

ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

La presente polizza è stipulata tra

REGIONE EMILIA ROMAGNA
ASSEMBLEA LEGISLATIVA
VIALE ALDO MORO N. 50
40127 BOLOGNA
C.F. 80062590379
CODICE CIG

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	31.12.2016
Alle ore 24.00 del :	31.12.2018

**Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati:**

Alle ore 24.00 di ogni:	31.12
--------------------------------	--------------

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DELL'ATTIVITA'

- Art.1 Definizioni
- Art.2 Identificazione delle persone assicurate

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
- Art.3 Durata del contratto
- Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art.5 Regolazione del premio
- Art.6 Recesso a seguito di sinistro
- Art.7 Modifiche dell'assicurazione
- Art.8 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art.9 Oneri fiscali
- Art.10 Foro competente
- Art.11 Interpretazione del contratto
- Art.12 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
- Art.13 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
- Art.14 Coassicurazione e delega
- Art.15 Clausola Broker
- Art.16 Rinvio alle norme di legge
- Art.17 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
- Art.18 Estensione territoriale e valuta degli indennizzi
- Art.19 Validità delle norme dattiloscritte
- Art.20 Tracciabilità dei flussi finanziari

SEZIONE 3 CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

PARTITA 1) INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione contro le malattie e persone assicurate
- Art.2 Invalidità permanente da malattia
- Art.3 Criteri di indennizzabilità
- Art.4 Malattie pregresse, croniche e recidivanti
- Art.5 Esclusioni
- Art.6 Decorrenza delle garanzie – Periodi di carenza
- Art.7 Persone non assicurabili
- Art.8 Denuncia del danno ed obblighi relativi
- Art.9 Liquidazione dei danni
- Art.10 Controversie
- Art.11 Calcolo del premio

PARTITA 2) GARANZIE FACOLTATIVE AD ADESIONE INDIVIDUALE

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione
- Art.2 Diarie
- Art.3 Esclusioni
- Art.4 Malattie pregresse, croniche e recidivanti
- Art.5 Decorrenza delle garanzie – Periodi di carenza
- Art.6 Persone non assicurabili
- Art.7 Denuncia del danno ed obblighi relativi
- Art.8 Liquidazione dei danni
- Art.9 Calcolo del premio
- Art.10 Controversie

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DELL'ATTIVITA'

Art. 1 - Definizioni

Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Polizza :	Il documento che prova l'assicurazione
Contraente :	Il soggetto che stipula l'assicurazione
Assicurato :	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario :	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso
Ente :	L'Assemblea Legislativa della Regione Emilia Romagna
Società :	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker :	La AON S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio :	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo :	La somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro, all'Assicurato e/o agli aventi diritto.
Franchigia :	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto :	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo :	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Malattia :	Ogni alterazione dello stato di salute, fisico o mentale, non dipendente da infortunio
Invalidità permanente :	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea :	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto di cura :	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero :	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Ingessatura :	Mezzo di contenzione gessato oppure contenzione con fasce rigide, ausili o apparecchi terapeutici
Convalescenza :	Il periodo tra la fine del ricovero e la stabilizzazione dello stato di salute o la guarigione

Art. 2 – Identificazione delle persone assicurate

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva comunicazione delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento agli atti esistenti presso gli uffici del Contraente che si impegna a farli pervenire alla Compagnia nel caso che quest'ultima ne faccia richiesta.

L'Assicurato può rinunciare in ogni tempo all'assicurazione con apposita dichiarazione scritta. In tal caso il premio a lui relativo non verrà computato. Nel caso di rinuncia in corso d'anno ne verrà computato solo il rateo effettivamente goduto fino alla data in cui perviene alla Compagnia la formale rinuncia, procedendo in sede di regolazione dei premi al rimborso del rateo pagato e non goduto. Le dimissioni dell'Assicurato, quando abbiano concluso il loro iter, sono parificate alla rinuncia.

In mancanza di rinuncia espressa, tutti gli Assicurati, così come indicati in "Definizioni", sono immessi nell'assicurazione. L'Assicurato che ha rinunciato può, mediante il Contraente, richiedere una sola volta nel corso dell'intera durata della polizza di essere reimmesso nell'assicurazione.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Art.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

ART.3 - DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA –RINNOVO-DISDETTA

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta.

E' facoltà del Contraente, entro la scadenza, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione per un periodo di sei mesi.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione di ogni anno, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 4 (quattro) mesi prima della scadenza annuale.

Ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente Contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata annuale.

Per il pagamento del relativo premio è operante il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento delle rate successive.

L'assicurato, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), 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, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i **60 giorni** successivi al medesimo, in rate annuali ovvero a richiesta del contraente in rate semestrali al 30.06 e 31.12. di ogni anno, senza applicazione dei diritti di frazionamento. Tale termine di pagamento, nel rispetto dell'art. 4, comma 4 del D.lgs. n. 231/2002 e ss.mm.ii., è giustificato dalla natura e dall'oggetto del contratto nonché dalla necessità tecnico-contabile di mantenere uniformità nel pagamento dei premi annuali di tutti i contratti assicurativi dell'Ente.

Tale previsione è valida anche per il pagamento di appendici a titolo oneroso. I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere in copertura il rischio di cui trattasi, dietro presentazione, da parte del Contraente, di documentazione idonea a comprovare la corresponsione del premio ad Equitalia Servizi S.p.A. in applicazione alle disposizioni di cui al Decreto Ministeriale ed alla Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze sopra richiamati.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del c.c. nei confronti della Società stessa.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni ai sensi del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti al primo capoverso del presente articolo.

Art.5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 3) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate e/o rimborsate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art.6 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione (pagamento o rifiuto di un indennizzo) dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente, hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata o comunicazione PEC in firma digitale. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata o comunicazione da parte del ricevente. In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

In caso di risoluzione anticipata del contratto la Società si impegna a trasmettere al Contraente, contestualmente alla comunicazione di recesso, le informazioni utili sulla sinistrosità pregressa.

Art.7 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art.8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società e viceversa

Tutte le comunicazioni tra le Parti devono essere fatte, per essere valide, per iscritto tramite fax, lettera raccomandata, e-mail, posta elettronica certificata (PEC) in firma digitale od altro mezzo idoneo ad assicurarne e certificarne la provenienza. Le comunicazioni devono essere indirizzate dall'una all'altra parte e viceversa per il tramite del Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza, con la sola eccezione della comunicazione di recesso che va indirizzata direttamente dall'una all'altra Parte e viceversa.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art.10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente, ovvero ove ha sede l'Assicurato.

Art.11 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art.12 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare all'Assicurato compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

Art.13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società, con cadenza semestrale, entro 60 giorni dalla scadenza dei semestri, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (data del sinistro, n. del sinistro);
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato e data di liquidazione);
- d) sinistri senza seguito (con indicazione della data di chiusura della pratica e motivazione);
- e) generalità del denunciante Assicurato;

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art.14 - Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla AON S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla AON S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria, quest'ultima provvederà ad informare le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella della Sezione 6) alla presente Polizza.

Art.15 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società AON S.p.A., iscritta alla Sezione B, di cui al Registro Unico degli Intermediari, ai sensi dell'art. 109, D. Lgs. 209/2005 e s.m.i.

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

Il Broker tratterà con la Società Delegataria la quale informerà le Società Coassicuratrici. Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Società Delegataria per conto comune.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche tramite il Broker, ed in tal caso si intenderanno come fatte all'altra Parte.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. L'opera del broker sarà remunerata, in conformità alla prassi di mercato, dall'Assicuratore aggiudicatario nella misura dell'7% del premio imponibile.

Prende altresì atto che non appena scadrà il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il sopra citato Broker, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo dell'eventuale nuovo soggetto affidatario dell'infranominato servizio, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D. Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del Regolamento ISVAP n. 5/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi.

Art.16 - Rinvio alle norme di legge

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

Art.17 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia del sinistro dovrà contenere le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro i 30 giorni lavorativi da quando il Settore competente alla gestione del presente contratto ne sia venuto a conoscenza scritta e comunque non appena l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

L'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso della malattia.

L'Assicurato deve consentire la visita dei medici della Compagnia permettendo qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 18 – Estensione territoriale e valuta degli indennizzi

La presente polizza si intende operante nel mondo intero.

L'inabilità temporanea, anch'essa valida in tutto il mondo, fuori dall'Europa vale limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero. Tale limitazione cessa alle ore 24 del rientro in Europa.

Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€). I ricoveri effettuati nello stato Città del Vaticano e nella repubblica di San Marino si considerano come avvenuti in Italia.

Art.19 – Validità delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa della Compagnia vale solo quale presa d'atto del premio e, nel caso di coassicurazione, della ripartizione del rischio tra le società.

Art. 20 - Tracciabilità dei flussi finanziari

L'assicuratore aggiudicatario si impegna, a pena di nullità assoluta del presente contratto, ai sensi dell'art. 3 comma 8 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. "Tracciabilità dei flussi finanziari":

- Ad assumere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari;
- Ad inserire, nei contratti che andrà eventualmente a sottoscrivere con subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessate all'oggetto del contratto, una clausola con la quale ciascuna parte del subcontratto si assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.

Il Contraente ha facoltà di risolvere di diritto il contratto di appalto di servizi assicurativi, così come previsto dall'art. 1456 c.c. e ai sensi dell'art. 3 comma 9 bis della L. 136/2010, e s.m.i. qualora l'assicuratore:

- esegua transazioni finanziarie inerenti il contratto di assicurazione (pagamenti / incassi) senza avvalersi dello strumento del bonifico bancario o postale o con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- non riporti negli strumenti di pagamento relativi a ciascuna transazione il Codice Identificativo Gara (CIG);
- nei rapporti nascenti con altre imprese di assicurazione, dovesse avere notizia che un suo subcontraente tra le imprese di assicurazione in coassicurazione, in Raggruppamento Temporaneo d'Impresa (RTI), ovvero in Associazione Temporanea d'Impresa (ATI), nell'espletamento dell'appalto di servizi assicurativi, non abbia dato corso agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui alla legge n. 136/2010 e s.m.i.,

La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

In occasione di ogni pagamento all'assicuratore e con interventi di controllo ulteriori, il Contraente verifica l'assolvimento degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari da parte dell'assicuratore e /o dei subcontraenti della filiera.

Qualora l'Assicuratore abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, si impegna a dare immediata comunicazione al Contraente, ed alla Prefettura – ufficio territoriale del Governo della Provincia dove ha sede il Contraente.

Il Contraente prende atto che la prassi dei pagamenti nel mercato assicurativo fra le imprese di assicurazione, i brokers e le pubbliche amministrazioni loro clienti, consente al broker di incassare i premi per il tramite di un conto corrente separato di cui all'art. 117 D.lgs 07.09.2005, n. 209 (Codice delle Assicurazioni); detto conto corrente viene identificato quale conto "dedicato" a sensi dell'art. 3 comma 1 della legge 136/2010 e s.m.i., senza che sia necessario chiedere l'accensione di un altro conto corrente in via esclusiva per i pagamenti effettuati dalle stazioni appaltanti e, in via generale, dalle pubbliche amministrazioni.

ART. 21 – TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del D.lgs. 196 del 30/06/2003 e s.m.i. le parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

SEZIONE 3) CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

PARTITA 1) INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione contro le malattie e persone assicurate

La presente polizza copre 24 ore al giorno gli Assicurati (Presidente, Assessori regionali, Consiglieri regionali, Sottosegretario alla Presidenza) per gli eventi sotto specificati.

L'assicurazione vale, indipendentemente dall'attività professionale svolta dagli Assicurati oltre all'attività relativa alla carica o incarico ricoperto nella Regione Emilia-Romagna, per i capitali sotto indicati.

Personne assicurate	Eventi assicurati	Capitali assicurati per singola persona
N.60 previste alla data di decorrenza dell'assicurazione	Invalidità permanente da malattia	Euro 309.875,00 *

***Opzionale ad adesione facoltativa dell'assicurato elevato ad € 500.000,00; il premio verrà corrisposto in unica soluzione direttamente dall'Assicurato alla Compagnia per il tramite del Broker incaricato.**

Art. 2 – Invalidità permanente da malattia

La Compagnia, in caso di malattia che determini una invalidità permanente corrisponderà un indennizzo, calcolato sulla somma assicurata secondo la tabella e le norme che seguono.

L'Assicurato, dietro pagamento del premio, ha la facoltà di estendere il capitale assicurato fino ad un massimo di euro 500.000,00.

TABELLA DELL'INVALIDITÀ DA LIQUIDARE IN FUNZIONE DELL'INVALIDITÀ ACCERTATA

Invalidità permanente accertata %	Invalidità permanente liquidata %	Invalidità permanente accertata %	Invalidità permanente liquidata %	Invalidità permanente accertata %	Invalidità permanente liquidata %	Invalidità permanente accertata %	Invalidità permanente liquidata %
Fino a 20	0	32	25	44	47	56	71
21	1	33	27	45	49	57	73
22	3	34	29	46	51	58	76
23	5	35	30	47	53	59	79
24	7	36	31	48	55	60	82
25	9	37	33	49	57	61	85
26	11	38	35	50	59	62	88
27	13	39	37	51	61	63	91
28	15	40	39	52	63	64	94
29	17	41	41	53	65	65	97
30	20	42	43	54	67	66 e oltre	100
31	22	43	45	55	69		

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata - con riferimento alla tabella allegata al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e per le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche - non prima che siano decorsi 180 giorni dalla denuncia e comunque non oltre 12 mesi da tale data.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella, l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa generica dell'Assicurato.

Art. 3 – Criteri di indennizzabilità

Nel caso di invalidità permanente preesistente l'indennizzo è liquidato per le sole conseguenze cagionate dalla malattia denunciata, come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un arto o di un organo già minorato le percentuali di invalidità permanente accertate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 4 – Malattie pregresse, croniche e recidivanti

Le garanzie comprendono le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti a condizione che le stesse siano sconosciute all'Assicurato al momento della stipula della presente polizza.

Art. 5 – Esclusioni

L'assicurazione non comprende le conseguenze derivanti da:

- delitti dolosi dell'Assicurato;
- guerre e insurrezioni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti. Le garanzie si intendono comunque estese agli effetti sia interni sia esterni delle emanazioni radioattive conseguenti a trattamenti diagnostici e terapeutici ai quali l'Assicurato si è sottoposto;
- abuso di alcolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, di stupefacenti ed allucinogeni.

Art. 6 – Decorrenza delle garanzie – Periodi di carenza

La garanzia decorre:

- dal giorno di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- dal novantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie da gravidanza e da puerperio;
- per il parto la diaria verrà corrisposta a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello della stipula dell'assicurazione.

In caso di variazioni relative all'inserimento di nuovi assicurati, intervenute nel corso della validità del presente contratto, il termine di aspettativa suddetto decorre dalla data della variazione stessa per le diverse persone assicurate.

Art. 7 – Persone non assicurabili

L'assicurazione non vale:

- per le persone di età superiore ai 75 anni, mentre per quelle già assicurate cessa alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del settantacinquesimo anno, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente;
- per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza.

L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Per le predette persone, pertanto, non è dovuto da parte del Contraente il premio; l'eventuale premio anticipato verrà rimborsato entro 15 giorni dall'accertato verificarsi di una delle predette condizioni e dall'emissione della relativa variazione contrattuale.

Art. 8 – Denuncia del danno ed obblighi relativi

A) Invalidità permanente da malattia

Nel caso di malattia che abbia comportato o sembri comportare un'invalidità permanente indennizzabile ai sensi delle condizioni previste dalla garanzia deve essere presentata denuncia scritta, indirizzata alla Compagnia o all'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Alla denuncia deve essere unita, o far seguito, la seguente documentazione:

- a. certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- b. certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia;
- c. copia della cartella clinica ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Trascorsi sei mesi dalla data del certificato richiamato alla precedente lettera b., deve essere presentato con le modalità suddette un certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia.

Qualora la garanzia scada prima che sia stata presentata denuncia di danno e sempre che la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della garanzia stessa, la relativa denuncia potrà essere presentata nel termine massimo di un anno dalla scadenza della polizza.

Art. 9 – Liquidazione dei danni

A) Invalidità permanente da malattia

La Compagnia ricevuta la certificazione medica attestante i postumi permanenti, compie entro 30 giorni gli eventuali ulteriori accertamenti e liquida l'indennità dovuta dandone immediata comunicazione scritta all'Assicurato, richiedendone la formale accettazione; la Compagnia provvede al pagamento dell'indennizzo offerto nei 15 giorni successivi al ricevimento dell'accettazione.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso.

Ove, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che del consulente medico della Compagnia, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza

riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo sia stato determinato fra le parti, la Compagnia paga l'importo stabilito agli eredi.

Art. 10 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità 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 Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà 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 obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 11 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

La polizza garantisce contro i rischi di Invalidità Permanente da Malattia, per un capitale pari ad euro 309.875,00= per ogni persona assicurata. Il numero di persone ed il premio pro-capite – che il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, sono riportati nella tabella “elementi per il calcolo del premio”.

Al termine di ogni annualità la Società provvederà, sulla scorta degli elementi variabili di polizza presi come base per la determinazione del premio annuo anticipato a carico del Contraente, a redigere la regolazione del premio nei termini di cui all'Art. 5 della Sezione 1) di polizza.

ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Assicurati	Numero	Premio annuo lordo pro-capite	Premio annuo lordo Totale €
Assemblea Legislativa Regione Emilia Romagna	60		

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€		.=
Imposte	€		.=
TOTALE	€		.=

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

PARTITA 2) GARANZIE FACOLTATIVE AD ADESIONE INDIVIDUALE

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione

La presente polizza copre 24 ore al giorno gli Assicurati (Presidente, Assessori regionali, Consiglieri regionali, Sottosegretario alla Presidenza) per gli eventi sotto specificati.

L'assicurazione vale, indipendentemente dall'attività professionale svolta dagli Assicurati oltre all'attività relativa alla carica o incarico ricoperto nella Regione Emilia-Romagna, per i capitali sotto indicati.

Persone assicurate	Eventi assicurati	Capitali assicurati per singola persona
N.60 previste alla data di decorrenza dell'assicurazione	Ricovero da malattia	Diaria Euro 103,29 **
	Day hospital da malattia	Diaria Euro 103,29 **
	Convalescenza da ricovero da malattia	Diaria Euro 103,29 **
	"Ingessatura" da malattia	Diaria Euro 103,29 **

**attivazione opzionale a seguito di adesione individuale dell'assicurato a valere per l'intero pacchetto delle garanzie assicurative in forma di diaria. Si veda quanto più avanti specificato.

Art. 2 - Diarie

La Compagnia assicura il pagamento di una diaria Euro 103,29, qualora l'Assicurato abbia richiesto l'attivazione delle specifiche garanzie ad adesione individuale, che verrà corrisposta nei casi e con le modalità di seguito disciplinate:

a) Durante il ricovero

La Compagnia corrisponderà un'indennità giornaliera pari alla somma indicata, in caso di ricovero reso necessario da malattia, da parto, da aborto spontaneo o terapeutico per un periodo massimo di 180 giorni per ogni ricovero.

b) Convalescenza

La Compagnia corrisponderà una indennità pari alla somma sopra indicata per ogni giorno successivo alla dimissione (escluso il caso di DAY-HOSPITAL), in caso di ricovero reso necessario da malattia, parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico.

L'indennità sarà corrisposta per un numero di giorni non superiore a tre volte quelli del ricovero o fino a 10 certificati se più favorevole per l'Assicurato.

c) Day hospital

Nel caso di Day Hospital in istituto di cura reso necessario da malattia, la diaria assicurata sarà corrisposta per un periodo massimo di 180 giorni per ogni anno assicurativo.

d) Ingessatura

Nel caso di malattia che comporti ingessatura o applicazione di apparecchio terapeutico, anche senza ricovero, la Compagnia corrisponderà l'indennità giornaliera dal giorno dell'applicazione della gessatura o dell'apparecchio terapeutico a quello della sua

rimozione, sino ad un periodo massimo di 100 giorni per ogni sinistro.

In ogni caso, ai fini del computo dei giorni spettanti, deve essere presentata documentazione medica attestante l'avvenuta applicazione e rimozione della gessatura e/o di altro apparecchio.

La presente indennità è sostituita, per il periodo di degenza, dalla diaria durante il ricovero e non è cumulabile con la diaria per "Convalescenza" di cui al precedente punto B).

Art. 3 – Esclusioni

L'assicurazione non comprende i ricoveri dovuti a:

- cure e/o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza
- applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia insorta dopo la stipula della polizza);
- si intendono inoltre esclusi i ricoveri per l'effettuazione di analisi o check-up non resi necessari da alterazioni morbose o sospette alterazioni morbose, rilevabili da certificato medico.

Art. 4 – Malattie pregresse, croniche e recidivanti

Le garanzie comprendono le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti a condizione che le stesse siano sconosciute all'Assicurato al momento della stipula della presente polizza.

Art. 5 – Decorrenza delle garanzie – Periodi di carenza

La garanzia decorre:

- dal giorno di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- dal novantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie da gravidanza e da puerperio;
- per il parto la diaria verrà corrisposta a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello della stipula dell'assicurazione.

In caso di variazioni relative all'inserimento di nuovi assicurati, intervenute nel corso della validità del presente contratto, il termine di aspettativa suddetto decorre dalla data della variazione stessa per le diverse persone assicurate.

Poiché alla data di effetto della presente polizza era in corso un'altra polizza avente medesimo oggetto e rischi assicurati e con i medesimi periodi di carenza, essi non saranno computati, o lo saranno solo per il tempo residuale, per le persone relativamente alle quali detti periodi erano già rispettivamente trascorsi o in fase di maturazione.

Art. 6 – Persone non assicurabili

L'assicurazione non vale:

- per le persone di età superiore ai 75 anni, mentre per quelle già assicurate cessa alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del settantacinquesimo anno, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente;
- per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza.

L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Per le predette persone, pertanto, non è dovuto da parte del Contraente il premio; l'eventuale premio anticipato verrà rimborsato entro 15 giorni dall'accertato verificarsi di una delle predette condizioni e dall'emissione della relativa variazione contrattuale.

Art. 7 – Denuncia del danno ed obblighi relativi

A) Diarie

La denuncia deve essere presentata per iscritto alla Compagnia e/o al Broker cui è assegnata la polizza, entro 15 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento e comunque non oltre il quindicesimo giorno dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia nonché la necessità del ricovero o dell'intervento; l'Assicurato deve inoltre produrre copia della cartella clinica.

B) Per tutte le garanzie

In caso di sinistro l'Assicurato deve fornire le informazioni di cui dispone e consentire la visita dei medici della Compagnia e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 8 – Liquidazione dei danni

Diarie

La Compagnia, ricevuta la necessaria documentazione compie entro 30 giorni gli eventuali ulteriori accertamenti e liquida gli indennizzi che risultino dovuti dandone immediata comunicazione scritta all'Assicurato, richiedendone la formale accettazione; la Compagnia provvede al pagamento dell'indennizzo offerto nei 15 giorni successivi al ricevimento dell'accettazione.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso.

Art. 9 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità 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 Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà 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 obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale. Si precisa che per Parti si intendono Compagnia ed Assicurato.

Art. 10 – Calcolo del premio

Di seguito si riepilogano in tabella i premi afferenti le seguenti garanzie attivabili facoltativamente dagli assicurati ad adesione individuale.

Eventi assicurati	Capitali e/o diaria assicurati per singola persona	Premio annuo lordo pro-capite €
Invalidità permanente da malattia - elevazione del capitale assicurato a:	Capitale Euro 500.000,00	
Ricovero da malattia	Diaria Euro 103,29	
Day hospital da malattia	Diaria Euro 103,29	
Convalescenza da ricovero da malattia	Diaria Euro 103,29	
“Ingessatura” da malattia	Diaria Euro 103,29	

L'Assicurato - entro 30 giorni dalla data di decorrenza di ogni annualità assicurativa e dietro pagamento del relativo premio annuo lordo - ha la facoltà di estendere il capitale e/o la diaria per gli eventi indicati in tabella.

In caso di ingresso in copertura di un nuovo Assicurato in vigenza di polizza, il medesimo - dietro pagamento del relativo pro-rata di premio - ha la facoltà di estendere il capitale e/o acquistare le diarie per gli eventi indicati in tabella.

Il premio deve essere pagato in unica soluzione direttamente dall'Assicurato alla Compagnia per il tramite del Broker incaricato.