



Procedura aperta per l'affidamento dei Servizi Assicurativi di: Regione Emilia-Romagna, Agenzia Regionale per la Sicurezza Territoriale e la Protezione Civile, Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna, Agenzia Regionale per il Lavoro Emilia-Romagna

Lotto 10 Polizza Invalidità Permanente da Malattia

Regione Emilia-Romagna e Assemblea Legislativa

Capitolato Tecnico

Polizza Invalidità Permanente da Malattia
Regione Emilia – Romagna Assemblea Legislativa

**LOTTO 10
COPERTURA ASSICURATIVA
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La presente polizza è stipulata tra

REGIONE EMILIA ROMAGNA – ASSEMBLEA LEGISLATIVA
VIALE ALDO MORO, 50
40127 - BOLOGNA
C.F./P.I. 80062590379

e

Società

SCHEDA DI POLIZZA –REGIONE EMILIA ROMAGNA – ASSEMBLEA LEGISLATIVA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	REGIONE EMILIA ROMAGNA – ASSEMBLEA LEGISLATIVA
SEDE LEGALE	VIALE ALDO MODO, 50 – 40127 BOLOGNA
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	80062590379
ATTIVITÀ SVOLTA	Organo Legislativo regionale
PERIODO DI ASSICURAZIONE	EFFETTO: DALLE ORE 24 DEL 30.06.2024 SCADENZA: ALLE ORE 24 DEL 30.06.2026
SCADENZA ANNUALE	30.06
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€
BROKER – INTERMEDIARIO	Aon S.p.A. – Filiale di Bologna
REMUNERAZIONE PROVVISORIALE BROKER	6%
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	
FRAZIONAMENTO	Annuale

SEZIONE I DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Amministratori	Qualsiasi persona che sia stata, che si trova e/o che sarà collegata al Contraente in forza di un mandato e che partecipi alle attività istituzionali, tra cui rientrano tutti i membri dell'Assemblea Legislativa e della Giunta regionale tra cui: Consiglieri regionali (che sono anche Presidente della Giunta Regionale e membri dell'Ufficio di Presidenza dell'Assemblea Legislativa regionale), Assessori regionali, Sottosegretario alla Presidenza
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 II

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio-Buona fede – Variazioni di rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato 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 del Codice Civile Italiano, unicamente in caso di Dolo. Resta fermo il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso.

La mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'Indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'Assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile, sempre che il Contraente o l'assicurato non abbiano agito con dolo. Resta fermo il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di Sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità). La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

Nel caso in cui l'assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione di non accettazione delle nuove condizioni, ha diritto di recedere dall'Assicurazione, con preavviso di 90 giorni.

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del Premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

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

La presente Assicurazione ha la durata indicata nel frontespizio di polizza cesserà automaticamente senza obbligo di disdetta. E' facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società, la proroga della presente Assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova Assicurazione per un periodo di 6 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 90 giorni dall'inizio della proroga. Ai sensi dell'art. 14 e dell'art. 76 comma 6 del D.Lgs. 36/2023., il Contraente, previo

interpello della Compagnia, si riserva la facoltà di rinnovare il contratto per una durata di anni 2 (due), alle medesime condizioni normative ed economiche e la Compagnia si intende obbligata in tal senso. L'Amministrazione, 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 dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo 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-Pagamento appendici a titolo oneroso

L'Assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato nel frontespizio.

Il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio, entro 3 mesi dalla data della decorrenza della Polizza; se il Contraente non paga il premio entro 3 mesi, l'effetto dell'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il Contraente non paga i premi, le rate di premio successivi e le eventuali appendici comportanti un premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno in cui è tenuto al pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno dell'effettivo pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 gennaio 2008 n° 40 e della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 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, artt. 16 e 17 del D.lgs. 36/2023 e ss.mm.ii., compreso l'inoltro da parte della Compagnia al Contraente del patto di integrità sottoscritto, della corretta garanzia definitiva e della relativa Polizza, anche qualora dette verifiche e controlli, nonché emissione dei predetti documenti, eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata. Tali disposizioni valgono anche in caso di rinnovo e/o ripetizione e/o proroga del servizio.

Il Contraente, in fase di liquidazione del premio, ai sensi dell'art. 11, co.6 del D.lgs 36/2023 e ss.mm.ii. potrà operare una ritenuta sull'importo imponibile del premio pari allo 0,5 per cento. Tale ritenuta potrà essere svincolata soltanto alla scadenza della polizza assicurativa, previa verifica di conformità delle prestazioni e rilascio del documento unico di regolarità contributiva.

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 n.4 mesi 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 90 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 1 mese 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 denuncia di Sinistro e sino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo/risarcimento, la Società può recedere dall'Assicurazione, mediante posta elettronica o posta elettronica certificata (PEC), da inviarsi in firma digitale con preavviso di 6 mesi. In tal caso la Società mette a disposizione del Contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio pagato e non goduto, esclusi soltanto le imposte ed ogni altro onere di carattere tributario. Anche l'Assicurato/Contraente può recedere dall'Assicurazione, con le stesse modalità sopraindicate, nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di Sinistro ed il sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo/risarcimento dovuto, fermo il diritto al rimborso del premio, al netto delle imposte ed ogni altro onere di carattere tributario relativi al periodo di rischio pagato e non goduto.

La riscossione di premi, o rate di premio, venuti a scadenza dopo il recesso per Sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non possono essere interpretati come rispettiva rinuncia a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della Polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

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 alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte per iscritto mediante lettera raccomandata AR, e-mail, PEC (posta elettronica certificata) ed indirizzate al Broker e/o alla Società, salvo che per la comunicazione di recesso o disdetta che dovrà essere effettuata tramite PEC direttamente dalla Società al Contraente e viceversa, mettendo in copia il Broker.

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, entro i 30 giorni successivi ad ogni scadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, nominativo danneggiato, della data della richiesta di risarcimento/indennizzo, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);
- b) sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti e/o chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico, in formato editabile (excel) utilizzabile dal Contraente stesso.

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. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso annuale di cui all'art. "durata, recesso, proroga" o la facoltà di recesso di cui all'art. "Recesso in caso di Sinistro", la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della Polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica del Contraente e/o dal Broker.

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 – Gestione della polizza - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza ad Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Calindri 6 in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/2005.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Società) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 e all'art. 55 del regolamento IVASS 05/2006, il Broker è autorizzato a incassare i premi. La Società, pertanto, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker indicata nella *SCHEDA DI POLIZZA* è a carico della Società ed è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita diretta; non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Gestione della Polizza in presenza di Corrispondente/Coverholder

Con la sottoscrizione del presente contratto di assicurazione si prende atto che il Contraente e/o l'assicurato conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, al Broker indicato nella scheda di polizza e di cui all'articolo precedente, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/Coverholder indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*. Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder si considererà come effettuata all'assicurato o al Contraente;
- b) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata dall'assicurato o dal Contraente.

La Società conferisce mandato al Corrispondente/Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

- aa) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata alla Società;
- bb) ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder al Broker, si considererà come effettuata dalla Società.

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 o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi ed a parziale deroga dell'Art. 1913 del C.C.

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

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 9 dell'art. 3 della legge 136/2010. La Società è tenuta al pieno rispetto di quanto previsto dall'Art. 3 della Legge 136/2010.

In tale caso la risoluzione del contratto non pregiudica comunque le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione di diritto, restando immutato il regolare iter liquidativo.

ART. 21 – Tutela della Privacy - Trattamento dei dati

Ai sensi del Regolamento U.E. n. 679/2016 ss. mm. e ii., nonché del D.lgs. 30/06/2003 n. 196, laddove non in contrasto con il Regolamento, e del Garante per la Protezione dei Dati Personali 26.4.2007, si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

**SEZIONE III
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 indicati in tabella.

Persone assicurate	Eventi assicurati	Capitali assicurati per singola persona
N. 59 previste alla data di decorrenza dell'assicurazione	Invalità 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 – Invalità permanente da malattia

La Compagnia, in caso di malattia che determini una invalità 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

Invalità permanente accertata %	Invalità permanente liquidata %	Invalità permanente accertata %	Invalità permanente liquidata %	Invalità permanente accertata %	Invalità permanente liquidata %	Invalità permanente accertata %	Invalità 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 dalla 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 rifiuti 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 2 di polizza.

ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Assicurati	Numero	Premio annuo lordo pro-capite €	Premio annuo lordo Totale €
Amministratori - Membri dell'Assemblea Legislativa Regione Emilia-Romagna	59		

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. 59 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 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. 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 alle 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.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ