

**COPERTURA ASSICURATIVA
INFORTUNI
MEDICI A RAPPORTO CONVENZIONALE****CIG: 9866884A40**

La presente polizza è stipulata tra

*Ministero della Salute*

e

Società

Durata del contratto

Dalle ore 24 del 31.12.2023

alle ore 24 del 31.12.2026

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati al 31.12 di ogni anno

SCHEDA DI POLIZZA

NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	MINISTERO DELLA SALUTE Direzione generale della prevenzione sanitaria
SEDE LEGALE	VIALE GIORGIO RIBOTTA 5 – 00144 ROMA
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	80242290585
DURATA DELLA POLIZZA	EFFETTO: DALLE ORE 24 DEL 31.12.2023 SCADENZA: ALLE ORE 24 DEL 31.12.2026
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€
BROKER – INTERMEDIARIO	Aon S.p.A.
ALIQUOTA PROVVISORIALE BROKER	0,01% SUL PREMIO IMPONIBILE

SEZIONE I DEFINIZIONI

Annualità assicurativa – Periodo assicurativo – Periodo di assicurazione	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di cessazione annuale dell'assicurazione.
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione. Ai fini della presente polizza hanno la qualifica di assicurato i soggetti indicati alla sezione VII.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di polizza.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker – Intermediario	Aon S.p.A., impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta, ovvero il Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria.
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Day hospital	Il ricovero effettuato in degenza diurna per terapie mediche che richiedono la compilazione di cartella clinica (sono esclusi gli accertamenti diagnostici).
Day surgery	L'intervento chirurgico effettuato in sala operatoria presso un istituto di cura, in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica.
Denuncia di sinistro	La notifica inviata dal Contraente e/o dall'assicurato alla Società del verificarsi di un sinistro nei termini e nei modi stabiliti in polizza.
Diaria	L'importo riconosciuto dalla Società in caso di sinistro per ogni giornata di inabilità temporanea.
Durata dell'assicurazione – polizza	Il periodo che ha inizio con la data di effetto della polizza e termina con la data di scadenza della polizza.
Franchigia	L'importo previsto dalle condizioni contrattuali che, in caso di sinistro, è detratto dalla somma liquidata
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Indennizzo (risarcimento)	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, un'inabilità permanente, un'inabilità temporanea.
Invalità permanente	La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'assicurato.
Istituto di cura	Ogni struttura sanitaria (ospedale, clinica o case di cura - convenzionati o privati - in Italia o all'estero) regolarmente autorizzata al ricovero e all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera.
Limite di indennizzo (risarcimento)	Il massimo indennizzo (o risarcimento) dovuto dalla Società.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia professionale	Per malattie professionali si intendono, oltre a quelle tassativamente indicate nell'elencazione delle tabelle in vigore al momento del sinistro e allegate al D.P.R. 1124/1965 ss.mm.ii., anche quelle malattie che fossero riconosciute come professionali dalla Magistratura, escluse silicosi e asbestosi, nonché qualsiasi altra patologia derivante da silicio e amianto.
Polizza	Il documento che prova e regola 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 possano derivarne.
Scoperto	La parte percentuale di danno che il Contraente tiene a suo carico.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Società – Compagnia – Assicuratore	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

DESCRIZIONE DEL RISCHIO E ATTIVITA' ASSICURATA

Le garanzie prestate dalla polizza sono operanti a tutela del rischio di infortuni subiti dai soggetti assicurati nell'esercizio delle proprie attività professionali nell'ambito di un rapporto convenzionale con il Contraente, consistenti nell'assistenza al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, comprese le visite professionali presso gli aeroporti o a bordo di navi in navigazione, in porto o in rada, per visitare ed eventualmente accompagnare in ospedale o strutture sanitarie assistite ammalati nei casi in cui le condizioni fisiopatologiche degli stessi lo richiedano (art. 9/lett. d e art. 25/lett. r – ACN 63/2009).

L'assicurazione comprende altresì tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, comunque ed ovunque svolte ed attuate con ogni mezzo ritenuto utile o necessario, nessuna esclusa né eccettuata.

Si precisa altresì che:

- L'assicurazione si intende estesa anche agli Assicurati che, nei casi previsti dall'accordo stipulato con il Contraente, sostituiscono gli Assicurati titolari dell'incarico;
- L'attività professionale effettuata in aeroporto o a bordo di nave in navigazione, in porto o in rada, costituisce un evento occasionale considerato che l'attività prevalente viene svolta presso i poliambulatori del Contraente;
- La copertura assicurativa per gli infortuni derivanti da attività professionali effettuate a bordo di nave decorre dal momento in cui l'Assicurato lascia l'ambulatorio per raggiungere la nave in navigazione o in rada e termina nel momento in cui il medesimo torna all'ambulatorio o al proprio domicilio/residenza.

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.

**SEZIONE II
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE****ART. 1 DURATA DEL CONTRATTO**

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. L'assicurazione è stipulata per la durata di 36 mesi con effetto dalle ore 24:00 del 31/12/2023 e scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2026.

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 180 giorni. 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 180 giorni, anche nel caso in cui venga inviata la disdetta annuale di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE*. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

ART. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

È attribuita alle parti 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 120 giorni prima di ogni scadenza annuale.

ART. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

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

Il Contraente pagherà all'Intermediario incaricato:

- ✓ entro 60 giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo (annuale);
- ✓ entro 60 giorni da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 60 giorni dalla data di invio al Contraente (anche mediante posta elettronica) delle appendici di variazione, il premio riferito alle stesse 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 semestrale.

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.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 ss.mm. ii. la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008 ss.mm.ii., 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 D.P.R. 602/1973 ss.mm. ii. costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del 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 dei 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 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, previa comunicazione del Broker.

ART. 4 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 ss.mm.ii. 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 dell'art. 3 comma 8 e 9 bis della L. 136/2010 ss.mm. ii.

ART. 5 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 Codice 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 del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente 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 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

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 Codice 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. 6 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 180 giorni 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 ss.mm.ii., la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.
- b) Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

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

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

ART. 7 RECESSO

In caso di mancato accordo tra le parti ai sensi dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO, la Società può recedere dal contratto di assicurazione.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 giorni 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 30 giorni 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 120 giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

ART. 8 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 90 giorni 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. 9 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di Sinistro e sino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo/risarcimento, la Società può recedere dall'Assicurazione, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC), da inviarsi in firma digitale con preavviso di 120 giorni. In tal caso la Società mette a disposizione del Contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio pagato e non goduto, esclusi soltanto le imposte ed ogni altro onere di carattere tributario.

Il Contraente può recedere dall'Assicurazione, con le stesse modalità sopraindicate, nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di Sinistro ed il sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo/risarcimento dovuto, fermo il diritto al rimborso del premio, al netto delle imposte ed ogni altro onere di carattere tributario relativi al periodo di rischio pagato e non goduto.

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

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, se non diversamente indicato in polizza, salvo esplicita accettazione da parte del Contraente e conseguente riduzione dei premi.

ART. 10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

La polizza e le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

ART. 11 GESTIONE DEL CONTRATTO

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

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.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii. e all'art. 55 del regolamento IVASS 05/2006 ss.mm.ii., il Broker è autorizzato a incassare i premi, tuttavia, il Contraente potrà effettuare il pagamento direttamente alla Società; 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.

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

Gestione del contratto 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. 12 ONERI FISCALI

Le imposte e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio e agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

ART. 13 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni tra le parti devono essere fatte per iscritto mediante email, lettera raccomandata, o posta elettronica certificata (PEC).

ART. 14 FORO COMPETENTE – ELEZIONE DI DOMICILIO

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 ss.mm.ii.

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

ART. 15 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di interpretazione dubbia delle clausole del presente contratto di assicurazione, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole al Contraente e all'assicurato.

ART. 16 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti.

ART. 17 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003 ss.mm.ii.), 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.

ART. 18 COASSICURAZIONE E DELEGA

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato. 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, ferma restando la responsabilità solidale in capo ad ogni coassicuratore. 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 delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

ART. 19 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 un 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.

ART. 20 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia – salvo in caso di dolo – al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso:

- ✓ persone delle quali l'assicurato deve rispondere a norma di legge;
- ✓ enti e aziende controllanti, controllate e collegate, nonché proprie fondazioni;
- ✓ enti e associazioni non aventi scopo di lucro;

purché l'assicurato, a sua volta, non eserciti l'azione verso il responsabile.

Resta in ogni caso impregiudicato il diritto di rivalsa spettante al Contraente per legge (responsabilità amministrativo-contabile).

SEZIONE III CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale. L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare e le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

ART. 21 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni di carattere professionale nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dall'assicuratore, non avrebbero determinato alcun aumento del premio.

Il c.d. rischio in itinere si intende compreso nelle attività professionali e si intende come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000.

Si precisa che in caso di incarichi che prevedano trasferte di più giorni si intende assicurato l'intero arco temporale che va dalla partenza dal proprio domicilio o dimora occasionale sino al successivo rientro ricomprendendo le attività, anche di rappresentanza e vita sociale, praticate durante la trasferta ad eccezione dei soli rischi sportivi.

Relativamente ai rischi professionali, a titolo esemplificativo e non limitativo, si precisa che sono comprese tutte le attività connesse, collegate, accessorie, complementari e conseguenti, nessuna esclusa né eccettuata; si intendono implicitamente inclusi gli infortuni occorsi agli assicurati durante:

- i trasferimenti, per servizio o missione, su mezzi aerei, terrestri (ferroviari o automobilistici anche di proprietà privata) o marittimi;
- il periodo di tempo della missione (per le intere 24 ore) o quello per gli spostamenti di servizio.

La copertura assicurativa viene stipulata per tutte le categorie riportate alla Sezione VII della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura.

ART. 22 PRECISAZIONI ED ESTENSIONI DELLA COPERTURA

L'assicurazione comprende gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, uso di armi anche non convenzionali, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;

per atto di terrorismo si definisce: 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 a 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. L'assicurazione è operante anche per gli infortuni subiti dagli assicurati in seguito ad aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, anche fuori dall'orario di lavoro e/o fuori dai luoghi di svolgimento di mandati o di incarichi, sempre che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;

- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;

- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di cicli, ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine, maree, mareggiate, straripamenti, neve, grandine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza. Tale estensione di garanzia non si applica ai soggetti Assicurati durante lo svolgimento delle proprie mansioni professionali per conto della Contraente ed in ogni caso non si applica in caso di infortuni subiti alla guida di veicoli a motore e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche;
- gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali;
- le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, HIV, AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto della Contraente.

ART. 23 RISCHIO COVID

Si precisa che sono da intendersi esclusi dall'assicurazione tutti gli eventi sofferti in conseguenza e/o derivanti da infezione/contagio da Covid-19 o da pandemie/epidemie in genere, salvo quanto di seguito disciplinato.

La Società si obbliga a corrispondere all'Assicurato una delle seguenti indennità forfettarie di convalescenza a seguito di ricovero avvenuto durante l'operatività del contratto nel quale l'Assicurato sia risultato positivo al virus Covid-19 (Coronavirus) o delle sue eventuali varianti:

- Euro 5.000,00 complessivamente nel caso in cui durante il ricovero sia stato necessario il ricorso alla terapia intensiva dell'Assicurato;
- Euro 2.500,00 complessivamente nel caso in cui durante il ricovero non sia stato necessario il ricorso alla terapia intensiva dell'Assicurato.

Uno o più ricoveri correlati allo stesso evento di positività al Covid-19 si considerano un solo ricovero e spetta una sola indennità forfettaria.

Rischi esclusi

Relativamente alle garanzie Covid-19 ed eventuali varianti, l'Assicurazione non è operante se il primo ricovero correlato allo stesso evento di positività al Covid-19 è avvenuto anteriormente all'effetto della polizza.

ART. 24 ERNIE ADDOMINALI

Relativamente alle "Ernie Addominali":

- nel caso in cui l'ernia, anche se 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 all'Articolo CONTROVERSIE.

ART. 25 RISCHIO AERONAUTICO

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre effettua in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) viaggi aerei su aeromobili (compresi gli elicotteri). Il viaggio si intende iniziato con la salita a bordo dell'aeromobile e terminato con l'abbandono dello stesso.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri gestiti o organizzati da Aeroclubs, nonché gli infortuni e le lesioni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa fanno parte del rischio del volo.

In caso di infortunio aeronautico che colpisca più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di:

- Euro 30.000.000,00 in caso in cui gli assicurati viaggino a bordo di aeromobili di linea certificati per il trasporto pubblico di passeggeri che effettuino il servizio tra aeroporti stabiliti ad orari regolari e determinati. Sono compresi i voli c.d. charter effettuati con aeromobili che effettuino anche servizio di linea
- Euro 5.000.000,00 in caso in cui gli assicurati viaggino a bordo di aeromobili NON di linea

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferiti 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. 26 DANNO ESTETICO

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 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 sino alla concorrenza del limite di indennizzo di Euro 5.000,00.

Per danno estetico si intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

Il rimborso delle spese per danno estetico è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito dalla Società.

ART. 27 RISCHIO GUERRA

A parziale deroga di quanto indicato alla SEZIONE 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 che non), 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. 28 MALATTIE TROPICALI

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di € 500.000,00 = per Morte ed € 500.000,00 = per Invalidità Permanente.

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%.

Pertanto, non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo.

Il Contraente dichiara che gli assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

**SEZIONE IV
ESCLUSIONI****ART. 29 ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'articolo 22 della Sezione III.
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. in occasione della partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo;
8. direttamente o indirettamente da contaminazioni chimiche o batteriologiche se conseguenti ad atti di terrorismo.

ESCLUSIONE INFEZIONE COVID-19

Salvo quanto previsto all'art. 23, ai sensi della presente polizza non è prevista alcuna copertura per qualsiasi reclamo, perdita, responsabilità, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivante, concorrente o risultante dall'infezione da coronavirus (COVID-19), grave sindrome respiratoria acuta da coronavirus 2 (SARS-CoV-2), o qualsiasi mutazione o variazione degli stessi.

Questa esclusione si applica anche a qualsiasi reclamo, perdita, costo o spesa di qualunque natura direttamente o indirettamente derivante, concorrente o risultante da:

(i) ogni timore o minaccia (reale o percepita) di; o

(ii) ogni azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o in qualunque modo relativa a qualsiasi focolaio di:

- infezione da coronavirus (COVID-19);
- sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
- qualsiasi mutazione o variazione degli stessi.

ESCLUSIONE MALATTIE TRASMISSIBILI

Il presente articolo modifica la polizza ed è soggetto a tutte le definizioni di polizza.

Il presente articolo si applica a tutte le coperture ed estensioni previste dalla polizza.

La polizza è modificata per includere quanto segue:

In deroga a qualsiasi eventuale previsione contraria, la presente polizza non copre alcun sinistro, perdita, danno, costo o spesa di qualsivoglia natura, in tutto o in parte, direttamente o indirettamente, derivante da, riconducibile a, causato da o relativo a:

1. qualsiasi Malattia Trasmissibile, o sospetto o minaccia circa la sussistenza (sia essa effettiva o percepita) di una Malattia Trasmissibile;
2. qualsiasi atto, errore o omissione nel controllo, prevenzione o risoluzione di, o comunque relativo a una epidemia sia essa effettiva, sospetta, percepita o minacciata, di una qualsiasi Malattia Trasmissibile.

Questa esclusione si applica a prescindere dalla sussistenza di qualsiasi altra causa o evento che contribuisca, contestualmente o in qualsiasi altra fase, al verificarsi di tale perdita, danno, sinistro, costo o spesa di qualsivoglia natura.

La sussistenza, sia essa effettiva, presunta, minacciata, percepita o sospetta, di una Malattia Trasmisibile all'interno, presso, o che interessi, impatti o danneggi qualsiasi proprietà, o che impedisca l'uso di tali proprietà, non costituisce perdita o danno materiale o di altro tipo, o perdita di uso di proprietà materiali o immateriali.

La presenza di una o più persone in un luogo assicurato potenzialmente infettate da una Malattia Trasmisibile o effettivamente infettate da una Malattia Trasmisibile non costituisce perdita o danno, materiale o di altro tipo.

Ai fini della polizza e del presente articolo cui accede, rileva la seguente definizione:

Malattia Trasmisibile significa qualsiasi malattia, patologia, morbo, infezione, condizione o disturbo causato, in tutto o in parte, da qualsiasi contatto diretto o indiretto o esposizione a virus, parassiti o batteri o a qualsiasi agente patogeno di qualsiasi natura, indipendentemente dal metodo di trasmissione, contatto o esposizione. Tutti gli altri termini e condizioni rimangono invariati.

ART. 30 LIMITI DI ETÀ - PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 75 (settantacinque anni).

Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, 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 a richiesta del Contraente.

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti all'atto della stipula del presente contratto o dell'ingresso nella presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art. 33 della Sezione VI – CRITERI DI INDENNIZZABILITA'.

SEZIONE V COSTITUZIONE DEL PREMIO

ART. 31 COSTITUZIONE DEL PREMIO E REGOLAZIONE

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base a elementi variabili; esso viene anticipato in via provvisoria nella misura indicata nella sezione CALCOLO DEL PREMIO ed è regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minore durata dello stesso, a seconda delle 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 minor durata del contratto, il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto. Le differenze attive o passive del premio risultanti dal conteggio devono essere saldate nei 60 giorni dalla data di consegna dell'appendice di regolazione, emessa correttamente dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza attiva dovuta la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi.

Il premio annuo anticipato per le rate successive è considerato in conto e a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza attiva, salvo il diritto della Società a pretendere il conguaglio del premio.

Per i contratti cessati per qualsiasi motivo, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Resta fermo per la Società stessa il diritto di agire giudizialmente.

Qualora l'Ente abbia in buona fede fornito dichiarazioni inesatte sui parametri in base ai quali viene conteggiato il premio, la Società riconoscerà la piena validità del contratto fermo il suo diritto a richiedere la quota di maggior premio non percepita.

Rivalutazione del premio anticipato in via provvisoria

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili del rischio risulti superiore del 100% rispetto a quello preso come base per la determinazione del premio minimo annuo anticipato, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione. Il nuovo importo sarà pari al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

Verifiche e controlli

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli. Il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione richiesta.

**SEZIONE VI
NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO****ART. 32 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

L'Assicurato o i suoi aventi diritto (art. 1913 C.C.) dovranno effettuare la denuncia del sinistro per iscritto alla Società o al Broker entro 30 giorni lavorativi dalla data dell'infortunio o da quando ne abbiano avuto la possibilità, notificando anche al Contraente l'avvenuta denuncia.

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

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché delle cause che lo hanno determinato.

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

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

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla società. Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

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

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

Il Contraente è sollevato dall'obbligo di osservanza dei termini di dichiarazione o di avviso qualora non abbia avuto conoscenza dei casi verificatisi per fatto altrui.

ART. 33 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

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 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 dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, 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.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso: se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più parti di organi od arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad una singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo si stabilisce tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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.

c) DIARIA PER INABILITA' TEMPORANEA

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni.

Qualora sia provato che l'infortunio, indennizzabile a termini della presente polizza, ha causato l'inabilità temporanea, la Società, con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera prevista:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni professionali con il limite di 300 giorni;
- nella misura del 50% per i primi 90 giorni relativamente alla categoria A), e più precisamente ai medici generici, specialisti ambulatoriali.

Il computo dei giorni per il quale si riconosce l'indennizzo decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio, se regolarmente denunciato, o in caso di ritardo, dalle ore 24 della denuncia. In caso di mancata presentazione del certificato, la liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo rinnovo di certificati medici.

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente.

ART. 34 MODALITÀ PER LA LIQUIDAZIONE DELLE INDENNITÀ

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 30 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a guarigione avvenuta, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale, debitamente quietanzati (notule, ricevute, ticket, fatture e simili).

Le indennità e i rimborsi vengono corrisposti in Italia e in Euro.

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta tutta la documentazione, la quietanza di danno sottoscritta e le coordinate bancarie per poter effettuare il bonifico, la Società provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione di quanto sopra.

ART. 35 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI

Il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette ed esclusive causate dall'infortunio.

ART. 36 OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, entro i 30 giorni successivi ad ogni semestralità, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente un tabulato riepilogativo dei sinistri denunciati, così suddiviso:

- ✓ sinistri denunciati (con indicazione del numero di sinistro attribuito dall'assicuratore, della data dell'evento, del nome dell'infortunato, della data della richiesta, 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 di reportistica, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso);
- ✓ sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- ✓ sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Tali report dovranno essere forniti anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker. La documentazione dovrà essere fornita mediante supporto informatico (formato Excel), utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 30 giorni dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica dal Contraente e/o dal Broker. Le predette statistiche potranno essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di disdetta di cui all'articolo RECESSO ANTICIPATO ANNUALE la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui il recesso è stato inviato.

ART. 37 CONTROVERSIE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio o sul grado di Invalidità Permanente nonché sulla liquidabilità delle indennità le Parti (Società ed Assicurato) si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell'Assicurato e quello fiduciario della Società. In caso di mancato accordo tra i due medici si procederà, con scrittura privata, a nominare quale terzo arbitro un medico designato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico; il collegio medico così costituito risiede presso il domicilio dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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 obbligatorie per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

ART. 38 FRANCHIGIA SULLA INVALIDITA' PERMANENTE PER TUTTE LE CATEGORIE ASSICURATE
Il presente contratto non prevede alcuna franchigia per la garanzia invalidità permanente.

SEZIONE VII
CONDIZIONI PARTICOLARI

ART. 39 LIMITE PER EVENTO CATASTROFALE

Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 50.000.000,00, fatto salvo quanto previsto per il rischio volo.

La somma complessiva che precede si intende unica per tutte le polizze stipulate dal Contraente con la Società per il rischio infortuni.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

ART. 40 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo.

In ogni caso, il pagamento dell'indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

**SEZIONE VII
SOGGETTI E SOMME ASSICURATE****ART. 41 SOGGETTI ASSICURATI**

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie di seguito riportate, per le quali il Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa, per garanzie e massimali specifici delle singole categorie.

CATEGORIA A – MEDICI GENERICI, SPECIALISTI AMBULATORIALI – BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA PRO CAPITE	FRANICHIGIA
----------	--------------------------------	-------------

Caso morte	€ 1.032.913,80	No
Caso invalidità permanente	€ 1.032.913,80	No
Diaria per inabilità temporanea	€ 154,94 al giorno con un massimo di 300 giorni	Riduzione della diaria del 50% per i primi 90 giorni

CATEGORIA B – TECNICI DI RADIOLOGIA, TECNICI DI LABORATORIO, FISIOTERAPISTI – INFERMIERI

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA PRO CAPITE	FRANICHIGIA
Caso morte	€ 774.687,00	No
Caso invalidità permanente	€ 774.687,00	No
Diaria per inabilità temporanea	€ 78,00 al giorno con un massimo di 300 giorni	No

CATEGORIA C – MEDICI FIDUCIARI, DOMICILIARI E DI CONTROLLO

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA PRO CAPITE	FRANICHIGIA
Caso morte	€ 775.000,00	No
Caso invalidità permanente	€ 775.000,00	No
Diaria per inabilità temporanea	€ 52,00 al giorno con un massimo di 300 giorni	No

SEZIONE VIII

CALCOLO DEL PREMIO

Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

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

Al termine di ogni annualità, la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dal Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato secondo quanto previsto a termini della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati riportati per ogni categoria alla presente Sezione, 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 il Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni nel numero di persone assicurate.

Categoria	Parametro calcolo premio	Premio pro capite annuo lordo	Totale premio annuo lordo
A)	Numero assicurati 160	Euro	Euro
B)	Numero assicurati 95	Euro	Euro
C)	Numero assicurati 191	Euro	Euro

Totale Premio Annuo Lordo	Euro
----------------------------------	-------------

La presente polizza non è soggetta a premio minimo.

Scomposizione del premio annuo lordo anticipato

Premio annuo imponibile	Euro	=
Imposte	Euro	=
TOTALE	Euro	=

Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte, che annullano e sostituiscono integralmente le condizioni riportate su moduli a stampa forniti dalla Società che, pertanto, si devono intendere abrogate e prive di effetto.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

II CONTRAENTE

LA SOCIETA'
