**ALLEGATO n. 5**

REGIONE UMBRIA

Polizza INFORTUNI DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI

**Durata: dalle ore 24.00 del 30/04/2016   
alle ore 24.00 del 30/04/2019**

**CIG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Polizza Infortuni n° …………..

Tra: …

Partita I.V.A./C.F.: …

con sede in : …

e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

si stipula la presente:

**POLIZZA INFORTUNI** Numero ………….

Contraente :

Assicurato : Come da condizioni di polizza

Sede Legale :

Broker : Willis Italia S.p.A.

Decorrenza della copertura : Ore 24:00 del 30/04/2016

Scadenza della copertura : Ore 24:00 del 30/04/2019

Scadenze annuali: Ore 24:00 del 30/04

Frazionamento: ANNUALE

Tacito rinnovo (SI/NO - indicare): NO

# DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

**Assicurazione**: il contratto di assicurazione come definito dall’art. 1882 codice civile e/o lagaranzia data con il contratto;

**Polizza**: il documento che prova l’assicurazione;

**Contraente:** il soggetto che stipula l’assicurazione in nome proprio e nell’interesse proprio ed altrui.

**Assicurato:**

* l'Ente contraente - Regione Umbria etutti coloro che con essa hanno unrapporto di dipendenza, di servizio o di mandato o che partecipi alle attività.
* Il soggetto il cui interesse è tutelatodall'assicurazione con Assicurato congiunto il Consiglio Regionale/Assemblea Legislativa in favore del quale è prestata la garanzia assicurativa e pertanto la Regione Umbria, Giunta Regionale e Consiglio Regionale/Assemblea Legislativa (Ente contraente) e tutti coloro che con essa hanno un rapporto di dipendenza, di servizio o di mandato o che partecipi alle attività.
* Tutti gli aventi diritto alla presente garanzia in virtù dei vigenti C.C.N.L. o di disposizioni di legge, ivi compresi i soggetti che prestano la propria attività per conto della Regione Umbria anche presso altre strutture.
* Nonché altro personale non dipendente ed i soggetti equiparati di cui l’Assicurato si avvale.

**Società/Impresa**: la Compagnia Assicuratrice;

**Broker:** Willis Italia S.p.A.

**Premio**: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

**Sinistro**: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanziaassicurativa;

**Infortunio**: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesionicorporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un’invalidità permanente oppure una inabilità temporanea;

**Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

**Scoperto/franchigia:** la parte di danno che rimane a carico dell’Assicurato;

**Rischio**: la probabilità che si verifichi il sinistro;

**Beneficiario**: in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l’assicurato stesso.

**Invalidità permanente**: la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall’Assicurato.

**Invalidità temporanea:** la perdita temporanea, a seguito di infortunio in misura totale o parziale, della capacità dell’Assicurato di attendere alle attività

**Istituto di cura:** l’ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza ed i soggiorno

**Ricovero:** la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento

SEZIONE 1-NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE IN GENERALE

## ART. 1 – IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

La presente polizza viene stipulata per tutte le Categorie riportate alla Sezione 3, precisando che la garanzia opera nei limiti delle leggi in vigore e pertanto anche in occasione di missioni, trasferimenti, partecipazioni a riunioni, incarichi svolti al di fuori della normale sede di lavoro e relativo rischio In itinere", così come definito dall'art. 12 del DIgs 38/2000.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 3 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Per le categorie attivabili a richiesta identificate come tali alla Sezione 3 la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente tramite il Broker e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo.

Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione.

Il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente/Assicurato.

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 affette le persone assicurate 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 (€).

## ART. 2 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 codice civile, l’omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte dell’assicurato di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore ed omissione non intenzionale od involontario dello stesso e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione. Resta inteso che il Contraente avrà l’obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

## ART. 3 - PROVA DEL CONTRATTO - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera, raccomandata e non, raccomandata a mano, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

## ART. 4 - DURATA DEL CONTRATTO

L’assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 30/04/2016, anche nelle more degli adempimenti propedeutici alla stipula del contratto, e scadrà alle ore 24 del 30/04/2019, senza tacito rinnovo alla scadenza finale.

É facoltà della Amministrazione notificare alla Società, entro i 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza del Contratto di assicurazione, la prosecuzione dello stesso alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 180 (centoottanta) giorni immediatamente successivi a tale scadenza al fine di completare l’espletamento della procedura di gara, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/360 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

Alla scadenza è, altresì, facoltà della Amministrazione richiedere alla Società il rinnovo dei servizi per una durata di un ulteriore anno, laddove ritenuto opportuno e secondo la normativa vigente.

## ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1901 del c.c., l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il premio o la prima rata di premio non è stata pagata. Il Contraente è obbligato a pagare la prima rata di premio alla Compagnia, per il tramite del Broker incaricato, entro 60 giorni dalla ricezione del documento originale di polizza ritenuto formalmente corretto.

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

I termini di cui sopra valgono anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma e qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga; tali termini decorrono dalla data di ricevimento del documento formalmente ritenuto corretto.

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell’Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

Inoltre, 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 effettuate dalla Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
* al ricevimento da parte della Contraente, del nulla osta nei confronti della Società, al pagamento rilasciato dall’agente della riscossione o da altro soggetto avente titolo, la Contraente dovrà pagare la rata di premio entro i trenta giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.
* Il pagamento effettuato dalla Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

L’Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che la 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. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006 e [ss.mm](http://ss.mm).ii., 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. 6- MODIFICHE DELL’ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell’assicurazione devono essere provate per iscritto.

## ART. 7 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti, o non accettati dalla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all’indennizzo, nonchè la stessa cessazione dell’assicurazione (art. 1898 codice civile).

Si conviene tuttavia che l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva.

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

## ART. 8 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

**ART. 9 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell’indennizzo, le Parti possono recedere dall’assicurazione con preavviso di 150 giorni. Nel caso di recesso intimato dalla Società, questa, entro 30giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell’imposta, relativa al periodo di rischio non corso. La Società è tenuta a documentare, contestualmente alla notifica del recesso “*l’avvenuto pagamento dell’indennizzo o il rifiuto del medesimo”* restando inteso, in caso contrario, che il recesso è inefficace.

Nella comunicazione di recesso, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al Contraente tutti i dati di cui all’art. 3 – “Obbligo della società nella gestione dei sinistri” necessari per la redazione del bando di gara per l’affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che in assenza dei dati richiamati la comunicazione della facoltà di recesso deve intendersi come non perfezionata.

## ART. 10 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all’assicurazione, sono a carico del Contraente.

## ART. 11 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell’Assicurato.

## ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

## ART. 13 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di dubbio, le clausole contenute nel presente capitolato nonchè le norme in esso richiamate e/o comunque applicabili saranno interpretati sempre in senso più favorevole al Contraente/Assicurato.

## Art. 14 – CLAUSOLE VESSATORIE

L’indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza.

## ART. 15 - COASSICURAZIONE E DELEGA

L’assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato. Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell’indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Compagnia , 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 Compagnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche leCoassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese, si deroga totalmente al disposto di cui all’art. 1911 del Codice Civile, essendo tutte le imprese responsabili in solido.

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 d’imprese concomitante o successivo all’aggiudicazione della gara.

## ART. 16 – CLAUSOLA BROKER

La gestione e assistenza nell’esecuzione del contratto è affidata al broker di assicurazione Willis Italia S.p.A.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l’Amministrazione e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker è liberatorio per la Amministrazione, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10’ giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento per la Amministrazione.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch’esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

## Art. 17 – OBBLIGHI INERENTI LA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI IN BASE ALLA L.N° 136/2010

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall’art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell’art. 1456 cc e dell’art. 3, c. 8 della Legge.

# SEZIONE 2- NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE INFORTUNI

## ART. 18 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che il Contraente/Assicurato subisca in occasione della partecipazione all’attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, compreso il rischio in itinere, e che abbiano per conseguenza la morte o un’invalidità permanente o una inabilità temporanea.

**ART. 19 - ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall’assicurazione gli infortuni derivanti:

1. dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l’assicurato è privo della prescritta abilitazione;
2. dall’uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall’art. 20;
3. dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
4. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall’uso di stupefacenti o allucinogeni;
5. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
6. da delitti dolosi compiuti o tentati dall’Assicurato;
7. da guerre o insurrezioni;
8. da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
9. da trasformazioni o assestamenti energetici dell’atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
10. da strappi muscolari da sforzo

l) da infarti e da ernie di qualsiasi tipo, salvo le ernie addominali da sforzo o traumatiche

## ART. 20 - RISCHIO AERONAUTICO

L’assicurazione vale per gli Infortuni che l’Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;

- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall’Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

**per persona:**

- € 2.582.284,50 per il caso di Morte;

- € 2.582.284,50 per il caso di Invalidità Permanente;

- € 516,46 per il caso di Inabilità Temporanea

**per aeromobile**:

- € 10.329.137,99 per il caso di Morte;

- € 10.329.137,99 per il caso di invalidità Permanente;

- € 5.164,57 per il caso di Inabilità Temporanea.

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

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l’Assicurato sale a bordo dell’aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

## ART. 21 - SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso l’assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e prosegue per le altre garanzie e per le rispettive indennità previste in polizza.

Comunque, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successiva all’inizio del servizio, il Contraente ha diritto di chiedere la sospensione dell’assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

## ART. 22 – LIMITE DI ETÀ

L’assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l’assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l’eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell’età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

## ART. 23 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infermità mentale.

Di conseguenza l’assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

## ART. 24 - ESTENSIONI TERRITORIALI

L’assicurazione vale in tutto il mondo. L’inabilità temporanea, al di fuori dell’Europa o degli Stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa o negli Stati sopra menzionati.

L’indennità liquidabile verrà, in ogni caso, corrisposta in Italia.

## ART. 25 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l’indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell’infortunio. Se, al momento dell’infortunio, l’Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l’infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

## ART. 26 - MORTE

L’indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se 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 invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell’infortunio ed in conseguenza di questo, l’Assicurato muore, gli eredi dell’Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l’indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

## ART. 27 – INVALIDITÀ PERMANENTE

L’indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l’invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell’infortunio.

L’indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d’invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all’allegato 1 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124, con rinuncia da parte della Società all’applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone mancine, il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anzichè la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l’indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell’Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l’applicazione di una percentuale d’invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

## ART. 28 – INABILITÀ TEMPORANEA

L’indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

1. integralmente, per ogni giorno in cui l’Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
2. al 50% per ogni giorno in cui l’Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L’indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 360 giorni.

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

## ART. 29 - DIARIA DA RICOVERO

Se in conseguenza ad infortunio indennizzabile a termini di polizza l’assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l’indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 360 gg.

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

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

## ART. 30 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa agli assicurati, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell’importo indicato sulla scheda di rischio:

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;

- onorari a medici e chirurghi;

- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;

- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all’Istituto di cura o

all’ambulatorio;

- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;

- noleggio di attrezzatura medica

- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l’eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

## ART. 31 RIENTRO SANITARIO

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di €1.000,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

## ART. 32 RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL’ESTERO)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 1.000,00

## ART. 33 – MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado o durata dell’inabilità temporanea e sulla loro entità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario, dal Consiglio dell’Ordine dei Medici.

Il Collegio medico risiede presso la sede della Contraente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendoper metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

## ART. 34 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poichè la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall’Assicurato, così come disposto dall’art. 1891 codice civile

## ART. 35 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell’Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all’art. 1916 codice civile verso i Terzi responsabili dell’infortunio.

# SEZIONE 3 - RISCHI ASSICURATI - CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

L’assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per i rischi, le garanzie, somme assicurate e capitali specificamente indicati.

Si conviene che per l’identificazione degli Assicurati e della loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli appositi atti del Contraente/Assicurato

**CAT. A - CONDUCENTI E TRASPORTATI SUI MEZZI ENTE**

L'assicurazione si intende prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisce in occasione della guida o trasportato di veicoli, motoveicoli, velocipedi con o senza motore e per tutti gli altri mezzi di proprietà dell’Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all’Ente o in locazione o comodato dell’Ente.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa in marcia; sono compresi inoltre i sinistri occorsi durante la salita e discesa dai mezzi.

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell’assicurazione obbligatoria di terzi (ex legge 990).

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali/Massimali assicurati** |
| Caso Morte: | **€ 200.000,00** |
| Caso Invalidità permanente: | **€ 300.000,00** |
| Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio: | **€ 10.000,00** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero indicativo veicoli assicurati** | **46** |
| **Numero velocipedi senza motore** | **2** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attivazione automatica** | **SI** | **Attivazione a richiesta** | **NO** |

**Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente**: franchigia fissa ed assoluta del 3%

**CAT. B –INFORTUNI DIPENDENTI IN MISSIONE**

L’assicurazione è operante per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall’ufficio, durante la guida o trasportati di velocipedi e veicoli non intestati al P.R.A. al Contraente o dallo stesso detenuti a qualsiasi titolo, limitatamente al tempo necessario per l’esecuzione di dette prestazioni.

La copertura inizia dall’effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall’abitazione (anche occasionale) dell’Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell’Assicurato ad una delle predette sedi di partenza.

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell’assicurazione obbligatoria di terzi (ex legge 990).

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali/Massimali assicurati** |
| Caso Morte: | **€ 200.000,00** |
| Caso Invalidità permanente: | **€ 300.000,00** |
| Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio: | **€ 10.000,00** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero chilometri percorsi** | **15.000 Giunta Regionale** |
| **Numero chilometri percorsi** | **5.000 Consiglio Regionale/Assemblea Legislativa** |
| **Totale chilometri percorsi** | **20.000** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attivazione automatica** | **SI** | **Attivazione a richiesta** | **NO** |

**Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente**: franchigia fissa ed assoluta del 3%

**CAT C- PRESIDENTE, CONSIGLIERI E ASSESSORI**

L’assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell’espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, ivi comprese quelle esercitate in enti o società collegate e/o controllate e/o partecipate dal Contraente.

È incluso il “rischio in itinere” nonchè tutti gli spostamenti necessari all’espletamento degli incarichi loro assegnati, effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati o di servizio.

Sono dunque esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell’espletamento dell’attività professionale privata di ciascun assicurato, e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale comunque non collegata alla carica.

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali/Massimali assicurati** |
| Caso Morte: | **€ 300.000,00** |
| Caso Invalidità permanente: | **€ 400.000,00** |
| Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio: | **€ 10.000,00** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero presidente/assessori/consiglieri** | **1 Presidente**  **5 Assessori**  **17 Consiglieri** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attivazione automatica** | **SI** | **Attivazione a richiesta** | **NO** |

**Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente**: franchigia fissa ed assoluta del 3%

**CAT. D –Giornalisti**

L’assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dagli Assicurati che svolgono l’attività di giornalista per conto dell’Ente Contraente durante il tempo di espletamento della propria attività, svolta anche fuori dalla sede abituale di lavoro.

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali/Massimali assicurati** |
| Caso Morte: | **€ 200.000,00** |
| Caso Invalidità permanente: | **€ 300.000,00** |
| Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio: | **€ 10.000,00** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero giornalisti** | **5 Giunta Regionale** |
| **Numero giornalisti** | **5Consiglio Regionale/Assemblea Legislativa** |
| **Totale giornalisti** | **10** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attivazione automatica** | **SI** | **Attivazione a richiesta** | **NO** |

**Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente**: franchigia fissa ed assoluta del 3%

**CAT. E.- SOGGETTI VARI 1**

La garanzia copre gli infortuni subiti da:

* operatori volontari di attività socialmente utili
* portatori di handicap
* volontari in servizio Civile

incaricati dall’Ente Contraente con appositi atti deliberativi, determinazioni dirigenziali, borse di studio e di lavoro, nonché in virtù delle apposite convenzioni con i Ministeri e/o degli altri Enti preposti, durante lo svolgimento dell’attività svolta per conto e/o su organizzazione del Contraente anche presso terzi, compresa la conduzione di veicoli in genere (ciclomotori, motocicli e cicli compresi);

Resta inteso che:

il premio viene stabilito per ciascun assicurato..

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Massimale** |
| Caso Morte: | **€ 200.000,00** |
| Caso Invalidità permanente: | **€ 300.000,00** |
| Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio: | **€ 10.000,00** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero dei soggetti** | **0** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attivazione automatica** | **NO** | **Attivazione a richiesta** | **SI** |

**Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente**: franchigia fissa ed assoluta del 3%

**CAT. F. SOGGETTI VARI 2**

La garanzia copre gli infortuni subiti da:

* borse lavoro
* stagisti, borsisti, corsisti e altre figure ad essi equiparate

incaricati dall’Ente Contraente con appositi atti deliberativi, determinazioni dirigenziali, borse di studio e di lavoro, nonché in virtù delle apposite convenzioni con i Ministeri e/o degli altri Enti preposti, durante lo svolgimento dell’attività svolta per conto e/o su organizzazione del Contraente anche presso terzi, compresa la conduzione di veicoli in genere (ciclomotori, motocicli e cicli compresi);

Resta inteso che:

il premio viene stabilito per ciascun assicurato..

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Massimale** |
| Caso Morte: | **€ 200.000,00** |
| Caso Invalidità permanente: | **€ 300.000,00** |
| Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio: | **€ 10.000,00** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero dei soggetti** | **0** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attivazione automatica** | **NO** | **Attivazione a richiesta** | **SI** |

**Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente**: franchigia fissa ed assoluta del 3%

**CAT. G. ALTRI ASSICURATI**

Qualora l’Ente avesse necessità di assicurare soggetti non espressamente indicati, si conviene tra le parti che dovranno essere comunicati di volta in volta.

**CALCOLO DEL PREMIO**

Il Contraente versa, a titolo di deposito quale premio minimo comunque acquisito, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.5 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili, la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Categoria | Tipo dato- variabile | Entità dato | Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato | Totale € |
| Infortuni conducenti su veicoli di proprietà dell’Ente | Numero veicoli | 46 |  |  |
| Infortuni conducenti su velocipedi senza motore di proprietà dell’Ente | Numero velocipedi | 2 |  |  |
| Infortuni conducenti/trasportati su veicoli privati | Chilometri percorsi | 20.000 km |  |  |
| Infortuni presidente e assessori/consiglieri | Numero presidente/assessori | 1 Presidente  5 Assessori  17Consiglieri |  |  |
| Giornalisti | Numero giornalisti | 10 |  |  |
| Soggetti vari 1 | Numero dei soggetti | 0 |  |  |
| Soggetti vari 2 | Numero dei soggetti | 0 |  |  |
| TOTALE |  |  |  |  |

# SEZIONE 4- CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia causata da fuga di gas o di vapore;

- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;

- avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;

- intossicazioni anche aventi origine traumatica;

- affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;

- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;

- annegamento;

- assideramento o congelamento;

- folgorazione e scariche elettriche in genere;

- colpi di sole o di calore o di freddo;

- lesioni determinate da sforzi con esclusione di infarti ed ernie.

L’assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;

- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;

- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

1. **EVENTI SOCIOPOLITICI**

L’assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purchè l’Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

1. **CALAMITÀ NATURALI**

La garanzia è estesa anche agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, allagamenti, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve con l’intesa che l’esborso massimo della Società non potrà superare l’importo di € 5.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate, assicurate secondo la presente polizza.

1. **IMPRUDENZA NEGLIGENZA IMPERIZIA ANCHE GRAVI DELL’ASSICURATO**

L’assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da imprudenza, negligenza, imperizia anche gravi dell’Assicurato/Contraente.

1. **RISCHIO GUERRA**

L’assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezioni per il periodo massimo di 14 giorni dall’inizio delle ostilità, se ed in quanto l’Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all’estero in un paese sino ad allora in pace.

1. **INFEZIONI CONTRATTE DURANTE OPERAZIONI CHIRURGICHE**

L’assicurazione vale anche per le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, HIV, AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o ad operazioni e trattamenti chirurgici conseguenti ad infortunio subito durante l’attività svolta per conto del Contraente.

L’operatività della garanzia è subordinata alla denuncia dell’infortunio entro 30 giorni dal fatto e dovrà essere allegata alla denuncia analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate; l’Assicurato dovrà tenersi disponibile alle eventuali analisi successive che la Società riterrà opportuno richiedergli e dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 giorni dalla denuncia di infortunio.

L'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato dal virus HIV e/o da virus EPATITICO a causa di un evento accidentale ed esterno occorsogli nello svolgimento dell'attività professionale per la quale è prestata l'assicurazione, deve darne notizia entro 5 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento, a mezzo telegramma o fax indirizzato all'Agenzia che gestisce la polizza, o al broker.

Contemporaneamente deve inviare alla Società, a mezzo raccomandata, descrizione dettagliata dell'infortunio, certificata dall'Ente presso il quale si è verificato l'evento accidentale o per il quale l'Assicurato svolge la sua attività.

Entro 10 giorni dall'evento, l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test HIV ­EPATITICO presso un centro specializzato indicato dalla Società Assicuratrice. Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo, l'assicurazione nei suoi confronti cesserà immediatamente ed il premio sarà diminuito dalla prima scadenza annua successiva.

Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato, entro i 180 giorni successivi, dovrà sottoporsi ad un secondo test presso il medesimo centro e, se da questo, risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, entro un anno dalla data di denuncia dell'evento la Società liquiderà:

* nel caso in cui sia stato contratto il virus HIV, l'intera somma assicurata
* nel caso in cui sia stato contratto il virus EPATITICO, un indennizzo calcolato sulla somma assicurata, in proporzione al grado di invalidità accertato, facendo riferimento ai valori riportati nella seguente tabella:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FASCE | Grado % di Invalidità Permanente accertata | Indennizzo da  liquidare |
| I° | Inferiore al 25% | 0 |
| II° | dal 25% fino al 34% | 15% |
| III° | oltre il 34% fino al 44% | 30% |
| IV' | oltre il 44% fino al 54% | 45% |
| V° | oltre il 54% fino al 64% | 60% |
| VI° | oltre il 64% fino al 74% | 70% |
| VII° | superiore al 74% | 100% |

Tutte le spese mediche relative ai test HIV — EPATITICO restano a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese verranno rimborsate dalla Società.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che Io hanno visitato e curato.

L'Assicurato deve essere identificato, pena la decadenza della garanzia assicurativa, al momento di sottoporsi ai test immunologici.

L'Assicurato dovrà inoltre sottoscrivere, al momento della denuncia del sinistro, l'apposita "informativa consenso" in ottemperanza al Decreto Legislativo n.° 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Il rispetto dei termini della denuncia dell'infortunio e degli altri obblighi sopra indicati è essenziale per la validità della copertura assicurativa e pertanto l'inosservanza dei predetti termini comporta la decadenza da ogni diritto all'indennizzo.

1. **RISCHIO IN ITINERE**

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possono colpire gli Assicurati durante:

- il tragitto dall’abitazione (anche occasionale) al luogo di lavoro e viceversa;

- il tragitto dalla sede dove viene svolta la loro attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa

purchè questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici che di servizio.

1. **ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI**

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l’assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, quest’ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l’intesa che:

- qualora sia operabile, viene corrisposta solamente l’indennità per il caso di inabilità temporanea

fino ad un massimo di 30 giorni;

- qualora l’ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta

solamente un’indennità non maggiore del 10% 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 di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

1. **FRANCHIGIA SU INABILITÀTEMPORANEA**

Per le singole categorie si intenderanno applicabili le franchigie previste dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

1. **LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE**

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 50% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni Particolari di Assicurazione verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato

**L) MALATTIE PROFESSIONALI**

Limitatamente alla garanzia malattia non si fa luogo all’indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece risulterà superiore al 15% , l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

L 'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o, se anteriore, dalla data di cessazione del servizio, Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali e le tubercolari. Vale anche per la garanzia malattia l'esclusione, prevista dalle condizioni generali di assicurazione, relativamente alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche

**M) ANTICIPO INDENNIZZO**

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un’Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell’importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di € 51.000,00.

1. **REGOLAZIONE PREMIO**

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo e della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per la regolazione del premio nel periodo di riferimento.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla ricezione da parte del Contraente della relativa appendice di regolazione, formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società dovrà provvedere a mettere in mora l'assicurato; trascorso infruttuosamente un ulteriore termine di 30 gg. dal ricevimento della comunicazione di messa in mora da parte dell'Assicurato, la Società potrà indennizzare i sinistri accaduti nel periodo per il quale non è avvenuta la regolazione nella stessa proporzione esistente tra il premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore), fermo il diritto della Società al premio di regolazione dovuto. La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie

1. **MORTE PRESUNTA**

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di Morte presunta ai sensi dell’art. 60 e 62 del codice civile, la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

1. siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l’ultima notizia dell’Assicurato;
2. possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l’Assicurato ritorna o ne è provata l’esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi, l’Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l’invalidità permanente eventualmente subita.

1. **DIABETE**

L’assicurazione vale anche per le persone affette da diabete.

1. **UBRIACHEZZA**

A parziale rettifica di quanto indicato nell’art. 19 delle C.G.A. l’assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purchè non alla guida di veicoli ed esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

1. **ESONERO DALL’OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITÀ MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI**

La Contraente/Assicurato è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell’art. 23 delle C.G.A.

1. **ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI**

Il Contraente è esonerato dall’obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l’identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

1. **DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI**

In deroga a quanto disposto dalle C.G.A. , il Contraente è esonerato dall’obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

1. **ATTI DI TERRORISMO**

A parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

Non sono compresi in garanzia gli infortuni 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 in cui l’Assicurato vi abbia partecipato in modo volontario.

È definito atto di terrorismo, una qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell’organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l’intera popolazione o una parte importante di esse, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

**V) 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 risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Compagnia rimborserà comunque le spese sostenute dall’Assicurato per le cure e per gli interventi, anche chirurgici effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico.La presente garanzie deve intendersi prestata sino alla concorrenza di Euro 6.000,00.

# SEZIONE 5 - PROCEDURA SINISTRI

## ART. 1 - DENUNCIA DELL’INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

In deroga a quanto disposto dall’art. 1913 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato,in caso di sinistro deve darne avviso scritto all’Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società anche per il tramite del Broker , entro 30 giorni da quando il l’ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi del Contraente/Assicurato stesso ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia dell’infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell’evento e sarà corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

L’Assicurato, o in caso di morte, il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

## Art. 2) - LIQUIDAZIONE DELL’INDENNITÀ

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l’indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e alla Contraente e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

Il diritto all’indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l’Assicurato morisse, 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 una indennità per Invalidità Permanente ma entro due anni dal giorno dell’infortunio ed in conseguenza di questo l’Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari 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.

**Art. 3) OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ NELLA GESTIONE DEI SINISTRI**

La Società, con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

* sinistri denunciati;
* sinistri riservati (con indicazione dell’importo a riserva);
* sinistri liquidati (con indicazione dell’importo liquidato);
* sinistri senza seguito;
* sinistri respinti.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro, di data dell’eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l’esaurimento di ogni pratica.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente, per il tramite del broker, mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso(excel o simili). 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.