



CONTRAENTE

**CAPITOLATO DI POLIZZA
ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA**

La presente polizza
è stipulata
tra

CONTRAENTE:.....

PARTITA IVA:

e la Società

RIFERIMENTI CMP

DURATA DEL CONTRATTO:
Dalle ore 24.00 del 30/06/2022
Alle ore 24.00 del 30/06/2025



CONTRAENTE

SCHEDA DI POLIZZA

DURATA DELLA POLIZZA

Dalle ore 24.00 del 30/06/2022

Alle ore 24.00 del 30/06/2025

PAGAMENTO DEL PREMIO

PRIMA RATA
SECONDA RATA

ENTRO 90 GG DAL PERFEZIONAMENTO DELLA POLIZZA
ENTRO 60 GG DALLA RISPETTIVA DATA DI SCADENZA

REGOLAZIONE DEL PREMIO

COMUNICAZIONE DEI DATI

ENTRO 120 GG DALLA FINE DI CIASCUNA ANNUALITA'
ASSICURATIVA O DELLA MINORE DURATA DEL
CONTRATTO

PAGAMENTO DELLA
REGOLAZIONE

ENTRO 60 GG DALLA COMUNICAZIONE DI
REGOLAZIONE DA PARTE DELLA COMPAGNIA



CONTRAENTE

CAPITALI ASSICURATI VALIDI PER TUTTE E TRE LE ASP

| CAPITALI ASSICURATI IN € | | | |
|---|--------------|------------------------------|-------------------------------|
| ASSICURATI | Morte | Invalidità permanente | Rimborso spese mediche |
| Amministratori | € 400.000 | € 400.000 | € |
| Dirigenti e responsabili area | € 400.000 | € 400.000 | € |
| Veicoli di proprietà o in uso all'Ente | € 200.000 | € 250.000 | € |
| Utilizzatori di veicoli non di proprietà dell'Ente per missioni per conto dell'Ente | € 200.000 | € 250.000 | € |
| Infermieri volontari | € 75.000 | € 150.000 | € |
| Volontari per attività' diverse | € 75.000 | € 150.000 | |
| Lavoratori pubblica utilità | € 75.000 | € 150.000 | € |
| Tirocinanti e stagisti | € 75.000 | € 150.000 | € |
| Partecipanti ad altre attività | € 75.000 | € 150.000 | € |
| Minori in affido | €50.000 | €50.000 | € |
| Portavalori | € 200.000 | € 250.000 | € |

**SCHEDA SOGGETTI ASSICURATI COMPLESSIVAMENTE DALLA PRESENTE POLIZZA ASP
DISTRETTO FIDENZA**

| SOGGETTO ASSICURATO | PARAMETRO | PREMIO LORDO PROCAPITE | PREMIO LORDO TOTALE |
|--|------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Amministratori | n. 4 | | |
| Dirigenti e responsabili di area | n. 5 | | |
| Veicoli di proprietà dell'Ente | n. 22 | | |
| Utilizzatori veicoli non di proprietà dell'Ente per missione per conto dell'Ente | KM 4.000 | | |
| Infermieri volontari | n. 2 | | |
| Volontari per attività diverse | // | | |
| Lavoratori di pubblica utilità | n. 12 | | |
| Tirocinanti e stagisti | n. 1 | | |
| Partecipanti ad altre attività | n. 3 | | |
| Minori in affido | n.30 | | |
| Portavalori | // | | |



CONTRAENTE

**SCHEDA SOGGETTI ASSICURATI COMPLESSIVAMENTE DALLA PRESENTE POLIZZA ASP SOCIALE
SUD EST**

| SOGGETTO ASSICURATO | PARAMETRO | PREMIO LORDO PROCAPITE | PREMIO LORDO TOTALE |
|---|------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Amministratori | n. 1 | | |
| Dirigenti e responsabili di area | n. 4 | | |
| Veicoli di proprietà dell'Ente | n. 15 | | |
| Utilizzatori veicoli non di proprietà dell'Ente per missione per conto dell'Ente | KM 25.000 | | |
| Infermieri volontari | // | | |
| Volontari per attività diverse | 15 | | |
| Lavoratori di pubblica utilità | // | | |
| Tirocinanti e stagisti | // | | |
| Partecipanti ad altre attività | // | | |
| Minori in affido | // | | |
| Portavalori | // | | |

**SCHEDA SOGGETTI ASSICURATI COMPLESSIVAMENTE DALLA PRESENTE POLIZZA ASP CAV.
MARCO ROSSI SIDOLI**

| SOGGETTO ASSICURATO | PARAMETRO | PREMIO LORDO PROCAPITE | PREMIO LORDO TOTALE |
|---|------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Amministratori | n. 3 | | |
| Dirigenti e responsabili di area | // | | |
| Veicoli di proprietà dell'Ente | n. 22 | | |
| Utilizzatori veicoli non di proprietà dell'Ente per missione per conto dell'Ente | KM 10.000 | | |
| Infermieri volontari | // | | |
| Volontari per attività diverse | N. 10 | | |
| Lavoratori di pubblica utilità | // | | |
| Tirocinanti e stagisti | n. 5 | | |
| Partecipanti ad altre attività | // | | |
| Minori in affido | // | | |
| Portavalori | 1 | | |

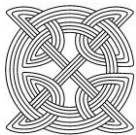


Sommario

| | |
|---|-----------|
| SCHEDA DI POLIZZA..... | 2 |
| DEFINIZIONI..... | 7 |
| NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE | 8 |
| <u>ART. 1 - DECORRENZA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE</u> | 8 |
| <u>ART. 2 - RECESSO ANNUALE</u> | 8 |
| <u>ART. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO</u> | 8 |
| <u>ART. 3.B - OBBLIGHI INERENTI LA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI IN BASE ALLA LEGGE N. 136/2010</u> | 9 |
| <u>ART. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE</u> | 9 |
| <u>ART. 5 - VARIAZIONE DEL RISCHIO</u> | 10 |
| <u>ART. 6 - REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI</u> | 10 |
| <u>ART. 7 CLAUSOLA DI RECESSO</u> | 10 |
| <u>ART. 7.B - RECESSO IN CASO DI SINISTRO</u> | 11 |
| <u>ART. 8 - BUONA FEDE E DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO</u> | 11 |
| <u>ART. 9 - ALTRE ASSICURAZIONI</u> | 11 |
| <u>ART. 10 - ONERI FISCALI E IMPOSTE</u> | 11 |
| <u>ART. 11 - FORO COMPETENTE</u> | 11 |
| <u>ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE</u> | 11 |
| <u>ART. 13 - RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI</u> | 12 |
| <u>ART. 14 - INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA</u> | 12 |
| <u>ART. 15 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO - DENUNCIA DEL SINISTRO</u> | 12 |
| <u>ART. 16 - PRODUZIONE DI INFORMAZIONE SINISTRI</u> | 12 |
| <u>ART. 17 - CLAUSOLA BROKER</u> | 13 |
| <u>ART. 18 - COASSICURAZIONE E DELEGA</u> | 14 |
| <u>ART. 19 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI FRA IL CONTRAENTE E LA SOCIETÀ</u> | 14 |
| <u>ART. 20 - REGOLAZIONE DEL PREMIO</u> | 14 |
| <u>ART. 21 - VALIDITÀ TERRITORIALE</u> | 15 |
| OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE..... | 16 |
| NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE | 16 |
| INFORTUNI CUMULATIVA..... | 16 |
| <u>ART. 22 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE</u> | 16 |
| <u>ART. 23 - ASSICURATI - OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE</u> | 16 |
| <u>ART. 24 - RISCHI COPERTI</u> | 17 |
| <u>Valgono le garanzie indicate alla tabella "Capitali assicurati"</u> | 17 |
| <u>ART. 25 - VALIDITÀ DELLA GARANZIA</u> | 17 |
| <u>ART. 26 - ESCLUSIONI</u> | 18 |
| <u>ART. 27 - CONDIZIONI COMUNI</u> | 19 |

**CONTRAENTE**

| | |
|--|-----------|
| RISCHIO IN ITINERE | 19 |
| RISCHIO AERONAUTICO | 19 |
| LIMITI TERRITORIALI E DI RISARCIMENTO | 19 |
| RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO | 20 |
| RESPONSABILITA' CIVILE DEL CONTRAENTE | 20 |
| PERSONE NON ASSICURABILI | 20 |
| CRITERI DI INDENNIZZO | 20 |
| MORTE PRESUNTA | 22 |
| LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ | 23 |
| ERNIE TRAUMATICHE | 23 |
| <u>MALATTIE CONTRATTE IN SERVIZIO E PER CAUSE DI SERVIZIO</u> | 23 |
| <u>ART. 28 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO</u> | 23 |
| <u>ART. 29 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE</u> | 24 |
| <u>ART. 30 - RINUNCIA ALLA RIVALSA</u> | 25 |
| <u>ART. 31 - COLPA GRAVE - DOLO</u> | 25 |



DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per **ASSICURATO**: la persona fisica o giuridica nel cui interesse è stipulato il contratto.

per **CONTRAENTE**: **contraente**..... che stipula l'assicurazione.

per **GARANZIA**: il singolo rischio coperto dall'assicurazione.

per **POLIZZA**: il documento che comprova il contratto di assicurazione.

per **PREMIO**: la somma dovuta dal Contraente alla Società, comprese le imposte.

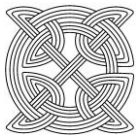
per **RISCHIO**: la probabilità che si verifichi l'evento dannoso.

per **SINISTRO**: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

per **INFORTUNIO**: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.

per **INDENNIZZO**: la somma che la Società eroga all'Assicurato in caso di sinistro.

per **SOCIETA'**: la compagnia assicuratrice e le coassicuratrici.



NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

ART. 1 - DECORRENZA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha validità dalla data indicata nella SCHEDA DI POLIZZA con possibilità di ripetizione del servizio, a richiesta dell'ente, fino ad un massimo di ulteriori tre annualità, a prescindere dal pagamento della prima rata di premio, che dovrà avvenire entro i termini stabiliti nella SCHEDA DI POLIZZA.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40 e del D.lgs. 30 gennaio 2015 e s.m.i. (DURC) ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto 40 del 18/01/2008 D.M.E.F. Il pagamento successivo alla prima rata è elevato a 60 (sessanta) giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, fermo restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

A richiesta del Contraente, ai sensi del D. Lgs 50/2016 e s.m.i., la Società si impegna a prorogare ulteriormente l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 6 (sei) mesi.

Il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in via provvisoria in misura proporzionale alla durata richiesta.

ART. 2 - RECESSO ANNUALE

Le Parti si riservano la facoltà di recedere dal contratto al termine di ciascun anno di assicurazione mediante preavviso scritto, spedito almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte della Contraente/Assicurato e 120 (centoventi) giorni prima da parte della Società Assicuratrice.

Qualora in prossimità della data di effetto del recesso il contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 90 (novanta) giorni.

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

ART. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO

A parziale deroga dell'Art. 1901 del C.C. le garanzie saranno valide anche se il Premio sarà corrisposto entro **90 (novanta)** giorni dal perfezionamento della polizza.

A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. 1901 c.c., il Contraente pagherà il premio delle rate successive alla prima entro i **60 (sessanta)** giorni successivi alla data della rata di polizza.

Se il Contraente non paga il premio entro il termine di 60 giorni dalla rispettiva data di scadenza, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno in cui è pervenuta la comunicazione scritta da parte della Società e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.



CONTRAENTE

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive qualora il Contraente si avvalga della facoltà di proroga.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria della Contraente, a condizione che, gli estremi dell'atto, vengano comunicati per iscritto alla Compagnia a mezzo raccomandata, telefax o email e che l'ammontare del premio venga accreditato entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data dell'atto.

ART. 3.B - OBBLIGHI INERENTI LA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI IN BASE ALLA LEGGE N. 136/2010

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla società e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 C.C..

La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva.

La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

ART. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Nessuna variazione delle condizioni contrattuali potrà essere posta in essere ed avrà efficacia se non previo accordo scritto di entrambe le parti contrattuali.



ART. 5 - VARIAZIONE DEL RISCHIO

Per variazione del rischio si intende:

- ✓ qualsiasi modifica alle attività istituzionali che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero
- ✓ una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza dell'ufficio competente del contraente, per iscritto all'Assicuratore.

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

ART. 6 - REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI

Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, l'Assicuratore può segnalare al contraente il verificarsi delle variazioni del rischio previste all'Art. 5 (**Variazione del rischio**) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'Art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi fino a concorrenza del quinto dell'importo del contratto o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie e agli scoperti.

Il contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

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

ART. 7 CLAUSOLA DI RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'Art. 6 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art 6 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

Qualora in prossimità della data di effetto del recesso il contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 90 (novanta) giorni.

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

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'articolo "Produzione di informazioni sui sinistri" riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del diritto di recesso.



ART.7.B - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro.

ART. 8 - BUONA FEDE E DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'Art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli:

- ✓ Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali
- ✓ Clausola di recesso

Si precisa che, la decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato articolo "Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali", partirà dalla ricezione della citata dichiarazione.

L'omissione delle dichiarazioni da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le incomplete o inesatte dichiarazioni all'atto dell'emissione della presente polizza e successive variazioni, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che l'Assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si sia verificata.

ART. 9 - ALTRE ASSICURAZIONI

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In tal caso, per quanto coperto di assicurazione con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza.

Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde soltanto per la parte di danno eccedente il massimale delle altre polizze.

L'Assicurato è comunque esonerato dall'obbligo di dare avviso dell'esistenza e della successiva stipulazione di altre assicurazioni, fermo l'obbligo di denuncia delle eventuali altre assicurazioni in caso di sinistro.

ART. 10 - ONERI FISCALI E IMPOSTE

Gli oneri fiscali e le imposte relative all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 11 - FORO COMPETENTE

Foro e sede arbitrale competente è esclusivamente quello del luogo in cui ha sede il Contraente.

ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.



ART. 13 - RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

La Società diviene titolare autonomo del trattamento dei dati dei terzi (danneggiati, ecc.) coinvolti nel rapporto assicurativo tra il l'Ente e la Società.

Ai sensi di legge, 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.

ART. 14 - INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

Si conviene fra le parti che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza anche qualora fossero discordanti tra loro.

Pertanto le condizioni dattiloscritte avranno prevalenza sulle condizioni generali e particolari di assicurazione prestampate.

ART. 15 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve essere fatta alla Direzione della Società e/o all'Agenzia cui è assegnata la polizza anche per il tramite del Broker, nel termine di **30 (trenta)** giorni dal giorno in cui l'ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi dell'Ente Contraente ne sia venuto a conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (ex art. 1915 C.C.).

E' facoltà della Società richiedere alla Contraente e/o all'Assicurato tutti i documenti probatori, che ritenesse utili all'accertamento delle circostanze del sinistro.

ART. 16 - PRODUZIONE DI INFORMAZIONE SINISTRI

Ogni annualità assicurativa ed entro **15 (quindici) giorni lavorativi** dalla relativa richiesta del contraente anche tramite il Broker, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto.

Tale elenco dovrà essere fornito in un formato di standard digitale aperto (es. RTF e PDF) tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento,
- la tipologia di rischio assicurato (ad esempio, ramo assicurativo);
- la tipologia di indennizzo (se diretto o indiretto);
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:

a) sinistro agli atti, senza seguito;

b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;

c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.



CONTRAENTE

L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto.

Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.

ART. 17 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione ed esecuzione della presente polizza alla Società **UNION BROKERS S.R.L.**, attuale Broker incaricato ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D. Lgs. 209/2005.

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

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute, si precisa che, qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale, queste impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

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.05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi.

La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche secondo i termini dell'Art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker avverrà mediante trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Nell'eventualità la gestione del presente contratto sia affidata ad un corrispondente o Coverholder del Lloyd's di Londra, si prende e si dà atto che:

- ogni comunicazione effettuata al corrispondente si considererà come effettuata agli Assicuratori;
- ogni comunicazione effettuata dal corrispondente si considererà come effettuata dagli Assicuratori;
- ogni comunicazione effettuata al Broker mandatario dal corrispondente s'intenderà come fatta all'assicurato;
- ogni comunicazione effettuata dal Broker al corrispondente si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

La Società autorizza all'incasso dei premi e/o delle somme dovute agli assicuratori il corrispondente e riconosce che i pagamenti effettuati dal Contraente/Broker al corrispondente hanno effetto liberatorio nei confronti della contraenza e conseguentemente impegna la Società a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.



CONTRAENTE

ART. 18 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Il premio dell'assicurazione è ripartito per quote tra le Società indicate nel riparto allegato.

La Spettabile..... all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite **della Spettabile.....** la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici della esazione dei premi o di importi comunque dovuti all'Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze.

Scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

A deroga al disposto dell'Art.1911 del codice civile, tutte le imprese sottoscrittrici sono responsabili in solido nei confronti del contraente.

La delega assicurativa è assunta dall'impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

ART. 19 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI FRA IL CONTRAENTE E LA SOCIETA'

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo idoneo (telefax, e-mail, etc...) indirizzata alla Società e/o all'eventuale Loss Adjuster.

ART. 20 - 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 nella SCHEDA DI POLIZZA ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio anticipato.

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 passive (eventuale importo a favore della Società) dovranno essere pagate dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione del documento di regolazione validamente emesso dalla Società.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate dalla Società al Contraente entro 60 giorni dal ricevimento della comunicazione, al netto delle imposte.



CONTRAENTE

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.

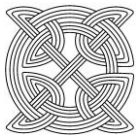
In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

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. 21 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il Mondo.



CONTRAENTE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA

ART. 22 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione è operante per gli infortuni, intesi come eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna che provocano lesioni fisiche constatabili, che gli Assicurati come successivamente descritti, subiscano in occasione della partecipazione alle attività organizzate dal Contraente e/o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente.

ART. 23 - ASSICURATI - OPERATIVITA' DELLE GARANZIE

Premessa:

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate, per l'identificazione di tali persone e dei dati necessari alla definizione delle liquidazioni si farà riferimento agli atti in possesso dal Contraente, che si obbliga ad esibirli in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società a fare accertamenti e controlli.

➤ **Amministratori**

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica di Amministratori dell'Ente.

Sono compresi in garanzia tutti gli infortuni verificatisi durante i trasferimenti effettuati, oltre che a piedi, con qualsiasi mezzo.

➤ **Dipendenti - Dirigenti - collaboratori, lavoratori "parasubordinati" ed altri soggetti autorizzati**

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni verificatisi in occasione dell'utilizzo dei mezzi di trasporto quali conducenti che utilizzano il proprio mezzo e/o quello dell'Ente per motivi di servizio.

Sono assicurati anche i conducenti terzi di automezzi dell'Ente purché autorizzati dall'Ente stesso.

La garanzia si intende prestata a favore dei soggetti sopra citati in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio con proprio mezzo di trasporto e/o di proprietà dell'Ente.

Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli stessi e gli infortuni subiti dagli assicurati mentre attendono, in caso di fermata del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi D.P.R., gli importi indicati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.



CONTRAENTE

➤ **Volontari per diverse attività comprese attività di Protezione Civile**

La garanzia copre gli infortuni che possono subire le persone non nominate che partecipano volontariamente alla realizzazione di attività in genere organizzate dal Contraente, esclusivamente durante l'attività svolta dagli stessi nel corso dell'attività e durante la preparazione e l'allestimento.

➤ **Lavoratori socialmente utili**

La garanzia copre gli infortuni che possono subire le persone non nominate che partecipano alla realizzazione di attività in genere organizzate dal Contraente, esclusivamente durante l'attività svolta dagli stessi nel corso e durante la preparazione e l'allestimento.

➤ **Tirocinanti e stagisti**

La garanzia copre gli infortuni che possono subire le persone non nominate che partecipano alle attività di tirocinio e stage presso gli uffici dell'Ente o presso aziende terze in collaborazione con l'Ente.

➤ **Dipendenti tecnici addetti a direzione lavori presso cantieri e strade**

La garanzia copre i dipendenti sopra citati esclusivamente durante le attività di direzione lavori svolte presso cantieri e sulle strade.

» **Infermieri volontari**

La garanzia copre gli infortuni subiti dai volontari sia durante il lavoro presso le strutture di ASP sia durante il rischio in itinere intendendosi per tale il tempo strettamente necessario per il viaggio di andata e ritorno dalla residenza/domicilio dell'operatore incaricato o dalle sedi della contraente e relativo ritorno.

» **Minori in affido**

La garanzia copre gli infortuni che possono subire i bambini affidati alle famiglie. La presente garanzia è operante 24 ore/24 ore.

» **Lavoratori pubblica utilità e partecipanti ad altre attività**

La garanzia copre gli infortuni che possono subire le persone non nominate che partecipano alla realizzazione di attività in genere organizzate dal Contraente, esclusivamente durante l'attività svolta dagli stessi nel corso e durante la preparazione e l'allestimento.

ART. 24 - RISCHI COPERTI

Valgono le garanzie indicate alla tabella "Capitali assicurati"

ART. 25 - VALIDITA' DELLA GARANZIA

A titolo esemplificativo e non limitativo, sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:

- danni subiti in conseguenza di imprudenza, imperizia o negligenza anche gravi, vertigini, nonché in stato di malore od incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici,



CONTRAENTE

da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti);

- danni cagionati da calci e morsi di animali in genere compresi rettili ed aracnoidi;
- danni causati da punture di insetti, esclusi la malaria, il carbonchio e le malattie tropicali; le intossicazioni e avvelenamenti acuti di origine traumatica causati da ingestione od assorbimento di sostanze;
- danni causati da colpi di sole e di calore, nonché da influenze termiche ed atmosferiche;
- danni causati da asfissia non di origine morbosa;
- danni da contatto con corrosivi;
- danni da aggressioni in genere;
- danni causati da annegamento, assideramento congelamento e folgorazione;
- danni cagionati da sforzi muscolari traumatici, con esclusione degli infarti;
- danni derivanti da tumulti popolari, aggressioni, o da atti violenti qualunque sia il movente, purché non vi sia stata partecipazione attiva dell'Assicurato;
- danni derivanti da atti di temerarietà compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- danni da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, valanghe, fulmini, inondazioni, alluvioni ed altri eventi catastrofali provocati da forze della natura;

Si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni più sotto indicati in via esemplificativa e non limitativa derivanti all'Assicurato:

- danni durante la guida di autoveicoli, motocicli di qualsiasi cilindrata, natanti, biciclette;
- danni per le ernie addominali "traumatiche" con le limitazioni previste all'articolo "ERNIE TRAUMATICHE" delle Condizioni di Assicurazione.

ART. 26 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- per eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto successivamente;
- durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
- sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente;
- da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo, in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dover di solidarietà umana o per legittima difesa;

Sono inoltre escluse le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

**ART. 27 - CONDIZIONI COMUNI****RISCHIO IN ITINERE**

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possano colpire gli assicurati durante il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo stabilito e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso in via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici, o anche di civica proprietà, oltre che a piedi.

RISCHIO AERONAUTICO

L'Assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da Società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da Ditte o privati per attività turistica e di trasferimento e da Società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclub.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le seguenti somme:

per ogni persona:

€ 1.000.000,00 (un milione/00) per caso di morte;

€ 1.000.000,00 (un milione/00) per caso di invalidità permanente totale;

€ 250,00 (duecentocinquanta/00) giornaliera per invalidità temporanea;

complessivamente per aeromobile:

€ 5.000.000,00 (cinque milioni/00) per caso di morte;

€ 5.000.000,00 (cinque milioni/00) per caso di invalidità permanente totale;

€ 5.000,00 (cinquemila/00) giornaliera per invalidità temporanea;

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferenti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dalla stessa Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

LIMITI TERRITORIALI E DI RISARCIMENTO

L'Assicurazione è prestata per tutto il Mondo.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.000.000,00 (cinque milioni/00).

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazioni eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.



CONTRAENTE

RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezioni, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio dell'ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

RESPONSABILITA' CIVILE DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari del medesimo, o soltanto qualcuno di essi non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il contraente maggiori ed ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, l'indennità nella sua totalità, a richiesta del contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il che il contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di difesa sostenute dal contraente.

PERSONE NON ASSICURABILI

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'articolo "Criteri di indennizzabilità".

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore agli 75 (settantacinque) anni. Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

Tuttavia il limite di età per i Consiglieri comunali e Membri di Giunta è elevato a 80 anni.

CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure per il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

- **Morte**

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi.



- **Invalidità permanente**

Nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità permanente è di grado non maggiore del 3% (tre per cento).

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente come segue: la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

- **Diaria da ricovero per infortunio**

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Compagnia indennità giornaliera prevista nella scheda di assicurazione per un periodo massimo di 60 (sessanta) giorni per ricovero, su presentazione di cartella clinica.

Qualora in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata un'ingessatura in un Istituto di Cura, verrà corrisposta l'indennità giornaliera anche per il tempo trascorso fuori dall'Istituto.

L'indennità sarà riconosciuta sino alla rimozione del mezzo di contenzione, ma solo per il periodo prescritto dall'Istituto di Cura.

Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e ingessatura, non potrà superare i 60 (sessanta) giorni per evento.

Qualora l'infortunio non comporti ingessatura, verrà corrisposta a titolo di convalescenza l'indennità giornaliera pattuita, per un periodo non superiore ai giorni di ricovero.

La convalescenza deve essere prescritta dai medici curanti e/o dai medici del Pronto Soccorso e documentata con certificazione.

Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e convalescenza, non potrà superare i 60 (sessanta) giorni per evento.

- **Diaria per inabilità temporanea**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti un'inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera prevista fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

- **Spese Mediche**

Per ogni infortunio la Società indennizza il rimborso delle spese per:

- onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;



CONTRAENTE

- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endo-protesici applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- visite mediche e specialistiche;
- esami ed accertamenti diagnostici, medico legali;
- trattamenti fisioterapici rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno effettuato con ambulanza;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche;

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

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio; la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'Assicurato.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

La presente garanzia vale fino a concorrenza dell'importo indicato in polizza.

• **Spese odontoiatriche**

Per ogni infortunio la Società indennizza il rimborso delle spese per cure odontoiatriche e per protesi dentarie, col limite come riportato nella tabella Capitali Assicurati/Persona.

• **Spese per acquisto di lenti**

Per ogni infortunio la Società indennizza il rimborso delle spese per acquisto di lenti (escluse lenti a contatto e montature), col limite come riportato nella tabella Capitali Assicurati/Persona.

MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro 1 (un) anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle esclusioni delle Condizioni Generali di Assicurazione, verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite.



CONTRAENTE

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

Ricevuta la necessaria documentazione e compiti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato morisse per cause indipendenti dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente ma entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la società corrisponderà la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta italiana.

ERNIE TRAUMATICHE

La garanzia è estesa per i casi di invalidità permanente e diaria da ricovero alle ernie ed in genere alle lesioni conseguenti a sforzi.

Ernie addominali:

- 1) ernie operabili – viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata nel caso di invalidità permanente totale e fino a massimo di 30 giorni per la diaria da ricovero;
- 2) ernie non operabili – l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (D.P.R. 30.06.1965 e variazioni) con rinuncia all'applicazione della relativa franchigia, fermo restando in ogni caso che la Società non corrisponderà indennità superiore al 10% (dieci per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico-arbitrale.

MALATTIE CONTRATTE IN SERVIZIO E PER CAUSE DI SERVIZIO

L'assicurazione viene estesa ai sensi delle leggi in vigore anche alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente, o l'inabilità temporanea. L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti al massimo entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari, Covid-19 e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Non si darà luogo ad indennizzo per l'invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

ART. 28 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato devono:



CONTRAENTE

- fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno;
- darne avviso alla Direzione della Società o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza tramite il Broker entro **30 (trenta) giorni** da quando l'Ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi del Contraente ne ha avuto conoscenza.

In caso di inosservanza degli obblighi di cui sopra si applica l'art.1915 C.C.

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo determinano, dovrà essere corredata di certificato medico ed inviata entro **30 (trenta) giorni** lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente, l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze.

In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

ART. 29 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti nella relativa sezione sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrari, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

È data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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



CONTRAENTE

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

ART. 30 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa sancito dall'Art. 1916 C.C. nei confronti dei terzi responsabili del danno.

ART. 31 - COLPA GRAVE - DOLO

La Società risponde dei danni derivanti dagli eventi per i quali è prestata la garanzia assicurativa determinati da colpa grave del Contraente e/o Assicurato, nonché di dolo e colpa grave delle persone di cui Contraente e/o l'Assicurato debba rispondere.