

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI

La presente Polizza è stipulata tra

PROVINCIA DI FERRARA
CORSO ISONZO 26
44121 FERRARA
C.F. 00334500386
CIG 9777528F57

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	Provincia di Ferrara
SEDE LEGALE	Corso Isonzo, n.26 – 44121 Ferrara (FE)
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	00334500386
ATTIVITÀ SVOLTA	Amministrazione Provinciale
PERIODO DI ASSICURAZIONE	EFFETTO: DALLE ORE 24 DEL 31.05.2023 SCADENZA: ALLE ORE 24 DEL 31.05.2026
SCADENZA ANNUALE	31/05
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€
BROKER – INTERMEDIARIO	Aon S.p.A. – Filiale di Bologna
REMUNERAZIONE PROVVISORIALE BROKER	8%
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	
FRAZIONAMENTO	Annuale

SEZIONE I - DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Art.1 - Definizioni

Amministratore:	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 Presidente, Consiglieri Provinciali, Assemblea dei Sindaci.
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.
Assicurato:	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di Polizza.
Atti di terrorismo	Una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico, o religioso, o ideologico o etnico.
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker:	La Società incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuta dalla Società.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione, in nome proprio e per conto di chi spetta
Ente:	L'Amministrazione e/o altre Amministrazioni
Franchigia:	La parte di danno espressa in misura fissa che non viene indennizzata e che l'Assicurato tiene a suo carico.
Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio o malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro, all'Assicurato e/o agli aventi diritto.
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 e/o un ricovero e/o un rimborso spese.
Invalidità permanente:	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di cura:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia pubblici, sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, nonché qualsiasi altro istituto e/o struttura per convalescenza o per lunga degenza, dotato di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di eventi morbosi o lesivi, autorizzato all'erogazione di assistenza socio-sanitaria e/o ospedaliera.
Limite di risarcimento	La massima esposizione economica della Società in caso sinistro che coinvolga più persone assicurate.
Malattia	Ogni alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale per anno	La massima esposizione economica della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo.

Massimale/Somma/Capitale per sinistro	La massima esposizione economica della Società per sinistro.
Morte presunta	Il mancato ritrovamento del corpo dell'Assicurato entro un anno dal verificarsi di un infortunio, deve intendersi parificata al caso di morte e parimenti indennizzata
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rischio in itinere	I trasferimenti, effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione, oppure a piedi, dall'Assicurato, tra la propria abitazione, anche se occasionale, ed il normale luogo di lavoro e/o abituale destinazione, sia all'andata che al ritorno, oppure qualsiasi altro luogo ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione e/o occupazione assicurata e/o attività. La garanzia si intende operante anche durante le operazioni di salita e discesa dai mezzi di trasporto, nonché, nei termini di cui sopra, durante il tragitto da e per qualsiasi luogo in cui l'Assicurato si debba recare e/o si sia recato in virtù del proprio stato di "reperibilità" professionale.
Scoperto:	La parte di danno espressa in misura percentuale che non viene indennizzata e che l'Assicurato tiene a suo carico.
Sforzo	L'impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esulano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società/Compagnia/Impresa:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;

Art.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività del Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

La garanzia è inoltre operante per i dirigenti ed i dipendenti del Contraente che, in attuazione delle disposizioni di Legge, contrattuali e di regolamento, che possono essere utilizzati (in comando, distacco, avvalimento o assegnazione temporanea), a tempo pieno o parziale, da e presso soggetti giuridici terzi (Enti, Società o altri soggetti convenzionati con il Contraente), qualora ragioni organizzative dell'Ente lo richiedano nell'ambito di accordi di collaborazione tra singoli Enti e/o Società e/o gestioni associate e/o altro.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità degli assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri o documenti tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affetti gli assicurati all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.

Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

SEZIONE II – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.2.01 DURATA DELL'ASSICURAZIONE- PROROGA TECNICA – OPZIONE DI RINNOVO

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È 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 e comunque per un periodo massimo di 6 mesi. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 6 mesi. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art.2.02 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

È attribuita alla Società la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 3 mesi prima di ogni scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale.

In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi di cui all'articolo *DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – OPZIONE DI RINNOVO*.

Art.2.03 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente pagherà al Broker incaricato:

- ✓ entro 3 mesi dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 3 mesi da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 3 mesi dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento indicato in *SCHEDA DI POLIZZA*.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Resta ferma la possibilità per il Contraente di pagare i premi direttamente alla Società.

Ai sensi dell'art. 48 e 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 Codice Civile 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, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Art.2.04 GESTIONE DELLA POLIZZA - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza ad Aon S.p.A., iscritta alla Sezione B, di cui al Registro Unico degli Intermediari, ai sensi dell'art. 109, 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 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.2.05 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

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.2.06 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Cod. Civile. Tuttavia l'omissione da parte del contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando 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).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica 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.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione dell'assicurato in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. L'assicurato non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 1 mese dall'intervenuta conoscenza scritta da parte dell'U.O. competente per l'esecuzione del contratto e la gestione dei sinistri.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di Leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli artt. 1897 e 1898 del Cod. Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

Art.2.07 REVISIONE DEL PREZZO

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONE DEL RISCHIO*, la Società, decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONE DEL RISCHIO* e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs.50/2016, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali, entro il limite massimo del 5%.
- b) Il Contraente, entro 1 mese, 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.

In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo *RECESSO*.

Art.2.08 RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione mediante comunicazione da effettuarsi al Contraente a mezzo posta elettronica certificata, inserendo in copia il Broker.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta del Contraente.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi. Il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio, nei termini previsti all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*

Art.2.09 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 della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 3 mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli *REVISIONE DEL PREZZO* e *RECESSO* e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo *REVISIONE DEL PREZZO* dalla ricezione della citata dichiarazione.

Qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

Art.2.010 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente assicurazione.

Art.2.011 FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente Assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.lgs. 28/2010.

La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art.2.012 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.

Art.2.013 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

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

Art.2.014 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico della Contraente.

Art.2.015 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana; laddove in esso siano richiamate norme, disposizioni regolamentari e simili, sono altresì automaticamente richiamate eventuali e successive modifiche e integrazioni. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti, comprese successive modifiche e integrazioni.

Art.2.016 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003), ciascuna delle parti (Contraente, Società, Assicurato, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali, in qualità di titolari autonomi del trattamento dei dati.

Art.2.017 COASSICURAZIONE E DELEGA

In caso di coassicurazione l'Assicurazione è ripartita per quote tra gli Assicuratori indicati nel riparto di polizza.

In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente Polizza le coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, Somma assicurata ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Società delegataria in ragione e/o a causa della presente Polizza.

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

Art.2.018 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Viene 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 ed eventi 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 eventi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Cod. 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 Cod. Civile.

Art.2.019 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche delle polizze debbono essere provate per iscritto.

Art.2.020 VALIDITÀ DELLE NORME DATILOSCRITTE

La firma apposta dal Contraente sui moduli a stampa della Compagnia vale solo quale presa d'atto; fanno fede esclusivamente le norme contenute nel presente capitolato di Polizza di Assicurazione.

Art.2.021 ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA - TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'assicurato. Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'Assicurato e dalla Società.

Art.2.022 SANZIONI E RESTRIZIONI INTERNAZIONALI

In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base della presente assicurazione, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la Società (o qualsiasi suo dipendente o collaboratore) a divieti, sanzioni o restrizioni o possa comportare violazioni di divieti, sanzioni o restrizioni, secondo quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi o sanzioni economiche e commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

SEZIONE III RISCHI COPERTI ED ESTENSIONI DI GARANZIA

Art.3.01 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della partecipazione all'attività del Contraente e/o nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente. Le garanzie enunciate alla presente Sezione sono operanti per singolo Assicurato e Sinistro.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 3.02, 3.03, 3.04, 3.05, 3.06 della presente Sezione purché richiamate per le singole Categorie di Assicurati di cui alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai restanti articoli della presente Sezione. Viene considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio. Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa, soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni e/o lesioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze o alimenti, anche aventi origine traumatica;
- le ustioni in genere, nonché il contatto con acidi o corrosivi;
- le affezioni, alterazioni patologiche conseguenti a calci e/o morsi di animali, rettili, aracnidi, nonché ustioni, punture di insetti, contatto con piante e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche), esclusa la malaria; sono comprese anche le affezioni, alterazioni, patologiche conseguenti a tutti i suddetti casi;
- l'annegamento;
- l'assideramento ed il congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
- i colpi di sole o di calore o di freddo ed altre conseguenze termiche ed atmosferiche;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere, nonché quelli per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni sofferti e/o derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni riportati durante il servizio militare, la partecipazione – anche a seguito di mobilitazione - a squadre antincendio e protezione civile;
- le lesioni sofferte in conseguenza di comportamenti colposi degli assicurati e del Contraente ai sensi dell'art. 1900 del C.C. fatto salvo il caso di dolo del Contraente, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a colpi di sonno o vertigini;
- gli infortuni subiti durante i viaggi aerei e su velivoli (rischio aeronautico);
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di tutti i mezzi (veicoli, natanti, aeromobili in genere) di locomozione e/o trasporto, compresa la salita e la discesa su/dal mezzo di locomozione e/o trasporto per gli infortuni subiti, in caso di fermata e/o sosta del mezzo (veicoli, natanti, aeromobili in genere) di locomozione e/o trasporto durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia/locomozione/viaggio;
- gli infortuni causati da calamità e forze della natura, compresi terremoto, maree, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, inondazioni, frane, allagamenti, neve, tifoni, uragani, grandine, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e/o terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali;
- gli infortuni sofferti in stato di alterazione psichica dovuta all'uso di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione abbia comprovato carattere terapeutico;
- le ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- le ernie traumatiche;
- la "morte presunta".

Art.3.02 RIMBORSO SPESE MEDICHE E FARMACEUTICHE DA INFORTUNIO (VALIDA OVE RICHIAMATA)

La Società garantisce fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6 e per sinistro, il rimborso delle spese per: onorari dei medici, dei chirurghi e di ogni altro soggetto componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, interventi

chirurgici anche ambulatoriali, anche in day hospital, rette di degenza in ospedali e istituti/case di cura, analisi ed accertamenti medico-legali e diagnostici, strumentali, esami di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa, terapie fisiche, apparecchi terapeutici ed endoprotesi, visite mediche, specialistiche, cure oculistiche, applicazione di apparecchi gessati, bendaggi, e docce di immobilizzazione, acquisto di medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, acustici e sanitari (sono garantiti anche per soggetti già portatori prima del sinistro) incluse carrozzelle ortopediche, nonché per cure odontoiatriche, odontotecniche e protesi dentarie (compresi apparecchi per bambini e/o altre forme di protesi dentarie), le spese per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), e tutte le spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art.3.03 DIARIA DI RICOVERO (VALIDA OVE RICHIAMATA)

La Società corrisponde, in caso di infortunio o malattia indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera per ogni giorno di degenza, con il limite massimo di gg 365, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art.3.04 DIARIA DI GESSATURA (VALIDA OVE RICHIAMATA)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente, fino ad un massimo di gg 60.

Art.3.05 DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA (VALIDA OVE RICHIAMATA)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dalle 24:00 del giorno dell'infortunio fino alle 24:00 dell'ultimo giorno di inabilità.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall'Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia "Malattie contratte in servizio e per cause di servizio" di cui all'art. 3.06 della presente Sezione.

Art.3.06 MALATTIE CONTRATTE IN SERVIZIO E PER CAUSE DI SERVIZIO (VALIDA OVE RICHIAMATA)

L'assicurazione viene estesa ai sensi delle Leggi in vigore alle malattie professionali e/o contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente. 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 e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e le malattie derivanti da COVID-19.

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.3.07 SPESE DI PRONTO SOCCORSO E/O TRASPORTO A CARATTERE SANITARIO

La Società rimborsa, fino al limite di € 4.000,00=, le spese di pronto soccorso (anche se non consumate in Istituto di cura) e/o per il trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal luogo del sinistro ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-ambulanza.

Art.3.08 RIENTRO SANITARIO

La Società rimborsa, fino al limite di € 4.000,00=, le spese sostenute in caso di infortunio o malattia che colpisca l'Assicurato nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente (direttamente od indirettamente) e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in Istituto di cura attrezzato in Italia.

Art.3.09 RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

La Società rimborsa, fino al limite di € 4.000,00=, le spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente (direttamente od indirettamente), fino al luogo di sepoltura.

Art.3.010 DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate e sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 15.000,00=.

Art.3.011 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, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Agli effetti della garanzia il viaggio si intende iniziato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile/velivolo e di considera concluso nel momento in cui ne è disceso. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

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 somme assicurate:

- € 2.000.000,00= per il caso di invalidità permanente
- € 2.000.000,00= per il caso morte
- € 500,00= al giorno per inabilità temporanea

per persona e di:

- € 7.000.000,00= per il caso di invalidità permanente
- € 7.000.000,00= per il caso di morte
- € 10.000,00= al giorno per inabilità temporanea

complessivamente per aeromobile.

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

Art.3.012 SERVIZIO MILITARE

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché quali volontari del servizio civile.

Art.3.013 RISCHIO GUERRA

A parziale deroga del disposto dall'art. *ESCLUSIONI*, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art.3.014 RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE

La Società assicura il Contraente per il caso in cui l'Assicurato o, nell'ipotesi di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino, quale completa tacitazione per il sinistro, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti del Contraente stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile.

Verificandosi tale caso il suddetto indennizzo viene accantonato per essere computato nel risarcimento e la Società risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso.

Qualora il Contraente abbia stipulato per le medesime persone polizza di Responsabilità Civile, la presente garanzia è operante solo per l'eventuale eccedenza del danno rispetto al massimale assicurato a titolo di Responsabilità Civile.

La presente garanzia non è operante quando:

- l'infortunio non è indennizzabile ai sensi della polizza;
- l'infortunio è indennizzabile ai sensi della norma "Rischio aeronautico".

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

Art.3.015 ERNIE E LESIONI DA SFORZO

A specificazione di quanto disposto all'art. Oggetto dell'assicurazione, si conviene che la garanzia è estesa alle ernie ed alle lesioni in genere conseguenti a sforzo, con l'intesa che:

- per l'ernia operabile viene liquidata una indennità giornaliera per il periodo di ricovero in Istituto di cura pari ad 1/1000 della somma assicurata per la Invalidità Permanente, con il limite di € 100,00.
- per l'ernia – anche se bilaterale - non operabile, viene corrisposta l'indennità giornaliera di cui al punto precedente per il periodo di ricovero in Istituto di cura, nonché una indennità (computata in base alla tabella INAIL indicata) a titolo di Invalidità Permanente, non superiore al 20% della relativa somma assicurata.

Qualora sorga contestazione circa la natura e/o l'operatività dell'ernia, vale quanto disposto all'Art. *VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE.*

SEZIONE IV ESCLUSIONI

Art.6.01 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni:

1. occorsi in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'art. Rischio Guerra;
2. occorsi durante la guida e l'uso quale passeggero di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. Rischio Aeronautico;
3. occorsi in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato, salvo che per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
4. occorsi in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. occorsi in occasione della partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
6. occorsi in occasione della partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura o raduni automobilistici;
7. occorsi in occasione della pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo;
8. a parziale deroga dell'art. 1, sez. 3, derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l'Assicurato abbia partecipato in modo volontario;
9. derivanti da contagio da COVID-19 o da qualsiasi altra patologia causata da sindrome respiratoria acuta coronavirus 2 (SARS-CoV 2) (in precedenza nota come 2019-nCoV), o da qualsiasi patologia causata da ogni mutazione o variazione del SARS-CoV 2.

Art.6.02 PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI

Non sono coperte dalla presente polizza a prescindere dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Tuttavia, ove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizioni di Legge o in applicazione di CCNL e/o norme, le richiamate esclusioni non saranno operanti.

SEZIONE V NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art.5.01 DENUNCIA DI SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

L'Assicurato od i suoi aventi diritto dal momento in cui ne abbia/no avuto la possibilità, deve/ono fare denuncia di sinistro al Contraente che provvederà al suo inoltro alla Società o all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza, per il tramite del Broker, entro 30 giorni lavorativi da quando l'Unità Organizzativa competente per l'esecuzione del contratto e la gestione dei sinistri ne è venuta a conoscenza scritta, ai sensi ed a parziale deroga dell'Art. 1913 del Cod. Civile.

La denuncia dell'infortunio o malattia dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, ed essere corredata, se ricorre il caso, da certificato medico e/o del pronto soccorso.

Successivamente l'Assicurato, anche per il tramite del Contraente, deve inviare periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio o la malattia abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, il Beneficiario dovrà darne immediato avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma e/o PEC.

Art.5.02 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL DANNO

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 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 o malattia come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi dell'Assicurato, non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che, se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo 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 fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.

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 dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro 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 del sinistro per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.L. n. 38/2000. con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

d) DIARIE

In caso di sinistro che ha causato l'inabilità temporanea e/o il ricovero e/o l'applicazione di apparecchi gessati, e/o gessature e/o di tutori immobilizzanti equivalenti, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera.

Il computo dei giorni per cui si riconosce l'indennizzo decorre dalle ore 24:00 del giorno del sinistro, dedotto il numero di giorni eventualmente in franchigia. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarigione quella risultante pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo rinnovi di certificati medici.

Inabilità temporanea:

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni;
- b) nella misura del 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria di ricovero.

Diaria giornaliera da ricovero:

La diaria di ricovero viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di Cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per la presente diaria viene liquidato integralmente ed è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

Diaria giornaliera da applicazione di apparecchi gessati e/o gessature e/o tutori immobilizzanti equivalenti

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della documentazione attestante l'applicazione di apparecchi gessati e/o gessature e/o tutori immobilizzanti equivalenti.

L'indennizzo per la presente diaria viene liquidato integralmente ed è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

e) SPESE MEDICHE E FARMACEUTICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Art.5.03 CONTROVERSIE

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società, o da un fiduciario da essa designato, con l'Assicurato (da familiare/tutore in caso in cui l'Assicurato sia un minore) o Beneficiario o persona da esso designata.

Le divergenze sulla determinazione del danno, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dalla presente polizza, possono essere demandate per iscritto a un collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove 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.

Una volta richiesta la convocazione del Collegio medico da parte dell'Assicurato, con l'indicazione del nome del medico designato, l'Impresa è tenuta a comunicare all'Assicurato, entro trenta giorni dalla richiesta, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato.

Ciascuna delle parti, Assicurato e Società, sostiene le proprie spese e remunera il medico designato da essa, mentre la Società contribuirà interamente alle spese ed alle competenze del terzo medico. È facoltà del Collegio medico rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual 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 violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale.

Art.5.04 ART.3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta comunicazione della loro accettazione, provvederà al pagamento entro il termine di 30 giorni.

Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti in Euro (€). Il rimborso delle spese mediche, sostenute all'estero, in valuta diversa dall'Euro (€), avverrà in Euro (€) al cambio medio della settimana in cui è stata emessa la fattura e/o la ricevuta di spesa.

Art.5.05 ART.5 – ANTICIPI INDENNIZZI

A seguito di un infortunio indennizzabile contrattualmente, e dietro specifica richiesta dell'Assicurato, la Compagnia è tenuta ad erogare un anticipo dell'indennizzo sino ad un massimo di €30.000,00, sempreché sia presumibile - sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici - una invalidità permanente liquidabile superiore al 5% di quella totale.

La Società provvederà ad erogare l'anticipo entro 90 giorni dalla richiesta. Nel caso in cui esistano giustificati dubbi sulla indennizzabilità o sull'entità del danno, sarà possibile per la Società non dare corso all'erogazione di alcun anticipo.

L'importo dell'eventuale anticipo erogato verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

Art.5.06 RINUNCIA ALL'AZIONE DI SURROGA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio e/o malattia.

Art.5.07 CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art.5.08 RENDICONTAZIONE SINISTRI

La Società, entro i 60 giorni dal termine di ogni annualità assicurativa, si impegna, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- ✓ sinistri denunciati (con indicazione del numero di sinistro attribuito dall'assicuratore, della data dell'evento, dei riferimenti – se possibile – dell'assicurato, della data della richiesta di risarcimento, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);
- ✓ sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva, che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso);
- ✓ sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- ✓ sinistri respinti e/o chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Tali report dovranno essere forniti preferibilmente anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker, fermo restando che la semplice richiesta scritta del Contraente e/o del Broker attiva gli obblighi di cui sopra.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (file formato Microsoft Excel), utilizzabile ed editabile 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 di cui all'art.

“Recesso in caso di sinistro” (*se operante*), “Recesso” o recesso annuale (*se operante*) di cui all’art. “Durata dell’assicurazione”, la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e, non oltre, 15 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

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

La Società si impegna a trasmettere l’aggiornamento dei sinistri entro e, non oltre, 20 giorni di calendario dalla data di ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica dal Contraente e/o dal Broker.

SEZIONE VI
LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE

Art.6.01 LIMITI DI INDENNIZZO

Nel caso di sinistro che coinvolga più persone, in conseguenza di un unico evento, la Compagnia non liquiderà indennizzi superiori ad € 12.000.000,00= per sinistro. Nel caso in cui l'indennizzo nel suo complesso dovesse eccedere tale importo, lo stesso verrà proporzionalmente ridotto.

Art.6.02 FRANCHIGIE

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, agli Assicurati verrà corrisposto l'indennizzo previsto dal presente contratto senza applicazione di alcuna franchigia, salvo quanto previsto all'Art. "malattie contratte per ragioni di servizio" e salvo quanto di seguito indicato:

Limitatamente agli Assicurati di età:

- superiore a 80 anni, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore al 3%.
- superiore a 85 anni, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore al 5%.

Qualora invece l'invalidità risultasse superiore a tali percentuali, l'indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'invalidità fosse superiore al 50% della totale, le franchigie suddette si intenderanno abrogate.

SEZIONE VII
CATEGORIE, GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI

Art.7.01 CATEGORIE, GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per gli Assicurati, ovvero per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate, nonché per le garanzie e capitali assicurati specifici della singola categoria, a valere per sinistro e per Assicurato.

A) Assicurati: Amministratori

L'Assicurazione copre gli infortuni subiti dagli Amministratori durante lo svolgimento di qualsiasi attività espletata in connessione con l'incarico e/o funzione ricoperti. Sono compresi gli infortuni subiti durante la circolazione su qualsiasi mezzo (veicoli, natanti, aeromobili in genere) di locomozione e/o trasporto, nonché sofferti salendo o scendendo dal mezzo (natanti compresi) di trasporto ed in caso di sosta o fermata del mezzo (veicoli, natanti, aeromobili in genere) di locomozione e/o trasporto, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia/viaggio. Si intende compreso il rischio "in itinere".

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	350.000,00=
Caso Invalidità Permanente	350.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche	10.000,00=

Numero Assicurati con parametro in forma "flat" e pertanto la Categoria non è soggetta a regolazione del premio.

B) Assicurati: Segretario. Dirigenti e Dipendenti tutti, nonché altro personale autorizzato

L'assicurazione copre gli infortuni subiti da Segretario, Dirigenti e Dipendenti tutti - in occasione di missioni, trasferte, adempimenti di servizio - nonché da persone autorizzate dal Contraente in occasione di attività e/o incarichi cui sono preposti - durante la guida di veicoli (ciclomotori, motocicli, cicli, velocipedi) e natanti, di proprietà sia del Contraente, sia dei predetti soggetti che di terzi, nonché nella disponibilità (a qualsiasi titolo) del Contraente e/o dei predetti soggetti e/o di terzi, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni; tale garanzia è estesa anche alle persone di cui sia autorizzato il trasporto. Sono garantiti anche gli infortuni sofferti salendo o scendendo sul/dal mezzo di trasporto. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di sosta o fermata del mezzo di trasporto, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia/viaggio

Si intendono esclusi gli Assicurati garantiti dalle Categorie C), D) ed E) quest'ultima qualora attivata.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	350.000,00=
Caso Invalidità Permanente	350.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche	10.000,00=

Numero Assicurati individuato in via convenzionale e pertanto la Categoria non è soggetta a regolazione del premio.

C) Assicurati: Personale addetto al Corpo della Polizia Provinciale (Comandante compreso)

L'assicurazione copre gli infortuni subiti dal personale addetto al Corpo della Polizia Provinciale (Comandante compreso) durante lo svolgimento di tutta l'attività professionale ovunque svolta, compresa pertanto anche quella prestata sulle strade, per conto dell'Amministrazione Provinciale.

L'assicurazione è operante anche quando gli Assicurati, nella propria attività di sorveglianza, fanno uso di cavalli e/o di cani e quando si trovano a bordo (in qualità di passeggeri) di elicotteri e/o ultraleggeri e/o velivoli in genere utilizzati durante lo svolgimento dell'attività professionale cui sono preposti, dal momento in cui vi salgono fino al momento in cui ne sono discesi, nonché durante la permanenza per ragioni di servizio negli aerodromi ed eliporti o in qualsiasi altra località di atterraggio - autorizzato o forzato - e durante le conseguenti operazioni; il tutto in ottemperanza ai compiti di servizio assegnati.

Sono compresi gli infortuni occorsi a bordo di veicoli in genere (ciclomotori, motocicli, cicli, velocipedi e natanti compresi), sia in qualità di conducenti che di trasportati.

Garanzia	Capitali assicurati
Caso Morte	€ 350.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 350.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche	€ 10.000,00=

Numero Assicurati individuato in via convenzionale e pertanto la Categoria non è soggetta a regolazione del premio.

D) Assicurati: Personale avente la qualifica di “cantoniere” e personale in genere che opera, anche occasionalmente, sulle strade e/o sul territorio

L'assicurazione è operante per gli infortuni subiti dal personale avente la qualifica di “cantoniere” e personale in genere che opera, anche occasionalmente, sulle strade e/o sul territorio, durante lo svolgimento dell'attività professionale per conto dell'Amministrazione Provinciale.

Sono compresi gli infortuni occorsi a bordo di veicoli in genere (ciclomotori, motocicli, cicli, velocipedi e natanti compresi), sia in qualità di conducenti che di trasportati.

Garanzia	Capitali assicurati
Caso Morte	€ 350.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 350.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche	€ 10.000,00=

Numero Assicurati individuato in via convenzionale e pertanto la Categoria non è soggetta a regolazione del premio.

PREMESSA alla Categoria E)

La copertura per la Categoria E) di seguito indicata è attivabile su precisa richiesta dell'Ente durante la vigenza contrattuale.

Alla data di effetto del presente contratto le garanzie non saranno pertanto operanti ed il relativo premio annuo lordo da quotare obbligatoriamente in sede di gara (come meglio specificato nella scheda di offerta economica) non concorrerà alla determinazione del premio annuo lordo anticipato di polizza e quindi di aggiudicazione.

E) Assicurati: Volontari (non organizzati in specifiche Associazioni) e collaboratori in genere a titolo gratuito

L'assicurazione copre ogni infortunio che possano subire gli Assicurati nello svolgimento di attività di supporto ai servizi del Contraente come ad es.: pulizia e piccola manutenzione, giardinaggio, anche con impiego di macchinari ed attrezzature pertinenti all'attività svolta, sorveglianza, gestione di beni di interesse pubblico e quant'altro predisposto dal Contraente compresi allestimento e smontaggio di strutture e beni per manifestazioni in genere, accompagnamento e sorveglianza in ausilio ai servizi del Contraente, nonché ogni altra attività prevista da accordi, convenzioni, contratti d'opera od altri atti specifici del Contraente.

Sono altresì compresi gli addetti ed i lavoratori socialmente utili e di pubblica utilità per gli infortuni subiti nello svolgimento delle attività e/o funzioni e/o mansioni in genere rientranti nell'insieme delle attività che il Contraente può legittimamente esercitare per propria autonomia statutaria e potestà regolamentare, nonché per delega o trasferimento dallo Stato o dalla Regione.

Sono garantiti anche gli infortuni sofferti alla guida o a bordo di veicoli e natanti, nonché salendo o scendendo sui/dai suddetti mezzi di trasporto. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di sosta o fermata del mezzo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Si intende operante la garanzia di cui all'Art.3.06 della Sezione 3). L'assicurazione vale anche per il rischio “in itinere”.

Garanzia	Capitali assicurati
Caso Morte	€ 100.000,00=
Caso Invalidità Permanente da infortunio e malattia	€ 100.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche	€ 3.000,00=
Diaria da ricovero per infortunio e malattia	25,00=

(*) La garanzia in caso di attivazione si intenderà prestata con numero di Assicurati in via anticipata e pertanto la Categoria di Assicurati è soggetta a regolazione del premio.

SEZIONE VIII
CALCOLO DEL PREMIO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Art.8.01 CALCOLO DEL PREMIO E MODALITÀ DI APPLICAZIONE DELLA REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "elementi per il calcolo del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria di Assicurati e calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

Dopo il termine di ogni periodo assicurativo la Società provvederà, sulla base degli elementi variabili di polizza presi come base per la determinazione del premio, a redigere la regolazione del premio nei termini di cui all'Art. 8.02 della presente Sezione di polizza.

ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO				
Categorie di Assicurati	Tipo dato variabile/non variabile Numero	Dato	Premio lordo annuo pro-capite €	Totale annuo lordo di categoria €
A) Amministratori	Assicurati	29		
B) Segretario e Dipendenti, nonché altro personale autorizzato	Assicurati	125		
C) Personale addetto al Corpo della Polizia Provinciale, Comandante	Assicurati	16		
D) Personale avente la qualifica di "cantoniere" e personale in genere che opera, anche occasionalmente sulle strade e/o sul territorio	Assicurati	30		
E) Volontari (non organizzati in specifiche Associazioni) e collaboratori in genere a titolo gratuito	Assicurati (*)	0	(*)	
TOTALE €				

(*) La copertura per la Categoria E) è attivabile su precisa richiesta dell'Ente durante la vigenza contrattuale. Alla data di effetto del presente contratto le garanzie non saranno pertanto operanti ed il relativo premio annuo lordo da quotare obbligatoriamente in sede di gara (come meglio specificato nella scheda di offerta economica) non concorrerà alla determinazione del premio annuo lordo anticipato di polizza e quindi di aggiudicazione.

Scomposizione del premio:

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

Art.8.02 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal/i conteggio/i esposto/i in polizza nell'apposita Sezione ed è regolato dopo il termine 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, relativamente alle sole Categorie soggette a regolazione. Il Contraente è pertanto esonerato dall'obbligo di comunicare le variazioni numeriche intervenute nel corso di ogni annualità assicurativa; si precisa che le variazioni in aumento si intendono automaticamente in garanzia a tutti gli effetti.

A tale scopo entro quattro (4) mesi dalla fine di ogni periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

E' prevista la sola regolazione attiva ed in tal caso il Contraente dovrà versare il relativo premio di conguaglio nei termini previsti all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE* che decorreranno dal giorno successivo a quello di ricevimento da parte del Contraente della corretta appendice 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 1 mese dandone comunicazione scritta.

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.

Data

La Società (delegataria) _____

La Società (coassicuratrice) _____

Il Contraente _____