albo imprese di assicuraz. n. 1.00152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritto Albo gruppi  
assic. n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

**Allianz** 



Allianz S.p.A. - Sede legale L.go Ugo Imieri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311  
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. imprese Trieste n. 05032630963 - Cap. soc. euro 403.000.000 i.v  
Iscritta Albo imprese di assicuraz. n.1.00152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritto Albo gruppi  
assic. n.018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

## Nota Informativa al Contraente

## Comunicazione informativa

### Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti<sup>1</sup>

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del Regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto consegnano al contraente copia del documento (Allegato n. 7B del Regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al Contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c) sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del Contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d) informano il Contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal Contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e) consegnano al Contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f) possono ricevere dal Contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
  1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
  2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
  3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto, fermi restando i limiti previsti dalla normativa anticiclaggio.

<sup>1</sup> Il documento deve essere consegnato anche dagli addetti all'attività di intermediazione che operano all'interno dei locali dell'intermediario iscritto nel registro.



Polizza n. 79301165

Allianz S.p.A. - Sede legale L.go Ugo Imieri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311  
allianz.spe@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. imprese Trieste n. 05032630963 - Cap. soc. euro 403.000.000 i.v.  
Iscritta Albo imprese di assicuraz. n.1.00152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritto Albo gruppi  
assic.n.018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Codice di autorizzazione: C7066442E8  
Agenzia: 959000  
PALERMO 3

## Comunicazione informativa

**Informazioni da rendere al Contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto**

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare al Contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del Contraente.

L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

### Parte I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il Contraente

Cognome e Nome: LOMBARDO FRANCESCO

iscritto nella sezione A del registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo n. 209/2005 in data 10/04/2007, con il numero A000147418

veste in cui il soggetto opera:  
DELEGATO ASSICURATIVO

Indirizzo sedi operative:  
VIA MARCHESE UGO 30  
90141 PALERMO

recapito telefonico: 091 7300193  
indirizzo internet: WWW.ALLIANZ.IT  
indirizzo di posta elettronica: PALERMO3@AGEALLIANZ.IT, F.LOMBARDOASSICURAZIONI@PEC.IT

Dati dell'intermediario per il quale è svolta l'attività da parte del soggetto sopra indicato:

Cognome e Nome/Denominazione o Ragione Sociale:  
LOMBARDO FRANCESCO

sede legale:

iscritto nella sezione A del registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo n. 209/2005 in data 10/04/2007, con il numero A000147418

I prodotti offerti sono emessi da Allianz S.p.A., ALLIANZ GLOBAL LIFE ITALIAN BRANCH, ALLIANZ GLOBAL CORPORATE & SPECIALITY SE

L'Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta dal sopra indicato intermediario è l'IVASS.

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario per il quale viene svolta l'attività possono essere verificati consultando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)).

## Comunicazione informativa

### Parte II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

Cognome e Nome: LOMBARDO FRANCESCO

addetto dell'intermediario e

Cognome nome/Denominazione/Ragione Sociale:

LOMBARDO FRANCESCO

non sono detentori di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto in alcuna delle compagnie del gruppo Allianz SE.

Nessuna impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto della società di intermediazione per la quale l'intermediario opera.

Con riguardo al contratto proposto

Cognome e Nome: LOMBARDO FRANCESCO

e l'intermediario

Cognome nome/Denominazione/Ragione Sociale:

LOMBARDO FRANCESCO

propongono contratti in assenza di obblighi contrattuali che impongano di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. Il contraente ha diritto di richiedere la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha o potrebbe avere rapporto d'affari.

### Parte III - Informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente

I premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso.

L'attività di intermediazione è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge.

Il Contraente, o qualunque altro soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo, quali a titolo esemplificativo l'assicurato, il beneficiario, il danneggiato (di seguito per brevità il "Reclamante") hanno facoltà di inoltrare reclamo per iscritto all'Impresa o all'Intermediario.

Il reclamo potrà essere inoltrato all'Impresa tramite una delle modalità di seguito riportate:

Form on line dedicato alla presentazione di un reclamo accessibile dal sito [www.Allianz.it](http://www.Allianz.it)

E.mail indirizzata alla casella [reclami@allianz.it](mailto:reclami@allianz.it)

Lettera indirizzata a Allianz S.p.A. - Pronto Allianz - Servizio Clienti - C.so Italia 23 - 20122 Milano

Il numero verde 800 68 68 68 - Opzione 5 - è a disposizione del Reclamante per ottenere chiarimenti o indicazioni sulle modalità di inoltro del reclamo o informazioni sullo stato del reclamo.

Al reclamo sarà dato riscontro per iscritto nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento.

Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

Qualora il Reclamante non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'Impresa nei termini indicati può rivolgersi ad IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, via del Quirinale n. 21, 00187 Roma.

Le informazioni di dettaglio sulla procedura di presentazione del reclamo scritto ad IVASS, incluso il modello da utilizzare, sono disponibili sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it) alla sezione "Per il Consumatore" - sottosezione "Come presentare un reclamo".

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte dell'Impresa resta ferma la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria o di ricorrere ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie come qui di seguito indicato.

Per la risoluzione di controversie relative a sinistri R.C. Auto si può ricorrere:

alla Conciliazione paritetica nei casi di diniego di offerta o di offerta non congrua, anche se accettata a titolo di acconto, purché la richiesta di risarcimento non sia superiore a Euro 15.000,00. La Conciliazione paritetica nasce da un accordo tra ANIA e alcune Associazioni di Consumatori e per accedere alla stessa il consumatore può rivolgersi ad una delle associazioni dei consumatori aderenti al sistema, indirizzando una richiesta di conciliazione secondo le modalità dettagliate all'interno dei siti [www.ivass.it](http://www.ivass.it) (alla sezione "Per il Consumatore") e [www.ania.it](http://www.ania.it) (alla sezione "Consumatori")

## Comunicazione informativa

Per la risoluzione delle controversie relative a polizze danni e vita si può ricorrere:

- alla Mediazione (L. 9/8/2013, N. 98) che può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)
- alla Negoziazione Assistita (L.10/11/2014, N. 162) che può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia

Per la risoluzione di controversie relative alle sole polizze danni, ove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione si può ricorrere:

- all'Arbitrato in caso di disaccordo in merito alla quantificazione del danno, demandando la decisione ad un arbitro designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo circa la nomina, dal Presidente del Tribunale competente.

# Enti pubblici Polizza Infortuni Cumulativa

La tua polizza

Numero: 79301165  
Contraente ASP DI PALERMO

I tuoi riferimenti  
Allianz

Agenzia principale di PALERMO 3  
VIA MARCHESE UGO 30  
90141 PALERMO  
Telefono: 091 7300193  
Fax: 091 7303928  
E-mail: PALERMO3@AGEALLIANZ.IT

Il sito internet

[www.allianz.it/areapersonale](http://www.allianz.it/areapersonale)  
Per consultare le informazioni relative alla tua polizza,  
alle scadenze e ai sinistri

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione, chiarimento o supporto

Allianz S.p.A. - Sede legale Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311  
[allianz.spa@pec.allianz.it](mailto:allianz.spa@pec.allianz.it) - CF, P.IVA, Reg. imprese Trieste n. 05032630963 - Cap. sociale euro 403.000.000 i.v.  
Iscritta Albo imprese di assicuraz. n.1.00152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritto Albo gruppi  
assic. n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01



## Elenco documenti

### Si consegnano al cliente i seguenti documenti

- Fascicolo Informativo
- Comunicazione informativa
- Informazioni da rendere al Contraente
- Scheda di Polizza

La presente copertina non costituisce parte del contratto.

### Allianz per te

La tua Area Personale sul web è ancora più ricca e aggiornata, per consultare in ogni momento la tua posizione assicurativa, e i principali documenti contrattuali.

Per accedere collegati al sito [Allianz.it](http://Allianz.it), registrati nella sezione "Area Personale", richiedi le tue credenziali di accesso e scopri tutte le novità a te dedicate.

---

**Scheda di Polizza**

**Contraente - Assicurato**

Ragione Sociale: ASP DI PALERMO  
 Codice fiscale/Partita IVA: 05841760829  
 Indirizzo: VIA GIACOMO CUSMANO 24  
 C.A.P.: 90141 Città: PALERMO (PA)

**Durata**

Decorrenza: dalle ore 24:00 del 30/06/2017 Scadenza: ore 24:00 del 30/06/2020  
 Durata: anni 3 / mesi 0 / giorni 0  
 Al presente contratto viene applicata la deroga al tacito rinnovo.

**Clausola "Proroga termini di pagamento del Premio"**

A parziale deroga di quanto previsto in polizza in riferimento al pagamento del premio e quindi all'effetto della copertura assicurativa, si conviene quanto segue:  
 L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza. La prima rata di premio dovrà essere pagata entro il 30mo (trentesimo) giorno successivo a tale data.  
 Se il pagamento della prima rata di premio non sarà effettuato entro detto termine, l'assicurazione resterà sospesa fino alle ore 24 del giorno del pagamento.

**Sezioni operanti e dettaglio premi (importi espressi in euro)**

| Sezioni per l'Assicurato - ASP DI PALERMO | Premi lordi annui |
|---|-------------------|
| Infortunati                               | 194.603,94        |
| <b>Totale</b>                             | <b>194.603,94</b> |

**Premio**

Importo annuo comprensivo delle imposte: 194.603,94 euro  
 Periodicità del pagamento: Annuale Prossima data di pagamento: 30/06/2018  
 Importo alla firma: 194.603,94 euro

Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

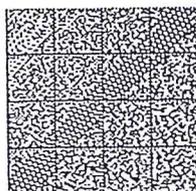
1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

**Altri estremi contrattuali**

Contratto: nuovo Prodotto: MODELLO GENERICO INFORTUNI

Clausola di assunzione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della Legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive integrazioni e modificazioni

Il Contraente (stazione appaltante) e la Società (appaltatore) assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni.



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

Ai sensi dell'art.3 comma 5, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni, le transazioni finanziarie inerenti il presente contratto d'appalto devono essere eseguite avvalendosi di uno o più conti correnti accesi presso banche o Poste Italiane S.p.A., secondo le modalità stabilite dall'art. 3 comma 1, L.136/2010, riportando obbligatoriamente il Codice Identificativo di Gara (CIG), richiesto dal Contraente e attribuito dall'ANAC - Autorità Nazionale Anticorruzione e ove obbligatorio ai sensi dell'art. 11 L.3/2003, il Codice Unico di Progetto (CUP), come previsto dall'art. 3 comma 5, L.136/2010.

Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità dei flussi finanziari, determina la risoluzione di diritto del presente contratto.

### Composizione del premio alla firma (importi espressi in euro)

| Ramo di garanzia | Imp. Prima rata (1) | Aliquota Imposta | Importo Imposte | Importo lordo alla firma |
|------------------|---------------------|------------------|-----------------|--------------------------|
| Infortunati      | 189.857,50          | 2,50 %           | 4.746,44        | 194.603,94               |
| <b>Totali</b>    | <b>189.857,50</b>   |                  | <b>4.746,44</b> | <b>194.603,94</b>        |

(1) Se è previsto il pagamento frazionato e/o se a fronte del presente contratto sono stati applicati degli sconti per la prima annualità, l'imponibile di prima rata è comprensivo del costo per pagamento frazionato ed è al netto degli sconti.

### Composizione del premio rate successive (importi espressi in euro)

| Ramo di garanzia | Importo Imponibile di rata | Aliquota Imposta | Importo Imposte | Importo lordo di rata |
|------------------|----------------------------|------------------|-----------------|-----------------------|
| Infortunati      | 189.857,50                 | 2,50 %           | 4.746,44        | 194.603,94            |
| <b>Totali</b>    | <b>189.857,50</b>          |                  | <b>4.746,44</b> | <b>194.603,94</b>     |

### Condizioni di assicurazione

Capitolato Speciale di Polizza

### DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

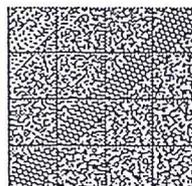
**Amministrazione o Azienda Contraente:** soggetto persona fisica o giuridica che stipula la polizza.

**Azienda Aderente o Azienda Assicurata (di seguito anche: Azienda):** ciascuna Azienda Sanitaria (ASP, AO, AOU, IRCCS ecc.) facente parte del Servizio Sanitario della Regione Siciliana.

**Attività delle Aziende aderenti:** l'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture.

**Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione.

**Società o Impresa:** la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto.



01K 0000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

**Contraente:** il soggetto persona giuridica che stipula l'Assicurazione.

**Assicurazione:** il contratto di assicurazione.

**Polizza:** il documento, emesso e sottoscritto tra le parti, che prova e regola l'assicurazione.

**Franchigia:** la parte di danno indennizzabile espressa in cifra che per ciascun sinistro viene dedotta dal risarcimento.

**Scoperto:** la parte di danno indennizzabile espressa in percentuale che per ciascun sinistro viene dedotta dal risarcimento.

**Sinistro:** l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Liquidazione del danno:** la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo.

**Annualità assicurativa o periodo assicurativo:** il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione.

**Infortunio:** l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o oggettivamente constatabili.

**Invalità permanente:** la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale).

**Inabilità temporanea:** l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato.

**Ospedale, ASP, clinica, casa o istituto di cura:** la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria.

**Rischio professionale:** l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Azienda.

**Rischio extra-professionale:** l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

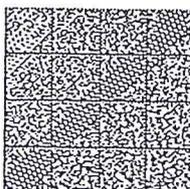
### CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

#### Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto

La durata dei contratti oggetto del presente appalto è fissata in 36 mesi con facoltà di rinnovo per ulteriori 12 mesi previa verifica delle condizioni di mercato.

Per ogni Azienda assicurata, verrà emesso apposito documento di polizza avente le medesime condizioni normative del presente Capitolato e quelle economiche di ogni singola Azienda assicurata.

Ciascun documento di polizza riporterà, per ciascuna Azienda, i corrispondenti valori /massimali/capitali, la data di decorrenza e scadenza della garanzia, nonché l'importo della quota di premio alla firma e per le rate successive di propria spettanza, e verrà sottoscritto dalla singola Azienda assicurata.



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

E' facoltà della Società recedere dai contratti in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata a tutte le Singole Aziende assicurate - e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, fermo che non è consentito esercitare il recesso/disdetta nei confronti di singole Aziende.

E' altresì facoltà delle Aziende recedere dai contratti, in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata alla Società - e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, purché tale recesso / disdetta venga esercitato contemporaneamente, ovvero all'unanimità, da tutte le Aziende assicurate.

E' facoltà delle Aziende assicurate notificare alla Società, la prosecuzione della stessa alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione. Tale prosecuzione deve essere esercitata da tutte le Aziende assicurate.

### Art. 2: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali - nell'ipotesi di contrasto interpretativo del contratto e/o di ogni singola clausola in esso contenuto, preverrà interpretazione più favorevole all'Assicurato - varranno unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato. Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede l'Azienda.

**Art. 3: Pagamento del premio - Termini di rispetto** Anche in deroga al disposto dell'art.1901 Codice Civile, l'Amministrazione contraente pagherà alla Società : entro 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza della copertura, il premio di prima rata convenuto; entro 90 (novanta) giorni successivi a ciascuna data di scadenza intermedia, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;

entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione dell'appendice:

- il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza
- il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalla ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

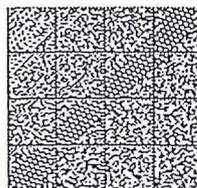
### Art. 4: Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato all'azione di surroga che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del C.C. .

### Art. 5: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 60° giorno dalla sua denuncia, la Società può recedere dal contratto previa comunicazione da inviarsi all'Azienda a cui il sinistro si riferisce e per conoscenza a tutte le Aziende assicurate a mezzo lettera raccomandata A.R., fermo restando che detto recesso/disdetta avrà efficacia nei confronti di tutte le Aziende assicurate. In tale caso le coperture assicurative rimarranno efficaci per ulteriori 120 (centoventi) giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso.

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà i ratei di premio per i periodi non fruiti, al netto delle imposte.



01K 00000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

Qualora invece i contratti abbiano una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) cadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, o esso pervenga all'Amministrazione nel periodo di mora concesso per il pagamento del premio di rata, la Società emetterà un'appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che l'Amministrazione dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. Pagamento del premio che precede) per il periodo corrente dalla data di scadenza intermedia fino alla data di termine della prosecuzione della copertura assicurativa, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Qualunque atto della Società, compresa la riscossione del premio o rateo di premio venuto a scadenza dopo la denuncia del sinistro, non potrà essere interpretato come sua rinuncia a valersi della facoltà di recesso.

### CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

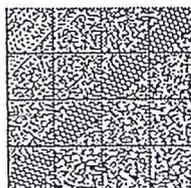
#### Art. 6: Soggetti assicurati

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, richiamati nell'allegata scheda di conteggio del premio:

- i Direttori (Generale, Amministrativo, Sanitario e altri) della Azienda;
- i Dipendenti e i componenti (non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali della Azienda, nonché gli altri soggetti (non dipendenti) autorizzati dalla stessa a vario titolo, alla guida di veicoli (a motore e non) di proprietà o in uso a qualunque titolo all'Azienda stessa;
- i dipendenti e i componenti (non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali della Azienda, alla guida di veicoli privati (a motore e non) per ragioni di servizio;
- i consulenti e il personale di altre Aziende / Enti / Strutture Sanitarie che svolgono la propria attività in virtù di convenzioni tra la Azienda e gli Enti a cui essi afferiscono, operanti presso la Azienda;
- i soggetti che frequentano la Azienda per tirocinio, formazione, aggiornamento, perfezionamento, specializzazione;
- i partecipanti e i fruitori dei corsi, servizi e attività promossi, organizzati e/o gestiti dalla Azienda con fini educativi, riabilitativi, di inserimento sociale, ricreativi, sportivi, culturali, di aggregazione, nonché alle comunità terapeutiche e/o ai soggiorni climatici promossi, organizzati e/o gestiti dalla Azienda;
- i donatori di sangue e suoi componenti;
- i minori e gli altri soggetti affidati alla Azienda e/o tramite essa a famiglie, direttamente dalla Autorità preposta o nell'ambito di iniziative coordinate con altre strutture pubbliche o di assistenza e/o ad esse assimilabili;
- i soggetti che prestano volontariamente la loro opera nell'ambito delle strutture della Azienda in accordo con essa e a favore degli utenti della stessa;
- il personale medico appartenente alle categorie per le quali i corrispondenti CCNL prevedono la copertura assicurativa:

- 10.1. i medici specialisti ambulatoriali e veterinari specialisti ambulatoriali,
- 10.2. i medici addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza sanitaria e/o 118
- 10.3. i medici della medicina dei servizi,
- 10.4. gli psicologi, i biologi, i chimici;

- i dipendenti della Azienda in trasferta e/o in consulenza (anche fuori orario di servizio) presso altre Aziende / Enti / Strutture Sanitarie in virtù di convenzioni tra esse e la Azienda di appartenenza;
- i dipendenti della Azienda che svolgono la attività di cassiere e/o di riscuotitore;
- i dipendenti della Azienda non dirigenti di cui al Comparto del Personale del Servizio Sanitario Nazionale addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza sanitaria e/o 118.



01K 00000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

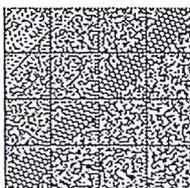
## Art. 7: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati, dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale, o una inabilità temporanea, e/o esborsi per spese mediche, di cura e altre ad esse connesse, secondo quanto indicato nelle Schede di Conteggio "Gruppi di Rischio - Capitali assicurati".

## Art. 8: Efficacia della copertura assicurativa - Limiti territoriali

Con riferimento all'art. 6 - Soggetti assicurati, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti:

- a) Dagli assicurati di cui al punto 1, senza limiti temporali in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o a esso correlati, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro e gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione.
- b) Dagli assicurati di cui al punto 2, in occasione della guida di veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Azienda.  
L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile.  
Relativamente alle autoambulanze e auto mediche, le garanzie sono estese alle operazioni svolte dal conducente e/o dai trasportati (che assumono limitatamente a queste operazioni la qualifica di assicurati) al fine di prelevare o consegnare le persone oggetto dell'intervento.
- c) Dagli assicurati di cui al punto 3, in occasione della guida di veicoli di loro proprietà o in loro uso, esclusi quelli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Azienda, per ragioni di servizio per conto dell'Azienda stessa.  
L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile.  
La garanzia è operante sia quando la sede di partenza risulti essere il luogo presso il quale l'assicurato presta abitualmente servizio sia altro luogo secondo quanto stabilito dal regolamento di missione.
- d) Dagli assicurati di cui al punto 4, in occasione dell'attività da loro svolta in accordo con e/o per la Azienda, compresi i trasferimenti per, da e tra le strutture della Azienda stessa.
- e) Dagli assicurati di cui al punto 5, in occasione della frequentazione della Azienda e partecipazione alle attività della stessa.
- f) Dagli assicurati di cui al punto 6, durante la partecipazione / fruizione dei corsi, servizi e attività, delle comunità e/o dei soggiorni.
- g) Dagli assicurati di cui al punto 7, nell'ambito delle operazioni di prelievo (relative alla donazione e/o connessi ad esami di controllo), sia che questo avvenga in centri fissi di raccolta, interni od esterni alla Azienda, sia che avvenga in centri mobili. L'assicurazione si intende estesa anche alle donazioni praticate al di fuori dell'ambito territoriale dell'Azienda.  
L'assicurazione è operante anche per i rischi in itinere e cioè durante il tempo necessario per il trasferimento, con l'uso di qualsiasi mezzo di locomozione (escluso quello aereo) pubblico o privato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro o struttura della Azienda al punto in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa, per i donatori appartenenti ad Associazioni convenzionate, ovvero dal punto di effettuazione del prelievo alla propria abitazione o luogo di lavoro, per i donatori occasionali.
- h) Dagli assicurati di cui al punto 8, senza limiti temporali.
- i) Dagli assicurati di cui al punto 9, mentre svolgono la loro opera nell'ambito delle strutture dell'Azienda.
- j) Dagli assicurati di cui al punto 10, a causa e in occasione dell'attività professionale prestata, compresi gli infortuni subiti in occasione dell'accesso da e per la sede di servizio se esso è prestato in Comune diverso da quello di residenza e gli eventuali trasferimenti tra le diverse strutture della Azienda, nonché in occasione dello svolgimento di attività intramoenia e/o esterna ai sensi del vigente ACNL;



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

k) Dagli assicurati di cui al punto 11, durante l'intero periodo della trasferta compresi quindi i trasferimenti e gli eventuali infortuni occorsi in attività diverse da quelle professionali durante il tempo libero tra l'inizio del viaggio, trasferimento o missione e il rientro presso la sede di lavoro o la propria abitazione;

l) Dagli assicurati di cui ai punti 12 e 13, mentre svolgono la loro opera nell'ambito della Azienda di appartenenza e/o del territorio di competenza, compresi i trasferimenti tra il/i luogo/i di lavoro.

## Art. 9: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende anche - a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

imprudenze e negligenze anche gravi;

malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici; tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti qualunque ne sia il movente purché avvenuti sul territorio italiano, compresi Città del Vaticano e S. Marino;

calamità naturali solo per il punto in parola, nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 7.000.000,00 per anno assicurativo e per singola Azienda. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra;

contagio H.I.V. : L'assicurazione è valida anche in caso di avvelenamento del sangue a seguito di contagio da H.I.V. sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica indennizzabile a termini di polizza e contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa.

L'assicurato che ritenesse di essere contagiato da virus dell'H.I.V. a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione deve entro tre giorni dal fatto, per il tramite della contraente darne avviso all'Impresa a mezzo fax, raccomandata AR o posta elettronica certificata..

Contemporaneamente deve inviare all'Impresa, a mezzo raccomandata, fax o posta elettronica certificata una descrizione dettagliata dell'evento e di come questo si sia verificato.

Entro cinque giorni dall'evento l'assicurato dovrà sottoporsi ad un primo test H.I.V. presso un centro specializzato o presso l'ASP di zona. Qualora dal test risulti che l'assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo. Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'assicurato, entro 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test: se da questo risulterà che l'assicurato è divenuto sieropositivo, l'Impresa liquiderà l'indennizzo previsto con il massimo del 50% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente. Tutte le spese mediche relative al test di H.I.V. sono a carico dell'assicurato; tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, anche dette spese saranno rimborsate dall'Impresa.

Nel caso in cui il soggetto sia già affetto da altre patologie, non sarà ritenuto indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da tali condizioni menomative preesistenti alla stipula del contratto.

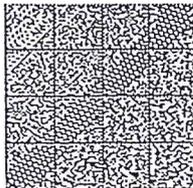
L'assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza dal beneficio dell'Assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico. Il rispetto rigoroso dei termini di denuncia e degli altri obblighi indicati nei commi precedenti, è condizione essenziale per la validità dell'assicurazione, in caso di inadempienza, l'assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo.

Malattie professionali (valida solo per i gruppi di rischio n 1,4,5,6,9,10,13 ) l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (considerate tali dall'INAIL) che abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente, sempreché operanti per l'assicurato, e che si manifestino nel corso di validità del presente contratto, e riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale.

Qualora la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono dal lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

L'indennità viene in ogni caso corrisposta dall'impresa per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, non sarà ritenuto indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da tali condizioni menomative preesistenti alla stipula del contratto.



01K 00000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

Restano in ogni caso escluse le conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo. Qualora il presente contratto pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno dalla scadenza e semprechè la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione.

Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno viene fissato in 18 mesi dalla denuncia della malattia.

nonché:

l'annegamento ed asfissia di natura accidentale;  
l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive;  
il contatto con corrosivi;  
le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;  
la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento;  
le influenze termiche e atmosferiche;  
i morsi di animali o punture di insetti.

### Art. 10: Gestione dei sinistri Impegni della società

La società si impegna a garantire sul territorio siciliano:

la presenza di n.4 centri per la liquidazione dei sinistri quale riferimento diretto per le Aziende;  
L'individuazione di n.4 Liquidatori dedicati presso i suddetti centri liquidativi

Impegnandosi altresì a comunicare a tutte le Aziende entro 30 giorni dalla comunicazione di aggiudicazione definitiva recapiti diretti (indirizzo, numero telefonico, mail,) del centro e del liquidatore.

### Art. 10 .1.: Liquidazione del danno - Detrazioni

In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

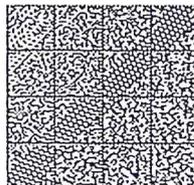
Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.000,00 (euro duemila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà: Valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:

La perdita assoluta 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 stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più parti di organi od arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo si stabilisce tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.



01K 00000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

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

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dalla suddetta tabella di legge per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato 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.

Determinando e liquidando l'indennità in misura pari:

all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,

all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una inabilità temporanea, la indennità giornaliera sarà erogata - indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtù di altre garanzie previste dalla polizza - a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione, con riduzione al 50% per il periodo durante il quale la inabilità è stata parziale; resta inteso che per le categorie di seguito indicate la indennità verrà conteggiata come segue:

per gli assicurati di cui al punto 6) Donatori di sangue, per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'evento regolarmente denunciato;

per gli assicurati di cui ai punti 9.1) e 9.4), per un periodo massimo di 300 giorni con decorrenza dalla data di inizio della inabilità e con riduzione al 50% per i primi tre mesi;

per gli assicurati di cui ai punti 9.2) e 9.3), solo per il periodo di inabilità assoluta e per un periodo massimo di 300 giorni per anno solare con decorrenza dalla data di inizio della inabilità; In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

spese di ricovero, rette di degenza,

onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,

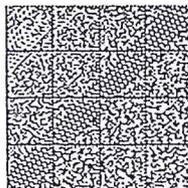
uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,

esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,

trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,

trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso, prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.



01K 00000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 5.000,00 (euro cinquemila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati - esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri, o per attività di protezione civile e/o di emergenza sanitaria - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile l'importo di euro 7.000.000,00 (settemilioni/00); superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Per ciascuna Azienda aderente, in caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati a causa del medesimo evento il limite massimo di indennizzo a carico della Società non potrà essere superiore a euro 25.000.000,00 (venticinquemilioni/00).

Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

### Art. 11: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 4. dell'art. "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

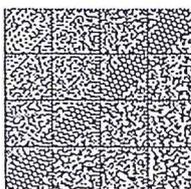
Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

## CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE

### Art. 12: Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;  
trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Amministrazione;  
guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;  
atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;  
abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;



01K 00000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;  
operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;  
guida di mezzi di locomozione aerei;  
guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato.

### Art. 13: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado e durata della inabilità temporanea nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 10, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti gli indennizzi, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede nel Comune, dove ha sede l'Azienda contraente.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

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 2 anni, in tal caso il collegio può disporre la concessione di un anticipo secondo quanto stabilito dal precedente art. 11.

### Art. 14: Denuncia dei sinistri - Impegni della Società

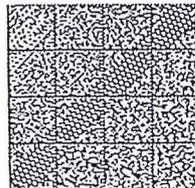
La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Azienda, entro 30 (trenta) giorni lavorativi dall'evento o da quando le articolazioni Aziendali individuate da ogni singola Azienda ne siano venuti a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società.

La Società fornirà con cadenza quadrimestrale all'Amministrazione e rispettivamente alle Aziende assicurate, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:



01K 00000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

la numerazione attribuita  
la data di accadimento  
le sole iniziali dell'infortunato  
lo stato del sinistro  
l'importo stimato per la sua definizione, o  
l'importo liquidato  
nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

E' facoltà dell'Amministrazione e delle Aziende richiedere ed obbligo della Società fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora esse lo richiedano.

## Art. 15: Costituzione del premio e regolazione - Altre assicurazioni - Buona fede

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti e riferiti ad ogni singola Azienda per i numeri corrispondenti indicati alla voce "parametri di riferimento" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

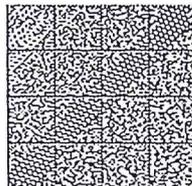
La Azienda fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute. Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Azienda inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati.

A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni, o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa. fermo restando il diritto della Società di verificare e controllare in qualsiasi momento, le risultanze di libri di amministrazione della Contraente, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso.

Per "parametri di riferimento" si intende:

- a) per gli assicurati sub punto 1 dell'art. 6, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- b) per gli assicurati sub punto 2 dell'art. 6, il numero complessivo dei veicoli utilizzati;
- c) per gli assicurati sub punto 3 dell'art. 6, il numero complessivo dei chilometri percorsi;
- d) per gli assicurati sub punto 4 dell'art. 6, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- e) per gli assicurati sub punto 5 dell'art. 6, il numero complessivo dei soggetti frequentanti;
- f) per gli assicurati sub punto 6 dell'art. 6, il numero complessivo dei soggetti partecipanti;
- g) per gli assicurati sub punto 7 dell'art. 6, il numero complessivo delle donazioni effettuate;
- h) per gli assicurati sub punto 8 dell'art. 6, il numero complessivo dei minori e altri soggetti;
- i) per gli assicurati sub punto 9 dell'art. 6, il numero complessivo dei soggetti volontari;
- j) per gli assicurati sub punti 10 dell'art. 6, il numero complessivo dei medici assicurati per ogni categoria;
- k) per gli assicurati sub punto 11 dell'art. 6, il numero complessivo delle giornate di trasferta



01K 0000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

- l) per gli assicurati sub punto 12 dell'art. 6, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- m) per gli assicurati sub punto 13 dell'art. 6, il numero complessivo dei soggetti assicurati

La Azienda è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa, e che essa si impegna a fornire in copia alla Società qualora essa ne faccia richiesta.

Altrettanto, la Azienda e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Si conviene che, ove la Azienda abbia in buona fede ommesso di fornire o fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

### Art. 16: Partecipazione delle Società - Associazione temporanea di imprese (operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti l'Associazione Temporanea di Imprese:

|           |                    |
|-----------|--------------------|
| Compagnia | Società mandataria |
| Compagnia | Società mandante   |
| Compagnia | Società mandante   |

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite della Società mandataria che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società mandante, secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione all'Associazione Temporanea di Imprese.

Art. 17: Trattamento dei dati Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

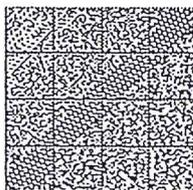
### Art. 18: Altre assicurazioni - Detrazioni

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Azienda (quale, ad esempio, la tutela assicurativa Inail), dall'indennizzo dovuto ai sensi delle presenti condizioni contrattuali verrà dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

### Art. 19: Disposizione finale

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

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).



01K 0000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

## Art. 20: Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, nonché ogni altro soggetto giuridico a qualsiasi titolo interessato al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i..

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire - salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

## Asp di Palermo

## Destinatari dell'Assicurazione

## 1) i Direttori

Caso Morte Euro 500.000,00; Invalidità Permanente Euro 750.000,00; inabilità Temporanea Euro 0,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 2; premio imponibile unitario Euro 186,32; Premio Imponibile Totale Euro 372,64.

## 2) i soggetti alla guida di veicoli di proprietà o in uso alla Azienda

Caso Morte Euro 250.000,00; Invalidità Permanente Euro 350.000,00; inabilità Temporanea Euro 0,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 255; premio imponibile unitario Euro 0,0094; Premio Imponibile Totale Euro 2,3970.

## 3) soggetti alla guida di veicoli propri per motivi di servizio

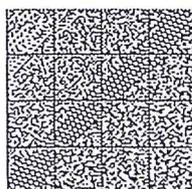
Caso Morte Euro 250.000,00; Invalidità Permanente Euro 350.000,00; inabilità Temporanea Euro 0,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 1.050.000; premio imponibile unitario Euro 0,0079; Premio Imponibile Totale Euro 8.295,00.

## 4) i consulenti, i revisori dei conti i componenti commissioni concorsi e il personale di altre Aziende/Enti/Strutture

Caso Morte Euro 250.000,00; Invalidità Permanente Euro 350.000,00; inabilità Temporanea Euro 0,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 3; premio imponibile unitario Euro 325,41; Premio Imponibile Totale Euro 976,23.

## 5) i frequentatori per tirocinio, gli specializzandi, ecc.

Caso Morte Euro 150.000,00; Invalidità Permanente Euro 200.000,00; inabilità Temporanea Euro 0,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 26; premio imponibile unitario Euro 119,34; Premio Imponibile Totale Euro 3.102,84.



01K 00000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

6) i partecipanti e i fruitori dei corsi, attività di aggregazione, ecc.

Caso Morte Euro 150.000,00; Invalidità Permanente Euro 150.000,00; inabilità Temporanea Euro 0,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 0; premio imponibile unitario Euro 35,12; Premio Imponibile Totale Euro 0,00.

7) i donatori di sangue e i suoi componenti

Caso Morte Euro 300.000,00; Invalidità Permanente Euro 300.000,00; inabilità Temporanea Euro 33,00; Spese Mediche Euro 6.000,00; parametro di riferimento 4.235; premio imponibile unitario Euro 0,66; Premio Imponibile Totale Euro 2.795,10.

8) i minori e altri soggetti affidati all'Azienda

Caso Morte Euro 150.000,00; Invalidità Permanente Euro 200.000,00; inabilità Temporanea Euro 0,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 0; premio imponibile unitario Euro 146,34; Premio Imponibile Totale Euro 0,00.

9) i volontari

Caso Morte Euro 250.000,00; Invalidità Permanente Euro 350.000,00; inabilità Temporanea Euro 0,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 0; premio imponibile unitario Euro 121,95; Premio Imponibile Totale Euro 0,00.

10.1) i medici specialisti ambulatoriali ed i veterinari specialisti ambulatoriali

Caso Morte Euro 1.033.000,00; Invalidità Permanente Euro 1.033.000,00; inabilità Temporanea Euro 155,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 242; premio imponibile unitario Euro 270,50; Premio Imponibile Totale Euro 65.461,00.

10.2) i medici del servizio di continuità assistenziale, emergenza territoriale e 118

Caso Morte Euro 775.000,00; Invalidità Permanente Euro 775.000,00; inabilità Temporanea Euro 52,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 462; premio imponibile unitario Euro 202,94; Premio Imponibile Totale Euro 93.758,28.

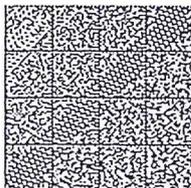
10.3) i medici della medicina dei servizi

Caso Morte Euro 775.000,00; Invalidità Permanente Euro 775.000,00; inabilità Temporanea Euro 52,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 21; premio imponibile unitario Euro 202,94; Premio Imponibile Totale Euro 4.261,74.

10.4) gli psicologi, i biologi, i chimici

Caso Morte Euro 1.033.000,00; Invalidità Permanente Euro 1.033.000,00; inabilità Temporanea Euro 155,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 24; premio imponibile unitario Euro 270,50; Premio Imponibile Totale Euro 6.492,00.

11) i dipendenti o altro personale in trasferta e/o consulenza presso altre Aziende/Enti/Strutture



01K 00000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

Caso Morte Euro 250.000,00; Invalidità Permanente Euro 350.000,00; inabilità Temporanea Euro 0,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 0; premio imponibile unitario Euro 7,55; Premio Imponibile Totale Euro 0,00.

12) i dipendenti cassieri e/o riscuotitori

Caso Morte Euro 250.000,00; Invalidità Permanente Euro 250.000,00; inabilità Temporanea Euro 0,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 17; premio imponibile unitario Euro 255,31; Premio Imponibile Totale Euro 4.340,27.

13) i dipendenti addetti al servizio di continuità assistenziale, emergenza territoriale e 118

Caso Morte Euro 250.000,00; Invalidità Permanente Euro 350.000,00; inabilità Temporanea Euro 0,00; Spese Mediche Euro 0,00; parametro di riferimento 0; premio imponibile unitario Euro 78,55; Premio Imponibile Totale Euro 0,00.

Premio imponibile Euro 188.857,50;

imposte Euro 4.746,44;

Premio lordo annuo Euro 194.603,94;

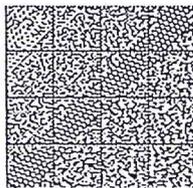
percentuale di ribasso 10,89%

## Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara:

- che al momento dell'emissione di questo contratto non sono in vigore altre coperture assicurative per i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza, ad eccezione di eventuali coperture assicurative cumulative offerte da associazioni, enti, società;
- che non vi sono stati annullamenti o disdette di coperture assicurative aventi per oggetto i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza;
- che nel triennio precedente l'emissione di questo contratto non si sono verificati sinistri causati da eventi in relazione ai rischi previsti dalla presente Polizza;

Il Contraente dichiara inoltre di non aver subito richieste di natura estorsiva, minacce a tal fine ovvero danni per finalità di ritorsione conseguente al rifiuto delle richieste.



01K 00000793011652



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

## Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente contratto:

- il Fascicolo Informativo composto da Nota Informativa, incluso Glossario e Condizioni di assicurazione o, nei casi previsti dall' art. 30 del Regolamento IVASS 35/2010 e successive modifiche e/o integrazioni, le Condizioni di assicurazione.
- copia del documento "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti" conforme al modello 7A, Regolamento Isvap 5/2006 e successive modifiche e/o integrazioni;
- copia del documento "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione del contratto" conforme al modello 7B, Regolamento Isvap 5/2006 e successive modifiche e/o integrazioni;

- di impegnarsi a consegnare a ciascun Assicurato copia del Fascicolo Informativo composto da Nota Informativa, incluso Glossario e Condizioni di assicurazione o, nei casi previsti dall' art. 30 del Regolamento IVASS 35/2010 e successive modifiche e/o integrazioni, copia delle Condizioni di assicurazione esonerando, così, l'Intermediario ed Allianz S.p.A. da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dalla mancata ottemperanza a tale obbligo;

- di essere consapevole che in caso di aggravamento del rischio deve darne comunicazione scritta all'Impresa e che li aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile;

- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia del presente contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che il presente contratto non contiene cancellature o rettifiche.

Sottoscritto il \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

Allianz S.p.A. S.p.A.

Via ... Palermo 3

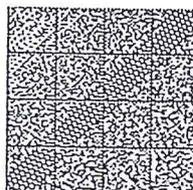
30 90141 Palermo

via ... Francesco Lombardi



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonino Cardela

Firma del Contraente/Legale Rappresentante



Polizza n. 79301165

## Scheda di Polizza

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre:

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonino Candela

Firma del Contraente/Legale Rappresentante

- di essere consapevole che l'Intermediario - in ragione del rifiuto del sottoscritto a fornire le informazioni richieste - non ha potuto effettuare la valutazione di adeguatezza del presente contratto rispetto alle esigenze assicurative del sottoscritto.

Firma del Contraente/Legale Rappresentante

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonino Candela

