



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

U.O.C. LEGALE

U.O.S. Gestione Sinistri del Personale

Via Pindemonte, n.88 – 90129 Palermo
Tel.091/7033427 – Fax 091/7033437 – 091/7033439
e-mail: gestionesinistripersonale@asppalermo.org

Prot. n. *1118/SIN* del *01 GIU. 2021*

Oggetto: PROCEDURA DENUNCIA E GESTIONE SINISTRI POLIZZA N. 410660313
“INFORTUNI CUMULATIVA” - decorrenza dalle ore 24.00 del 30.04.2021 fino
alle ore 24.00 del 30.11.2021 -

Ai Direttori dei Dipartimenti Amministrativi e Sanitari

Ai Direttori dei Distretti Sanitari dal n. 33 al n.42

Ai Direttori Sanitari dei PP.OO.

Ai Direttori UUOCC Coordinatori Amministrativi
Area 1, 2 e 3

Ai Direttori delle UU.OO.CC.:

Coordinamento Staff Strategico

Psicologia

Programmazione e Controllo di Gestione

Legale

Servizio Prevenzione e Protezione

Sviluppo Gestionale dei Progetti Sanitari

Al Responsabile Sistema Informativo e Statistico

Al Responsabile Sorveglianza Sanitaria

Al Responsabile Comunicazione ed Informazione

e.p.c.

Alla Direzione Generale

Alla Direzione Sanitaria

Alla Direzione Amministrativa

Al Collegio Sindacale

Loro Sedi

Spett.le Società Consulbrokers s.p.a.

mail: info@consulbrokers.it

Con nota prot. n. 0052581-2021 del 25.05.21, il Direttore della UOC Provveditorato ha trasmesso copia della polizza a copertura del rischio "Infortuni Cumulativa", stipulata con la Compagnia Assicurativa Generali - sede legale in Mogliano Veneto (TV) - 31021 - via Marocchese n.14 - con decorrenza dalle ore 24.00 del 30.04.2021 e fino alle ore 24.00 del 30.11.2021.

Ciò posto, quanto alle modalità da osservare per le denunce e la gestione dei sinistri, rientranti nella polizza di che trattasi, che in copia si allega ed ai cui contenuti integralmente si rinvia, ed avuto riguardo alla vastità del Territorio di competenza dell'Azienda ed onde scongiurare eccezioni di inoperatività della polizza per tardiva denuncia, si dispone quanto di seguito specificato.

Denuncia sinistri

- 1) Al verificarsi di un sinistro, rientrante nella polizza in argomento, l'infortunato, nell'immediato inoltra, al Dirigente Responsabile della struttura di appartenenza, formale denuncia dell'evento coperto da garanzia assicurativa, da effettuarsi sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 445/2000 e s.m.i. contenente apposita e dettagliata relazione dell'accaduto indicando la data, il luogo, l'ora, la circostanza e modalità con cui lo stesso è avvenuto, eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire un'adeguata ricostruzione dell'evento, corredata da certificazioni mediche ed ogni ulteriore documentazione necessaria.
- 2) Il Dirigente Responsabile della struttura ove presta servizio il soggetto infortunato, entro 30 giorni lavorativi dal verificarsi dell'evento o da quando ne ha avuto formale conoscenza deve effettuare formale denuncia di sinistro alla Compagnia assicurativa, per il tramite del Broker CONSULBROKER S.p.A. ad uno dei seguenti recapiti:

Consulbroker S.p.A.
Via Mergellina n. 2
80122 - Napoli

Mail: info@consulbrokers.it
Pec: consulbrokersspa@legalmail.it
tel. 081.7648268 Fax 081.7648685

- 3) la Struttura che ha effettuato la denuncia, ove non avesse ancora allegato tutta la documentazione necessaria al broker assicurativo per la gestione del sinistro, dovrà trasmettere direttamente e tempestivamente allo stesso l'ulteriore carteggio.
- 4) Di quanto stabilito ai superiori punti nn.1) 2) e 3) dovrà essere data contestuale comunicazione all'U.O.C. Legale - U.O.S. Gestione Sinistri del Personale di questa Azienda (mail: gestionesinistripersonale@asppalermo.org, pec: gestionesinistri.pec@asppa.it), corredata con copia della documentazione inviata al predetto Broker.
- 5) Il Broker Assicurativo Consulbrokers, alla ricezione della denuncia di sinistro, dovrà tempestivamente comunicare alla struttura denunciante ed alla UOS Gestione Sinistri del Personale, il numero identificativo del sinistro che dovrà essere obbligatoriamente citato in tutta la corrispondenza successiva alla prima denuncia, evitando così di indicare il nominativo dell'infortunato per esteso, nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della privacy, nonché la chiusura del sinistro con eventuale indennizzo liquidato al danneggiato, suddiviso per voci di danno (invalidità permanente, inabilità temporanea ed

assoluta ecc.).

- 6) Qualunque ulteriore documentazione necessaria per la gestione del sinistro dovrà, su richiesta dell'U.O.S. Gestione Sinistri del Personale, essere alla stessa inoltrata con la massima sollecitudine e, comunque, entro i termini dalla stessa indicati.

Nel richiamare le SS.LL. alla puntuale osservanza delle suddette disposizioni, si invitano i Dirigenti in indirizzo a dare la massima divulgazione della presente e dell'allegata polizza a tutto il personale afferente alle articolazioni di competenza, ed al personale amministrativo preposto a tali attività n.q. di Responsabile del Procedimento, in conformità alla normativa vigente, anche mediante l'affissione nei rispettivi albi, significando che, l'inosservanza dei termini - che sono da considerarsi perentori - costituiscono responsabilità dirigenziale.

La presente viene inoltrata al Responsabile della UOS Comunicazione ed Informazione, che provvederà alla pubblicazione della presente circolare sul sito web aziendale <http://www.asppalermo.org>, nella sezione " Documenti/circolari", unitamente alla polizza "infortuni cumulativa" sottoscritta con la Compagnia assicurativa Generali S.P.A., alla cui lettura si rinvia.

La presente sostituisce ogni precedente direttiva procedimentale emanata con riferimento alla polizza "Infortuni cumulativa".

Allegati:

- Nota prot. n. . 0052581-2021 del 25.05.21 UOC Provveditorato con allegata Polizza Assicurativa Infortuni Cumulativa GENERALI S.p.A.
- N.2 mail brokers dell'1.6.2021

Il Responsabile del procedimento
(Sig.ra Francesca Celauro)

Il Responsabile
U.O.S. Gestione Sinistri del Personale
(Avv. Daniela Antinoro)

trasmissione polizza generali

Da provveditorato@asppalermo.org <provveditorato@asppalermo.org>
A **ufficio sinistri** <gestionesinistripersonale@asppalermo.org>
Data martedì 25 maggio 2021 - 10:12

ASP Palermo
UOC APPROVVIGIONAMENTI
Dott. Pietro Maria Caltagirone

A.S.P. - PALERMO
U.O.C. LEGALE
25 MAG. 2021
3413

TRASMISSIONE POLIZZA GENERALI.pdf

A.S.P. - PALERMO
U.O.S. Gestione Sinistri del Personale
25 MAG. 2021
Prot. n. 551



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141
PALERMO
C.F. e P. L.V.A. 05841760829

U.O.C. Approvvigionamenti
Via Pindemonte, 88
90129 - Palermo

Telefono
091 7034078

DATA

PROT. N.

Al Responsabile dell'U.O.C. Gestione
Sinistri del Personale
gestionesinistripersonale@asppalermo.org

OGGETTO: Trasmissione polizza Generali.

Si inoltra, in allegato, per quanto di competenza, copia della polizza assicurazione infortuni n. 410660313 emessa in data 13-5-2021, con decorrenza il 30-4-2021 e scadenza 30-11-2021.

Il Collaboratore Amm.vo
Dr.ssa Alessandra Iacona

Il Direttore della U.O.C. Approvvigionamenti
Dr. Pietro Maria Callagrone

ASSICURAZIONE
INFORTUNI

ASSICURAZIONE INFORTUNI
Mod. 145/02
CUMULATIVA

ESEMPLARE PER LA DIREZIONE/CD

LA VALUTA BASE DELLA POLIZZA È EURO

POLIZZA N. 410660313 AGENZIA PALERMO PIAZZALE UNGHERIA (L26 00)
 CONTRAENTE/ASSICURATO AZIENDA SANITARIA PROV. PALERMO COD. FISCALE 0000005841760829
 domicilio VIA GIACOMO CUSMANO 24 - PALERMO - 90141 - PA

decorrenza ore 24 del

giorno	30	30	04	04	2021	anno
--------	----	----	----	----	------	------

 scadenza ore 24 del

giorno	30	30	11	11	2021	anno
--------	----	----	----	----	------	------

 rateazione UNICA
 emissione 1° quietanza

giorno			05	05	2021	anno
--------	--	--	----	----	------	------

 polizza emessa il

giorno	13	13	05	05	2021	anno
--------	----	----	----	----	------	------

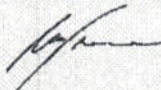
 polizze sostituite/rinnovate n°

--	--	--	--	--	--	--

PREMIO RATA INIZIALE			PREMIO RATE SUCCESSIVE		
PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTA	TOTALE	PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTA	TOTALE
267.370,24	6.684,26	274.054,50	0,00	0,00	0,00
PREMIO ANNUO INFORTUNI		274.054,00	DI CUI IMPOSTA		6.684,22
PREMIO ANNUO MALATTIE			DI CUI IMPOSTA		
CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI <u>I119</u> <u>X005</u> <u>EPAS</u>					
ALLEGATI MODELLI <u>GIPRY</u> <u>IDS2</u> <u>APTRAC</u> <u>I92-11</u> <u>X005</u>					

L'assicurazione è disciplinata dalle condizioni contrattuali riportate in allegato che il Contraente dichiara di aver ricevuto, conoscere ed accettare.

Generali Italia S.p.A.



Contratto di Assicurazione
 U.O.C. APPROVIGIONAMENTI
 Dott. Filippo M. Caltagirone

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

DIRETTORE
 U.O.C. APPROVIGIONAMENTI
 Dott. Filippo M. Caltagirone

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle condizioni generali di assicurazione:

- Art. 4.3 - Variazione della persona del Contraente
- Art. 6.2 - Foro competente
- Art. 6.4 - Altre assicurazioni
- Art. 6.5 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 6.6 - Proroga dell'assicurazione

Il pagamento dell'importo, dovuto alla firma della presente polizza di euro _____ è stato effettuato a mani del sottoscritto oggi, alle ore _____ in _____ il _____.

Agente o esattore

ACQ.	B33	P. VENDITA A	00	GEST.	B33	P. VENDITA G	00	PART.	
------	-----	--------------	----	-------	-----	--------------	----	-------	--

Mod. X005 - ATTO DI DICHIARAZIONE N. 00

DENOMINAZIONE PALERMO PIAZZALE UNGHERIA

COD. L26 00

POLIZZA N. 410660313

MODELLO I45

CONTRAENTE AZIENDA SANITARIA PROV. PALERMO

DATA EMISSIONE 13/05/2021

X005 - Atto dichiarativo

CONDIZIONI PARTICOLARI

Si richiamano le condizioni riportate nell'allegato Capitolato Speciale di Appalto - Servizio di copertura assicurativa infortuni del personale e altri soggetti integrate dalle seguenti varianti:

Art. 8 Estensioni della copertura (variante migliorativa): 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 10.000.000,00 (euro diecimilioni/00) per sinistro. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 9.1 Liquidazione del danno - detrazioni - punto 5. (variante migliorativa)
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 10.000.000,00 (diecimilioni/00); superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte

Art. 9.1 Liquidazione del danno - detrazioni - ultimo capoverso (variante migliorativa) 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 30.000.000,00 (trentamilioni/00).

Art. 8 Estensioni della copertura (variante peggiorativa) Malattie professionali: eliminare il riferimento alla garanzia "morte" ed elevare la franchigia per

l'invalidità permanente dal 10% al 20%.


PRECISAZIONE

La Società prende atto che non risultano sinistri denunciati dal 30/04/2021 al 07/05/2021.

Fermo il resto.

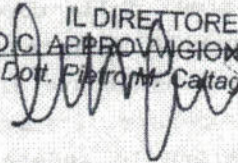
Il presente atto di Dichiarazione si compone di n. 2 pagine.

Generali Italia S.p.A.



Contraente/Assicurato

IL DIRETTORE
U.O.C. APPROVVIGIONAMENTI
Dot. Pierfrancesco Cattagione



Appendice a polizza n° 410660313 Agenzia PALERMO PIAZZALE UNGHERIA Cod. L26 00Contraente AZIENDA SANITARIA PROV. PALERM**MOD. 192 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO**

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

01 N° 2 Persone PER LA CATEGORIA Dirigenti con mansioni amministrative Direttori

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro 750.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 500.000,00 in caso di morte

Ambito di operatività: **PROFESSIONALE****CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **298,378** (comprensivo di imposta).

Appendice a polizza n° 410660313 Agenzia PALERMO PIAZZALE UNGHERIA Cod. L26 00Contraente AZIENDA SANITARIA PROV. PALERM**MOD. 192 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO**

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

02 N° 255 Persone PER LA CATEGORIA Conducenti con mezzo ente Soggetti alla guida di veicoli di proprietà o in u

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro **350.000,00** in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro **250.000,00** in caso di morte

Ambito di operatività: **PROFESSIONALE****CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **55,442** (comprensivo di imposta).

Appendice a polizza n° 410660313 Agenzia PALERMO PIAZZALE UNGHERIA Cod. L26 00Contraente AZIENDA SANITARIA PROV. PALERM**MOD. I92 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO**

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

03 N° 1050000 Chilometri **PER LA CATEGORIA** Conducenti con mezzo proprio **I soggetti**
alla guida di veicoli propri per motivi

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro **350.000,00** in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro **250.000,00** in caso di morte

Ambito di operatività: **PROFESSIONALE****CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **Chilometri**.Il premio annuo finito per **Chilometri** è di euro **0,009** (comprensivo di imposta).

Appendice a polizza n° 410660313 Agenzia PALERMO PIAZZALE UNGHERIA Cod. L26 00Contraente AZIENDA SANITARIA PROV. PALERM**MOD. I92 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO**

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

**04 N° 3 Persone PER LA CATEGORIA PERSONALE ASSICURABILE SOLO SU AUTORIZZAZIONE I
consulenti, i revisori dei conti, i componenti c**

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro 350.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 250.000,00 in caso di morte

Ambito di operatività: **PROFESSIONALE****CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **155,001** (comprensivo di imposta).

Appendice a polizza n° 410660313 Agenzia PALERMO PIAZZALE UNGHERIA Cod. L26 00Contraente AZIENDA SANITARIA PROV. PALERM**MOD. 192 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO**

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

**05 N° 26 Persone PER LA CATEGORIA Altri rischi riservati alla Direzione I
frequentatori per tirocinio, gli specializzandi,**

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 150.000,00 in caso di morte

Ambito di operatività: **PROFESSIONALE****CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **35,004** (comprensivo di imposta).

Appendice a polizza n° 410660313 Agenzia PALERMO PIAZZALE UNGHERIA Cod. L26 00Contraente AZIENDA SANITARIA PROV. PALERM**MOD. I92 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO**

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

06 N° 4235 Donazioni PER LA CATEGORIA Donatori di sangue I donatori di sangue e i suoi componenti.

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro 300.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 300.000,00 in caso di morte
- euro 33,00 in caso di inabilità temporanea
- euro 6.000,00 per la garanzia Rimborso spese sanitarie

Ambito di operatività: **PROFESSIONALE****CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI**

I136	I139								

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **Donazioni**.Il premio annuo finito per **Donazioni** è di euro **0,677** (comprensivo di imposta).

Appendice a polizza n° 410660313 Agenzia PALERMO PIAZZALE UNGHERIA Cod. L26 00Contraente AZIENDA SANITARIA PROV. PALERM**MOD. 192 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO**

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

07 N° 242 Persone PER LA CATEGORIA Medici specialisti ambulatoriali I medici specialisti ambulatoriali ed i veterinari

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro 1.033.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 1.033.000,00 in caso di morte
- euro 155,00 in caso di inabilità temporanea

Ambito di operatività: **PROFESSIONALE****CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI**

I136									

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **413,639** (comprensivo di imposta).

Appendice a polizza n° 410660313 Agenzia PALERMO PIAZZALE UNGHERIA Cod. L26 00
Contraente AZIENDA SANITARIA PROV. PALERM

MOD. 192 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

08 N° 462 Persone PER LA CATEGORIA Medici addetti a servizio continuità assistenziale I medici del servizio di continuità assistenziale,

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro 775.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 775.000,00 in caso di morte
- euro 52,00 in caso di inabilità temporanea

Ambito di operatività: **COMPLETA**

CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI

I136									

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **270,733** (comprensivo di imposta).

Appendice a polizza n° 410660313 Agenzia PALERMO PIAZZALE UNGHERIA Cod. L26 00Contraente AZIENDA SANITARIA PROV. PALERM**MOD. 192 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO**

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

09 N° 21 Persone PER LA CATEGORIA Medici I medici della medicina dei servizi.

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro 775.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 775.000,00 in caso di morte
- euro 52,00 in caso di inabilità temporanea

Ambito di operatività: **PROFESSIONALE****CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI**

1136									

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **270,733** (comprensivo di imposta).

Appendice a polizza n° 410660313 Agenzia PALERMO PIAZZALE UNGHERIA Cod. L26 00Contraente AZIENDA SANITARIA PROV. PALERM**MOD. I92 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO**

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

10 N° 24 Persone PER LA CATEGORIA Medici, biologi, chimici e psicologi ambulatoriali
Gli psicologi, i biologi, i chimici.

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro 1.033.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 1.033.000,00 in caso di morte
- euro 155,00 in caso di inabilità temporanea

Ambito di operatività: **PROFESSIONALE****CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI**

I136									

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro 537,203 (comprensivo di imposta).

Appendice a polizza n° 410660313 Agenzia PALERMO PIAZZALE UNGHERIA Cod. L26 00Contraente AZIENDA SANITARIA PROV. PALERM**MOD. I92 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO**

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

11 N° 17 Persone PER LA CATEGORIA ALTRI RISCHI RISERVATI ALLA DIREZIONE I dipendenti cassieri e/o riscuotitori.

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro 250.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro 250.000,00 in caso di morte

Ambito di operatività: **PROFESSIONALE****CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI**

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro **96,248** (comprensivo di imposta).

Allegato mod. APTRAC

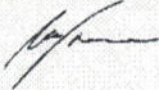
Polizza N.: 410660313 Agenzia: PALERMO PIAZZALE UNG Cod.: L26Contraente: AZIENDA SANITARIA PROV. PALERMO**APPENDICE DI TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI**

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

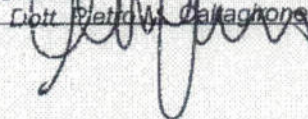
In dipendenza di quanto precede la controparte, o altro soggetto obbligato ai sensi della legge sopra citata, è tenuta ad effettuare i pagamenti (premi, franchigie) esclusivamente per mezzo di bonifico bancario su conto corrente indicato dalla Società riportando, se previsti, il codice identificativo di gara (CIG) e il codice unico di progetto (CUP).

Data 13/05/2021

Generali Italia S.p.A.



Il Contraente

Il DIRETTORE
U.O.C. APPROVVIGIONAMENTI
Dott. Pietro M. Gallagione

CLAUSOLE SPECIALI per la polizza n° 410660313**1119 Abrogazione tacito rinnovo**

A deroga di quanto stabilito nell'art. 6.6 "Proroga dell'assicurazione", resta convenuto che il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.

1136 Inabilità Temporanea**A) le modalità di accertamento**

Qualora l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, abbia per conseguenza una inabilità temporanea dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate, la Società, fermo quanto stabilito successivamente alla lett. B), liquida l'indennità giornaliera assicurata in polizza, per un periodo massimo di un anno dal giorno dell'infortunio, con le seguenti modalità:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate;
- al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle suddette occupazioni.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene corrisposto per il periodo della necessaria cura medica e decorre, fermo quanto disposto dalla successiva lett. B), dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa il giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione. I certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

A deroga dell'art. 1.2 "Estensione territoriale"; per gli infortuni subiti fuori dall'Europa e dagli Stati africani ed asiatici del Mediterraneo e del Mar Nero, la garanzia è operante limitatamente al periodo di ricovero, adeguatamente certificato. Tale limitazione cessa a partire dal giorno di rientro in Italia.

Quanto disposto nell'art. 2.1 "Precisioni sull'ambito di operatività - servizio militare" si intende non operante.

B) la determinazione dell'indennizzo

La somma assicurata per Inabilità Temporanea è corrisposta con le seguenti modalità per scaglione di somma assicurata:

- fino a euro 50,00 viene corrisposta a partire dall'ottavo giorno successivo a quello computabile a termini della precedente lett. A) (franchigia assoluta di gg. 7);
- oltre euro 50,00 viene corrisposta a partire dal sedicesimo giorno successivo a quello computabile a termini della precedente lett. A) (franchigia assoluta di gg. 15).

In caso di infortunio che comporti un ricovero in istituto di cura di almeno tre giorni, la Società corrisponderà l'indennizzo per Inabilità Temporanea senza l'applicazione della franchigia di 7 giorni sulla parte di somma assicurata fino a euro 50,00.

L'indennizzo per "Inabilità Temporanea" non è cumulabile con quello eventualmente previsto per "Indennità giornaliera da ingessatura".

1139 Rimborso spese sanitarie

In caso di infortunio la Società rimborsa fino a concorrenza della somma assicurata in polizza le spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio per:

- onorari dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trasporto dell'Assicurato in istituto di cura in caso di ricovero e rientro al domicilio effettuato con autoambulanza;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.


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

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata, previa applicazione per ciascun evento dell'eventuale scoperto / franchigia indicato in polizza, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo dovuto, da imputarsi nella liquidazione definitiva dello stesso, qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero e abbia sostenuto delle spese documentate per un importo non inferiore a euro 1.000.00. In tal caso l'Assicurato dovrà presentare, oltre alla documentazione delle spese, certificazione dell'istituto di cura che attesti la data ed il motivo del ricovero nonché il presunto ammontare totale delle spese sanitarie. L'anticipo viene corrisposto nei limiti suddetti, salvo conguaglio a cura ultimata.

Per approvazione delle clausole sopra riportate

Generali Italia S.p.A.



Il Contraente

IL DIRETTORE
U.O.C. APPROVVIGIONAMENTI
Dott. Pietro M. Callagione



All.1

Capitolato Speciale di Appalto

**SERVIZIO DI COPERTURA
ASSICURATIVA INFORTUNI del
PERSONALE e ALTRI SOGGETTI**

POLIZZA INFORTUNI
DEL PERSONALE ED ALTRI SOGGETTI

La presente polizza è stipulata tra il Contraente

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO
Via
Codice Fiscale
N. CIG

e la Compagnia di Assicurazione

Denominazione.....
Via
C.F. / P. IVA:

Durata del contratto

dalle ore 24.00 30.04.2021
alle ore 24.00 30.11.2021

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

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

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

Società o Impresa: la Compagnia assicuratrice nonché, laddove presenti, le Agenzie della stessa (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto.

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

Broker: il soggetto incaricato della assistenza e consulenza nella gestione amministrativa e tecnica del contratto di Assicurazione per tutto il tempo della durata della polizza, inclusi proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni della stessa polizza.

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.

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 DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - DURATA DEL CONTRATTO

La durata del contratto oggetto del presente appalto è fissata in 7 (sette) mesi decorrenti dalle ore 24.00 del 30.04.2021 o di altra data successiva comunicata dalla Stazione Appaltante.

Alla scadenza è facoltà del Contraente, nelle more del perfezionamento delle ordinarie procedure ad evidenza pubblica per il rinnovo del contratto, richiedere una proroga tecnica dello stesso contratto per il periodo massimo di 3 (tre) mesi, agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per l'Ente. In tali casi (riaffidamento e/o proroga tecnica) l'Aggiudicatario è espressamente tenuto ed obbligato a garantire copertura assicurativa a semplice richiesta scritta dell'Ente.

La Stazione Appaltante, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip, di definizione di procedure o di altre indicazioni da parte di centrali di committenza, 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 ad una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione con un preavviso non inferiore a 15 giorni.

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 l'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 di Palermo.

ART. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, l'Amministrazione contraente pagherà alla Società:

1. entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della copertura, il premio di prima rata convenuto;
2. entro i 60 (sessanta) giorni successivi alla data di scadenza della copertura, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
3. entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione dell'eventuale 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 dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Per il contratto scaduto, 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- SOGGETTI ASSICURATI

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

1. il Direttori (Generale, Amministrativo, Sanitario e altri) dell'Azienda;
2. 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;
3. 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;
 4. 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 l'Azienda;
 5. i soggetti che frequentano l'Azienda per tirocinio, formazione, aggiornamento, perfezionamento, specializzazione;
 6. i partecipanti e i fruitori dei corsi, servizi e attività promossi, organizzati e/o gestiti dall'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 dall'Azienda;
 7. i donatori di sangue e suoi componenti;
 8. i minori e gli altri soggetti affidati all'Azienda e/o tramite essa a famiglie, direttamente dall'Autorità preposta o nell'ambito di iniziative coordinate con altre strutture pubbliche o di assistenza e/o ad esse assimilabili;
 9. i soggetti che prestano volontariamente la loro opera nell'ambito delle strutture dell'Azienda in accordo con essa e a favore degli utenti della stessa;
 10. 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;
 11. i dipendenti dell'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 l'Azienda di appartenenza;
 12. i dipendenti dell'Azienda che svolgono la attività di cassiere e/o di riscuotitore;
 13. i dipendenti dell'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.

ART. 6 - 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 nella Scheda di Conteggio "Gruppi di Rischio - Capitali assicurati".

ART. 7 - EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA - LIMITI TERRITORIALI

Con riferimento all'art. 5 - 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 ad 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 dell'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 all'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 dell'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 dell'Azienda, nonché in occasione dello svolgimento di attività intramoenia e/o esterna ai sensi del vigente CCNL;
- 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 dell'Azienda di appartenenza e/o del territorio di competenza, compresi i trasferimenti tra il/i luogo/i di lavoro.

ART. 8 - ESTENSIONI DELLA COPERTURA

L'assicurazione comprende anche - a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti e/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 € 5.000.000,00 per sinistro. 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 dare avviso all'Impresa a mezzo raccomandata AR o posta elettronica certificata

Contemporaneamente deve inviare all'Impresa, a mezzo raccomandata 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 ed, 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.

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 e accordato il termine di un anno dalla scadenza e sempreché 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. 9 - GESTIONE DEI SINISTRI - IMPEGNI DELLA SOCIETÀ

La società si impegna a garantire sul territorio siciliano:

- la presenza di un centro per la liquidazione dei sinistri quale riferimento diretto per l'Azienda;
- l'individuazione di un Liquidatore dedicato presso il suddetto centro liquidativo, impegnandosi altresì a comunicare all'Azienda entro 30 giorni dalla comunicazione di aggiudicazione definitiva recapiti diretti (indirizzo,

numero telefonico, mail) del centro e dei liquidature.

ART. 9.1 - LIQUIDAZIONE DEL DANNO - DETRAZIONI

1. 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.
2. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:
 - a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al D.P.R. n. 1124/1965 e ss.mm.ii., 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 e per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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.
 - b) 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.

3. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una inabilità temporanea, l'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 dell'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 10.1) e 10.4), 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 10.2) e 10.3), 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;
4. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e periodo 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.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/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.

5. 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 6.000.000,00 (seimilioni/00); superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

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 15.000.000,00 (quindicimilioni/00). Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

ART. 10 – 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% (ventipercento), 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.

ART. 11 - 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 dell'Amministrazione;
- guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente articolo "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;
- 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. 12: 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.9.1, 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 nominate 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 di Palermo.

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. 10.

ART. 13 - DENUNCIA DEI SINISTRI - IMPEGNI DELLA SOCIETA'

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dall'Azienda, entro 30 (trenta) giorni lavorativi dall'evento o da quando le articolazioni aziendali individuate dall'Azienda ne siano venute 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 un'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.

Se l'assicurato o i suoi familiari o aventi diritto intenzionalmente non adempiano agli obblighi indicati nel periodo precedente, 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.

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 raccomandata o posta elettronica certificata alla Società.

La Società fornirà con cadenza trimestrale all'Azienda un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- 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'Azienda richiedere ed obbligo della Società fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora essa lo richieda.

ART. 14 - COSTITUZIONE DEL PREMIO E REGOLAZIONE - ALTRE ASSICURAZIONI - BUONAFEDE

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari 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 (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

L'Azienda fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza del periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio, le variazioni numeriche intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito.

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

Qualora nel corso del periodo assicurativo 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:

- per gli assicurati sub punto 1 dell'art. 5, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- per gli assicurati sub punto 2 dell' art. 5, il numero complessivo dei veicoli utilizzati;
- per gli assicurati sub punto 3 dell'art. 5, il numero complessivo dei chilometri percorsi;
- per gli assicurati sub punto 4 dell' art. 5, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
- per gli assicurati sub punto 5 dell'art. 5, il numero complessivo dei soggetti frequentanti;

per gli assicurati sub punto 6 dell'art. 5, il numero complessivo dei soggetti partecipanti;
per gli assicurati sub punto 7 dell'art. 5, il numero complessivo delle donazioni effettuate;
per gli assicurati sub punto 8 dell'art. 5, il numero complessivo dei minori e altri soggetti;
per gli assicurati sub punto 9 dell'art. 5, il numero complessivo dei soggetti volontari;
per gli assicurati sub punti 10 dell'art. 5, il numero complessivo dei medici assicurati per ogni categoria;
per gli assicurati sub punto 11 dell'art. 5, il numero complessivo delle giornate di trasferta
per gli assicurati sub punto 12 dell' art. 5, il numero complessivo dei soggetti assicurati;
m) per gli assicurati sub punto 13 dell'art. 5, il numero complessivo dei soggetti assicurati.

L'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. 15 - ALTRE ASSICURAZIONI - DETRAZIONI

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dall'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. 16 - TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

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

I soggetti di cui al periodo 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 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.

ART. 17 - RISERVATEZZA E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La Società aggiudicataria, in relazione a quanto oggetto di prestazione ed alle informazioni e documenti dei quali sia venuta in possesso, a qualsiasi titolo, nell'esecuzione delle prestazioni oggetto del presente appalto, si obbliga, fatto salvo in ogni caso il diritto al risarcimento dei danni subiti dall'ASP di Palermo, a:

- garantire, per se stessa e per i propri dipendenti e collaboratori, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1381 C.C., la massima riservatezza su tutte le informazioni, adottando tutte le misure previste dalla normativa vigente;
- non divulgare, anche successivamente alla scadenza del contratto, notizie relative all'attività svolta per l'ASP di Palermo e dall'Asp di Palermo;
- non eseguire e non permettere che altri eseguano copia, estratti, note od elaborazioni di qualsiasi dato o documento;
- garantire il rispetto di quanto previsto dalle norme per la tutela dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679, denominato "General Data Protection Regulation";
- attuare nell'ambito della propria attività, sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente,

tutte le norme di sicurezza e di controllo finalizzate ad evitare il rischio di alterazione, distruzione o perdita, anche parziale, nonché d'accesso non autorizzato, o di trattamento dei dati non consentito o non conforme alla finalità del servizio;

- a comunicare immediatamente per iscritto all'ASP qualunque evento del quale si possa desumere che sia stata violata o posta in pericolo la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati di cui è venuto a conoscenza;
- a tenere indenne l'ASP da ogni contestazione, azione o pretesa avanzata nei suoi confronti da parte dell'utenza e/o di qualsiasi altro soggetto e/o Autorità a seguito di eventuali inosservanze alla normativa vigente e/o regolamenti in materia di privacy.

L'inosservanza da parte dell'Aggiudicataria di quanto previsto nel presente articolo costituisce grave inadempimento a fronte del quale l'ASP avrà la facoltà di risolvere il contratto, fatto salvo il risarcimento del maggior danno causato alla medesima.

Il titolare del trattamento dei personali è il Legale rappresentante dell'ASP di Palermo; la Società aggiudicataria sarà nominata dall'Amministrazione "Responsabile del trattamento dei dati personali" per l'Amministrazione ai sensi dell'art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679, nonché della normativa italiana di adeguamento al GDPR, previa verifica dei requisiti richiesti dalla disciplina vigente, nazionale e comunitaria da parte dell'Amministrazione. Essa dovrà impegnarsi a presentare all'Amministrazione le garanzie e ad adottare tutte le misure tecniche e organizzative idonee ed adeguate ad adempiere alla normativa e regolamentazione in vigore sul trattamento dei dati personali e dovrà impegnarsi ad eseguire quanto necessario per ottemperare a qualsivoglia modifica delle norme in materia di trattamento dei dati personali applicabili al trattamento, che generi nuovi requisiti (ivi incluse nuove misure di natura fisica, logica, tecnica, organizzativa, in materia di sicurezza o trattamento dei dati personali) per il Responsabile del trattamento collaborando, nei limiti delle proprie competenze tecniche, organizzative e delle proprie risorse, con il Titolare del trattamento affinché siano sviluppate, adottate e implementate misure correttive di adeguamento ai nuovi requisiti e alle nuove misure durante l'esecuzione del contratto, senza oneri aggiuntivi a carico dell'Amministrazione.

Tra l'ASP di Palermo e l'aggiudicatario verrà sottoscritto un accordo (Modello Accordo Trattamento Dati - Allegato G), con cui l'Azienda, in qualità di Titolare del Trattamento dei dati, nomina quest'ultimo Responsabile del trattamento, ex art. 28 del GDPR e fornisce istruzioni dettagliate sugli obblighi previsti dalla normativa vigente. L'aggiudicatario, ai sensi dell'art. 82 del GDPR, è direttamente responsabile per il danno causato dal trattamento se non ha adempiuto agli obblighi del GDPR specificatamente diretti ai responsabili del trattamento o ha agito in modo difforme o contrario rispetto alle legittime istruzioni del Titolare, indicate nell'accordo allegato. L'ASP di Palermo può in qualsiasi momento verificare che il trattamento dei dati da parte del Responsabile avvenga nel rispetto del GDPR, della normativa nazionale e delle prescrizioni del Garante Privacy. L'ASP di Palermo si riserva la facoltà, in caso di inosservanza degli obblighi indicati nell'accordo allegato, di risolvere il contratto principale ai sensi dell'art. 1456 del C.C.

ART. 18 – BROKERAGGIO ASSICURATIVO

Ad ogni effetto di legge le parti contraenti riconoscono alla Società Consulbrokers Spa, Catania, Via Etna n. 239 ed in seguito denominata anche Broker, il ruolo di cui al D. Lgs 209/2005 (ex legge 792/84) per quanto concerne la predisposizione del Capitolato speciale di appalto e la assistenza e consulenza nella trattativa. Il Broker fornirà, inoltre, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutto il tempo residuo della polizza, sino alla scadenza, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni dello stesso contratto assicurativo.

L'opera del Broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato nazionale ed internazionale, confermati dalla giurisprudenza, esclusivamente dall'aggiudicatario con il quale verrà stipulato il contratto, sotto forma di una parte dell'unitaria provvigione predestinata dalle Direzioni alle proprie reti di vendita, secondo l'aliquota percentuale del 9%, da calcolarsi sul premio imponibile. La remunerazione del Broker non rappresenta un costo aggiuntivo per l'Ente e andrà dagli Assicuratori assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio per gli oneri di distribuzione e produzione e predeterminata a monte dalle Direzioni Generali. Detto compenso verrà trattenuto sulle fimesse di detti premi all'atto della loro rendicontazione

all'aggiudicatario (in caso di coassicurazione ai diversi coassicuratori).

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente polizza, si conviene espressamente che ogni

comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia e alle coassicuratrici, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia, nel nome e per conto dell'Assicurato, si intenderà fatta dall'Assicurato stesso.

INDIVIDUAZIONE DEI GRUPPI DI RISCHIO E RISPETTIVI CAPITALI ASSICURATI							
SCHEDA CONTEGGIO PREMIO							
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO							
Destinatari dell'assicurazione	Capitali assicurati euro /00				Parametri di riferimento	Premio imp.le unitario	Premio imp.le Totale (AxB)=C
Gruppi di rischio	Caso Morte	Invalità Permanente	Inabilità temporanea (diaria giornaliera)	Spese mediche	A	B	C
1) i Direttori	500.000	750.000	0	0	n. 3		
2) i soggetti alla guida di veicoli di proprietà o in uso alla Azienda	250.000	350.000	0	0	n. 57		
3) i soggetti alla guida di veicoli propri per motivi di servizio	250.000	350.000	0	0	km. 1.950.000		
4) i consulenti, i revisori dei conti, i componenti commissioni concorsi e il personale di altre Aziende/Enti/Strutture	250.000	350.000	0	0	0		
5) i frequentatori per tirocinio, gli specializzandi, ecc..	150.000	200.000	0	0	0		
6) i partecipanti e i fruitori dei corsi, attività di aggregazione, ecc..	150.000	150.000	0	0	0		
7) i donatori di sangue e i suoi componenti	300.000	300.000	33	6.600	n. 9.559		
8) i minori e altri soggetti affidati alla Azienda	150.000	200.000	0	0	0		
9) i volontari	250.000	350.000	0	0	0		
10.1) i medici specialisti ambulatoriali ed i veterinari medici specialisti ambulatoriali	1.033.000	1.033.000	155	0	n. 150		
10.2) i medici del servizio di continuità assistenziale, emergenza territoriale e 118	775.000	775.000	52	0	n. 591		
10.3) i medici della medicina dei servizi	775.000	775.000	52	0	n. 20		
10.4) gli psicologi, i biologi, i chimici	1.033.000	1.033.000	155	0	0		
11) i dipendenti o altro personale in trasferta e/o consulenza presso altre Aziende/Enti/Strutture	250.000	350.000	0	0	n. 147		
12) i dipendenti cassieri e/o riscuotitori	250.000	250.000	0	0	n. 44		
13) i dipendenti addetti al servizio di continuità assistenziale, emergenza territoriale e 118	250.000	350.000	0	0	n. 155		

Da "glafiora@consulbrokers.it" <glafiora@consulbrokers.it>

A "GESTIONESINISTRIPERSONALE@asppalermo.org" <GESTIONESINISTRIPERSONALE@asppalermo.org>

Cc "alfredo amato" <aamato@consulbrokers.it>, "Antonio Perretti" <aperretti@consulbrokers.it>, "Sdipiazza" <sdipiazza@consulbrokers.it>

Data martedì 1 giugno 2021 - 15:51

Contatti per denuncia sinistri

Buonasera

Di seguito i contatti di Generali Italia e Consulbrokers, a cui inviare le documentazioni relative ai sinistri:

Generali Italia S.p.A.

Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021

Tel. 041/5492111

Email: generaliiitalia@pec.generaligroup.com

CONSULBROKERS S.p.A.

80122 Napoli, Via Mergellina n. 2

tel. +39 081.7648268

Email: info@consulbrokers.it

Pec: consulbrokersspa@legalmail.it

Cordiali Saluti

--

Gianluca La Fiora

Consulbrokers Spa

mob. (+ 39) 328.2075389

e-mail glafiora@consulbrokers.it

Da "glafiora@consulbrokers.it" <glafiora@consulbrokers.it>
A "GESTIONESINISTRIPERSONALE@ASPPALERMO.ORG"
<GESTIONESINISTRIPERSONALE@ASPPALERMO.ORG>
Cc "Gaetano Guarracino" <gguarracino@consulbrokers.it>, "alfredo amato" <aamato@consulbrokers.it>,
"Sdipiazza" <sdipiazza@consulbrokers.it>
Data martedì 1 giugno 2021 - 16:33

Fax Consulbrokers

Gentilissimo Avvocato

Di seguito il numero di fax della Consulbrokers Spa

0817648685

Cordiali Saluti

--

Gianluca La Fiora

Consulbrokers Spa

mob. (+ 39) 328.2075389

e-mail glafiora@consulbrokers.it