POLIZZA DI ASSICURAZIONE

INFORTUNI CUMULATIVA

N. ESA100079-LB

STIPULATA TRA

FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

E

Compagnia Assicuratrice: LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.
Corso Garibaldi, 86 – 20121 Milano (MI)

Coverholder JK UNDERWRTING S.R.L.

Durata del contratto	**Dalle ore 24:00 del**	**30.06.2021**
	Alle ore 24:00 del	**30.06.2024**
Rateazione	**Semestrale (30.06 – 31.12)**	

SOMMARIO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 4
Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale 4
Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni 4
Art. 1.3 – Soggetti assicurati - Precisazioni 5
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE 7
Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 7
Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio 7
Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori 7
Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione 7
Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro 8
Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto 8
Art. 2.7 – Regolazione del premio (ove convenuta) 8
Art. 2.8 – Oneri fiscali 8
Art. 2.9 - Partecipazione in coassicurazione 8
Art. 2.9 bis – Partecipazione in RTI 9
Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni 9
Art. 2.11 – Clausola Broker 9
Art. 2.12 – Legittimazione 9
Art. 2.13 - Beneficiari 9
Art. 2.14 - Sanzioni Internazionali 10
Art. 2.15 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente 10
Art. 2.16 – Trattamento dati 10
Art. 2.17 – Tracciabilità flussi finanziari 10
Art. 2.18 – Interpretazione del contratto 10
Art. 2.19 – Disciplina dell'appalto 10
SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA 11
Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione 11
Art. 3.2 – Estensioni di garanzia 11
3.2.1 - Spese di trasporto a carattere sanitario 11
3.2.2 - Rientro sanitario 11
3.2.3 - Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero) 11
3.2.4 - Danni estetici 11
3.2.5 - Esposizione agli elementi 12
3.2.6 - Rischio volo 12
3.2.6 - Servizio sostitutivo militare 12
3.2.7 - Rischio guerra 12
3.2.8 - Raddoppio in caso di morte di Assicurato genitore 12
3.2.9 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio 12
3.2.10 - Responsabilità del contraente 13
3.2.11 - Commorienza 13
3.2.12 - Ernie traumatiche e da sforzo 13
3.2.13 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona 13
3.2.14 - Clausola Dirigenti 13
3.2.15 - Clausola Quadri 14
Art. 3.3 – Delimitazione della garanzia - Esclusioni 14
Art. 3.4 – Persone non assicurabili 14
Art. 3.5 - Limiti territoriali 15
Art. 3.6 – Determinazione del danno - Criteri di indennizzo 15
3.6.1 - Morte 15
3.6.2 - Morte Presunta 15
3.6.3 - Invalidità Permanente 15
3.6.4 - Spese di cura 15
3.6.5 - Diaria per Inabilità Temporanea, Ricovero, Gessatura 16
Art. 3.7 - Rinuncia alla rivalsa 16
SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI 17
Art. 4.1 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi 17

Art. 4.2 - Controversie 17
Art. 4.3 – Informazioni sui sinistri 17
SEZIONE 5 – MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO **18**
Art. 5.1 – Categorie e somme assicurate (pro-capite) 18
Art. 5.2 – Calcolo del premio 18
Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione 19
Art. 5.4 – Disposizione finale 19

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale

Contraente / FNOMCeO / Federazione	Il soggetto che stipula l'*assicurazione:* Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi Odontoiatri (FNOMCeO).
Assicurato	Il soggetto nell'interesse del quale è prestata garanzia.
Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che prestano l'assicurazione.
Broker	Il soggetto incaricato della predisposizione del Capitolato Speciale e della assistenza e consulenza nelle fasi di gara e, se richiesto dalla FNOMCeO e previa opportuna comunicazione alla Società aggiudicataria del presente contratto, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutto il tempo residuo della polizza, sino alla scadenza, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni dello stesso contratto assicurativo.
Assicurazione	il Contratto di Assicurazione - Le garanzie prestate col contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento contrattuale che prova l'Assicurazione.
Capitolato Speciale / Capitolato Tecnico / (denominato anche CSA)	Il complesso delle norme, rappresentate in *polizza*, che regolano il rapporto contrattuale.
Garanzia	La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo.
Indennizzo / Indennità / Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Somme assicurate	Le somme massime che la Società è obbligata contrattualmente a pagare in caso di sinistro.
Periodo assicurativo / Annualità assicurativa	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	L'evento per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato il danno.
Franchigia	L'importo che, determinato a termini di polizza per ciascun sinistro, viene detratto dall'ammontare del danno e rimane a carico dell'Assicurato.
Scoperto	La percentuale di danno convenuta a carico del Contraente e determinata a termini di polizza per ciascun sinistro

Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni

Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in vaso di infortunio mortale dell'Assicurato
Invalidità permanente	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Inabilità temporanea	Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate.
Ricovero	Permanenza in struttura sanitaria / istituto di cura con pernottamento o in day hospital / day surgery.
Rischio in itinere	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
Struttura Sanitaria / Istituto di cura	Policlinico universitario, ospedale, clinica o casa di cura convenzionata o privata, istituto scientifico, istituto di ricerca e cura, poliambulatori medici, centri diagnostici in Italia e all'estero regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero e/o all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna (day hospital / day surgery) e notturna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le strutture con finalità prevalentemente dietologiche, fisioterapiche, le case di convalescenza e soggiorno, i centri del benessere.

Art. 1.3 – Soggetti assicurati - Precisazioni

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 5, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione alle attività istituzionali e/o organizzate dal Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, compreso il rischio di itinere.

Si conviene tra le parti espressamente che:

1.3.1 Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati.
Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle evidenze ed alle registrazioni del Contraente.
Tali registri od altri documenti equipollenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati e messi a disposizione, in qualsiasi momento, del personale incaricato dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

1.3.2 L'assicurazione vale altresì nel caso di temporanea utilizzazione, da parte del Contraente, dell'Assicurato in mansioni diverse da quelle dichiarate in polizza. In tal caso l'assicurazione sarà ugualmente operante purché tali mansioni rientrino nella normale attività del Contraente.
Gli Assicurati possono quindi svolgere attività di tirocinio di tipo manuale, sempre sotto la supervisione dei tutor; ed il Contraente ha facoltà di destinarli in qualunque struttura dell'Ente, come pure temporaneamente presso terzi, senza bisogno di denunciare in via preventiva l'eventuale cambiamento delle mansioni.

1.3.3 In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, e riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è obbligatoria ai sensi di legge o di CCNL, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.

1.3.4 Si precisa che la copertura per gli Assicurati è garantita dalla Società fino alla scadenza del periodo per cui è stato pagato il relativo premio.

1.3.5 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.

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

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

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

In deroga agli artt. 1892, 1893 1894 C.C. l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente assicurato di una circostanza che eventualmente modifichi o aggravi il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, semprechè tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti si sono verificate. Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del sinistro della modifica delle attività del Contraente a seguito di variazione della normativa vigente. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o la parte di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza, se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.
In ogni caso, a parziale deroga dell'art. 1901 codice civile, tenuto conto che il Contraente, per le proprie modalità amministrative, effettua i pagamenti solo tramite ordinativi bancari, preventivamente deliberati dagli uffici competenti, si conviene tra le parti che ogni copertura inerente la presente polizza decorre:

- per la rata iniziale di perfezionamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del contratto indicato in polizza a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, e venga comunicata alla Società;
- per le rate di premio successive, dalle ore 24:00 del giorno di scadenza della rata a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro 60 giorni dalla data di scadenza della rata e venga comunicata alla Società;
- per le appendici che comportino un pagamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del titolo, a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro il 60° giorno dal ricevimento del documento emesso dalla Compagnia e venga comunicata alla Società;
- per le appendici a premio zero, dalle ore 24:00 del giorno di comunicazione del Contraente al Broker o alla Società.

Se il Contraente/Assicurato non paga entro i termini e con le modalità suddette, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno della disposizione relativa al pagamento, sempreché ne venga data tempestiva comunicazione alla Società.
Effettuato il pagamento, la garanzia verrà ripristinata senza soluzione di continuità anche relativamente al periodo in cui questa è stata sospesa, con esclusione dei sinistri accaduti nel periodo di scopertura, a condizione che gli stessi siano già conosciuti e denunciati dal Contraente/Assicurato.

Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio ed i sinistri dai medesimi sofferti; pertanto, la presente copertura assicurativa è pienamente operante indipendentemente dalla presenza o meno delle eventuali suddette polizze. Permane, invece, l'obbligo per il Contraente di denunciare le eventuali altre assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza.
L'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli Assicurati o da altri per la copertura degli stessi rischi, non pregiudica il alcun modo le presenti garanzie e pertanto il pagamento delle relative indennità verrà fatto in ogni caso nella misura dovuta ai sensi di polizza.

Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione

Il presente *contratto assicurativo* ha la durata e la rateizzazione indicate in frontespizio.
Alla scadenza, previa verifica della congruità delle condizioni, è facoltà del Contraente procedere al riaffidamento per una ulteriore annualità.
In ogni caso, è facoltà del Contraente, nelle more del perfezionamento delle ordinarie procedure ad evidenza pubblica per il rinnovo del contratto, richiedere una proroga tecnica dello stesso contratto per il periodo massimo di 6 (sei) mesi, agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per il Contraente.
In tali casi (riaffidamento e/o proroga tecnica) l'Aggiudicatario è espressamente tenuto ed obbligato a garantire copertura assicurativa a semplice richiesta scritta della Federazione.
Alla scadenza definitiva, i contratti si intenderanno cessati senza obbligo di ulteriori comunicazioni.

Al Contraente competerà comunque il pagamento di eventuali regolazioni maturate sino alla definitiva scadenza delle polizze e dell'eventuale riaffidamento / proroga.
L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente Polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti in relazione al pagamento della prima rata.

Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro

La Società ed il Contraente possono recedere dal presente contratto dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 90 giorni. In tale evenienza tutte le garanzie rimarranno operanti per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso e la Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.
Nel caso in cui le parti si siano avvalse della disdetta di cui all'Art. 2.6 – "Cessazione anticipata del contratto", la facoltà concessa dal presente articolo non è operante.
Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso, da parte della *Società*, è subordinato al contestuale invio del "Report *sinistri*" di cui al successivo articolo 4.3. – "Informazioni sui sinistri".

Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto

La Società ed il Contraente possono recedere anticipatamente dal presente contratto al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del Contraente di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino a un massimo di sei mesi. In tal caso, la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro rata temporis rispetto al premio annuale in corso.
Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso, da parte della *Società*, è subordinato al contestuale invio del "Report sinistri" di cui al successivo articolo 4.3. – "Informazioni sui sinistri".

Art. 2.7 – Regolazione del premio (ove convenuta)

Qualora il premio viene convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.
A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati richiesti in base ai quali si procederà ad effettuare la regolazione di premio.
Se il contraente/assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, la società deve fissare un ulteriore termine non inferiore a giorni 30, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione; la garanzia resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui il contraente/assicurato non abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo restando il diritto della Società ad agire giudizialmente.
In deroga a quanto sopra indicato, si conviene che nessuna regolazione è dovuta dal Contraente nella eventualità che gli elementi presi come base per il conteggio del premio non superino il 5% dell'importo presunto iniziale dichiarato. La regolazione è dovuta solo per l'importo che eccede tale soglia di esenzione.
Il premio esposto in polizza deve intendersi quale premio minimo.
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari. Ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio competente e non percepita. Tuttavia l'eventuale pagamento dei sinistri di competenza del periodo a cui si riferiscono le indicazioni inesatte o incomplete, sarà automaticamente sospeso fino a quando non sia ripristinata la regolarità amministrativa degli adempimenti suddetti.

Art. 2.8 – Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi, e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, agli indennizzi alle polizze ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento è stato anticipato dalla Società.

Art. 2.9 - Partecipazione in coassicurazione

In caso di coassicurazione l'Assicurazione è ripartita per quote tra gli Assicuratori indicati nel riparto allegato e la Società

delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dal presente contratto, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto e/o di diritto, dai rapporti che possono interessare gli Assicuratori presso le quali il rischio è stato assicurato o ripartito.
La Società delegataria, pertanto, è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare al Contraente/Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo, ferma la responsabilità solidale tra assicuratori, in deroga al Art. 1911 C.C.
Con la sottoscrizione della presente polizza le coassicuratrici danno mandato alla Società delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione nonché quelli relativi alla rappresentanza processuale, compiuti dalla Società delegataria in ragione e/o a causa della presente polizza.
In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, all'incasso dei premi di polizza, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Art. 2.9 bis – Partecipazione in RTI

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese (RTI), costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente.

Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto devono essere indirizzate alla Direzione per l'Italia della Società oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.
Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte, per essere valide, per iscritto anche a mezzo utilizzo del telefax.

Art. 2.11 – Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge le parti contraenti riconoscono alla Società Consulbrokers Spa, Roma, Via Reno n. 30, iscrizione R.U.I. n. B000104507 (denominata anche e più brevemente "Broker"), il ruolo di cui al D. Lgs 209/2005 (ex legge 792/84) per quanto concerne la predisposizione del Capitolato speciale di appalto e l'assistenza e consulenza nelle fasi di gara. Il Broker fornirà inoltre, se richiesto dalla FNOMCeO e previa opportuna comunicazione alla Società aggiudicataria del presente contratto, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutto il tempo residuo della polizza, sino alla scadenza, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni dello stesso contratto assicurativo.
L'opera del Broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato nazionale ed internazionale, confermati dalla giurisprudenza, esclusivamente dall'aggiudicatario con il quale verrà stipulato il contratto, sotto forma di una parte dell'unitaria provvigione predestinata dalle Direzioni alle proprie reti di vendita, secondo la aliquota percentuale del 12%, da calcolarsi sul premio imponibile. La remunerazione del Broker non rappresenta un costo aggiuntivo per la Contraente e andrà dagli Assicuratori assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio per gli oneri di distribuzione e produzione, predeterminata a monte dalle Direzioni Generali.

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente polizza, si conviene espressamente che ogni comunicazione se fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia e alle coassicuratrici, fermo restando quanto previsto al precedente art. 2.2 per quanto attiene alla copertura assicurativa / pagamento del premio, come pure ogni eventuale comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia, nel nome e per conto dell'Assicurato, si intenderà fatta dall'Assicurato stesso, con esclusione della comunicazione di disdetta e/o recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dal Contraente alla Società Assicuratrice e viceversa, con lettera raccomandata A.R. o PEC.

Art. 2.12 – Legittimazione

Si prende atto che la presente Polizza viene stipulata dall'Ente Contraente a favore degli Assicurati.
Il Contraente che stipula l'Assicurazione adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, ed esercita conseguentemente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli Assicurati che s'intende espressamente acquisito e prestato in sede di promozione e stipula del presente contratto anche se qui non formalmente riprodotto e rappresentato.

Art. 2.13 - Beneficiari

La Società dà e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli Assicurati si intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati stessi ed allegata agli atti che formano parte integrante del contratto.

Art. 2.14 - Sanzioni Internazionali

La Compagnia non è tenuta a fornire copertura e a indennizzare alcuna richiesta di risarcimento o a pagare alcunché in virtù del presente contratto qualora essa, la sua capogruppo o la sua controllante, nel far ciò, incorrano nel pagamento di qualsivoglia sanzione, proibizione o restrizione prevista da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti dell'Unione Europea o degli Stati Uniti d'America

Art. 2.15 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni dattiloscritte, valgono unicamente le norme del Codice Civile. Si intendono pertanto abrogate tutte le condizioni di assicurazione eventualmente riportate a stampa.
Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede dell'Assicurato.

Art. 2.16 – Trattamento dati

Ai sensi del D. Lgs. 30giugno 2003 n. 196, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 2.17 – Tracciabilità flussi finanziari

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 recante "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" la Compagnia aggiudicataria, pena la nullità assoluta del presente contratto, assume, per sé e per i subcontraenti o subappaltatori, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla suddetta legge.

Art. 2.18 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 2.19 – Disciplina dell'appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione della presente polizza, ancorché non allegati.

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente.
E' considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.
Si intendono assicurati gli infortuni (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

a) derivanti dall'uso o guida di tutti i veicoli a motore e non, natanti, prototipi, compresa la salita e la discesa dagli stessi;
b) derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi a parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile;
c) derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, eventi socio-politici, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
d) derivanti da atti compiuti per dovere di solidarietà umana;
e) derivanti da partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
f) causati da calamità e forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, inondazioni, frane, allagamenti, neve, grandine, smottamenti, valanghe, slavine;
g) sofferti in stato di malore, vertigini e incoscienza o conseguenti a colpi di sonno;
h) derivanti da, colpi di sole o di calore o di freddo e altre influenze termiche ed atmosferiche;
i) derivanti dalla partecipazione in qualità di passeggero a viaggi su aeromobili o elicotteri in servizio pubblico di linea, o a voli charter e straordinari effettuati, sempre come passeggero, su veivoli eserciti da società di traffico aereo regolarmente abilitate;

Sono comunque equiparati ad infortunio :

j) l'asfissia non di origine morbosa, soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
k) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze, anche aventi origine traumatica;
l) contatto con acidi o corrosivi;
m) le affezioni, le infezioni (comprese quelle tetaniche), alterazioni patologiche conseguenti a morsi, ustioni, punture di animali in genere, contatto con piante e/o vegetali in genere;
n) l'annegamento;
o) l'assideramento ed il congelamento;
p) la folgorazione e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
q) le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico; le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari (vedi anche Art. 3.2.12);
r) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
s) le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.
t) morte presunta.

Art. 3.2 – Estensioni di garanzia

3.2.1 - Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 7.500,00, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato.

3.2.2 - Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 7.500,00, delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

3.2.3 - 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, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 7.500.00.

3.2.4 - Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente o di riduzione dell'efficienza

estetica, 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 entro il limite di € 10.000,00 per evento.

3.2.5 - Esposizione agli elementi

La Società in occasione di arenamento, incaglio, naufragio, sommersione, atterraggio e ammarraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita d'orientamento) l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

3.2.6 - Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'uso - ma soltanto in qualità di passeggero – di aeromobili; esclusi i viaggi effettuati su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili) nonché su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico o passeggeri; o su aeromobili di aeroclub.

Si intende compreso in garanzia anche il rischio volo in relazione allo svolgimento delle mansioni di addetto al servizio di emergenza territoriale 118 ed altre simili attività.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i seguenti importi:

per persona:
- euro 1.200.000,00 per il caso morte
- euro 1.200.000,00 per il caso invalidità permanente

per aeromobile:
- euro 25.000.000,00 per il caso morte
- euro 25.000.000,00 per il caso invalidità permanente.

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.
Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

3.2.6 - Servizio sostitutivo militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare sostitutivo ed i richiami per esercitazione, l'assicurazione resta valida ma con l'esclusione degli infortuni derivati dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi.
L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale o altre forme previste dalla legge in materia.

3.2.7 - Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'articolo 3.3 - "Delimitazione della garanzia - Esclusioni", la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), 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.

3.2.8 - Raddoppio in caso di morte di Assicurato genitore

A seguito di morte di un assicurato conseguente ad evento garantito con la presente polizza, l'indennità per il caso morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, si intenderà aumentata del 100%. Ai figli minorenni vengono equiparati i figli maggiorenni che siano portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

3.2.9 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa alle malattie riconosciute come professionali e/o contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente.
L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente

supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia**.**

3.2.10 - Responsabilità del contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità. L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.

3.2.11 - Commorienza

Qualora lo stesso evento provochi la morte, oltre che dell'Assicurato, anche del coniuge e risultino beneficiari dell'Assicurazione figli di minore età o comunque studenti in regolare corso del piano di studi, l'indennizzo ad essi spettante si intende aumentato del 50%. Il maggiore esborso a carico della Società per effetto della presente estensione di garanzia non potrà comunque superare € 100.000,00.

3.2.12 - Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione, si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 4.2. – "Controversie".

3.2.13 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggior indennizzo non potrà, in ogni caso, superare l'importo di € 50.000,00.

3.2.14 - Clausola Dirigenti

Relativamente alla categoria dei Dirigenti, si conviene quanto segue:

- l'assicurazione viene estese anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro;
- per i casi di invalidità permanente, conseguenti ad infortunio o malattia professionale, di grado non inferiore al 50%, verrà corrisposto un indennizzo del 100%. Contestualmente al pagamento dell'indennità, la polizza cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato al quale è stata erogata la prestazione, nonostante lo stesso sia in grado di proseguire il rapporto di lavoro;
- qualora, in conseguenza di una malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso dell'invalidità permanente, verrà liquidata al 100%.

Per la sola categoria Dirigenti, l'Assicurazione è estesa alle affezioni critiche di seguito indicate:
1. Tumori principali
2. Attacco cardiaco
3. Ictus

La società liquiderà un importo forfettario di € 5.000,00 in seguito alla prima diagnosi di affezioni critica.
L'indennizzo è erogabile una sola volta durante la vigenza di polizza e la copertura cessa automaticamente per l'Assicurato che ha percepito l'indennizzo stesso a prescindere dal numero delle affezioni critiche riferibili alla persona assicurata.
Gli indennizzo sono soggetti ad un periodo di carenza pari a 90 gg dalla data di effetto della polizza e alla sopravvivenza dell'assicurato per almeno 15 gg dalla data della diagnosi.

Esclusioni:

La presente garanzia non si considera operante ad un evento che sia causato direttamente o indirettamente , interamente o in parte da qualsiasi delle seguenti evenienze:

- Suicidio tentato o consumato; atto di autolesionismo
- Sindrome di immunodeficienza acquisita AIDS, complesso AIDS correlato o qualsiasi infezione provocata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV)
- Anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette di una delle affezioni critiche oggetto di garanzia;
- Mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza di parere professionale fornito da un medico specialista abilitato
- Qualsiasi condizione preesistente;
- Dall'uso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni

Termini per la denuncia del sinistro:

La comunicazione scritta di richiesta di risarcimento deve essere inviata alla società entro 60 gg dalla diagnosi di una malattia o patologia assicurata con la presente garanzia. La prova dell'insorgenza della di qualsiasi malattia o patologia assicurata deve essere provata dalla compresenza dei seguenti elementi:

a) evidenza medica fornita da medici abilitati in possesso di adeguata specializzazione
b) opportuni accertamenti, inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio.

La prova di una malattia o patologia assicurata deve essere fornita alla Società durante la vita dell'Assicurato ed entro i 6 mesi successivi alla diagnosi di tale malattia o patologia.

3.2.15 - Clausola Quadri

Relativamente alla categoria dei quadri, si conviene quanto segue:

- L'Assicurazione può essere prestata in forma completa o integrativa INAIL. Se l'Assicurazione è prestata nella forma integrativa INAIL, in caso di infortunio o malattia professionale riconosciuti dall'INAIL, l'eventuale importo della capitalizzazione della rendita annua liquidata verrà detratto dall'indennizzo spettante ai sensi di polizza;
- per i casi di invalidità permanente, conseguenti ad infortunio o malattia professionale, di grado non inferiore al 70%, verrà corrisposto un indennizzo del 100%. Contestualmente al pagamento dell'indennità, la polizza cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato al quale è stata erogata la prestazione, nonostante lo stesso sia in grado di proseguire il rapporto di lavoro.

Art. 3.3 – Delimitazione della garanzia - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove nonché a partecipazione di regate a vela fuori dal Mare Mediterraneo;
b) dalla guida di: macchine agricole e operatrici; di natanti a motore per uso non privato ; di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
c) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme arti marziali in genere, alpinismo oltre il 3° grado, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, guidoslitta, hockey, skeleton, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
d) dalla partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
e) da ubriachezza alla guida di mezzi da locomozione, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
g) da guerra, insurrezioni, limitatamente al territorio della Repubblica Italiana, della Città Del Vaticano e della Repubblica di San Marino
h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;

Art. 3.4 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, AIDS e sindromi correlate, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici e/o paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, laddove una o più delle malattie sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

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

Art. 3.5 - Limiti territoriali

l'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.6 – Determinazione del danno - Criteri di indennizzo

L'assicurazione prevede l'indennizzo dei seguenti casi:

3.6.1 - Morte

La Società liquida la somma assicurata ai beneficiari se l'assicurato, in conseguenza di infortunio muore entro due anni dal giorno stesso dell'infortunio. L'indennizzo non è cumulabile con quello di 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, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

3.6.2 - Morte Presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli art. 60 e 62 del Codice Civile.
Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.
A restituzione avvenuta da parte dell'Assicurato dell'intera somma liquidata, l'Assicurato stesso avrà così diritto all'indennizzo spettante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

3.6.3 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con DPR 1124/65, con rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista.
Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.
La Società corrisponde l'indennizzo 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 aver 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.
In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dal contratto per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Qualora l'invalidità sia totale o di grado superiore al 50% verrà liquidato l'intero massimale.
Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

3.6.4 - Spese di cura

In caso di infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o un'invalidità permanente, la Società, rimborsa all'assicurato, **– sempreché previste alla Sezione 5 della presente polizza -** fino alla concorrenza del massimale indicato alla Sezione 5 valido per anno assicurativo, le spese sostenute per:

a) rette di degenza in istituti di cura pubblici o privati, onorari dei medici, chirurghi, assistenti, anestesisti, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, accertamenti diagnostici, medicinali;
b) visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici, spese farmaceutiche, spese fisioterapiche e riabilitative in generale. In caso di ricovero anche le spese sostenute nei 60 giorni antecedenti il ricovero e quelle sostenute nei 120

giorni successivi alla dimissione;

c) per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
d) di trasporto all'Istituto di Cura o posto di Pronto Soccorso o da un Istituto di Cura all'altro o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato;
e) per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, con il limite per dente di Euro 500,00 e di Euro 1.000,00 relativamente alle spese sostenute per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie, per la perdita totale di un dente (avulsione) verrà corrisposto l'1% della invalidità permanente.

Il rimborso viene effettuato a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale.
Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.
Qualora l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative sociali la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

3.6.5 - Diaria per Inabilità Temporanea, Ricovero, Gessatura

Qualora sia provato che l'infortunio, indennizzabile ai termini della presente polizza ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società, con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, – **sempreché prevista alla Sezione 5 della presente polizza** - liquida **l'indennità giornaliera**:

- integralmente, in caso di ricovero o di applicazione di gessatura, nonché per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni professionali;
- nella misura del al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali.

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, dedotto il numero di giorni eventualmente in franchigia. L'indennizzo è dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in istituto di cura o applicazione della gessatura, fermo restando che la liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarnigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo rinnovo di certificati medici.

- L'indennità viene corrisposta, in caso di inabilità temporanea, per il periodo massimo previsto di 360 giorni.
- L'indennità viene corrisposta, in caso di ricovero, per il periodo massimo previsto di 360 giorni.
- L'indennità viene corrisposta, in caso di gessatura, per il periodo massimo previsto di 45 giorni.

Le diarie relative ad un medesimo periodo giornaliero non sono cumulabili tra loro, tuttavia in caso di indennizzabilità di più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella di importo maggiore.
Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio venga ricoverato in un reparto di rianimazione o di cura intensiva, solo per il periodo di permanenza in detti reparti, la diaria giornaliera prevista in polizza viene incrementata del 50%.

Art. 3.7 - Rinuncia alla rivalsa

La società dichiara di rinunciare a favore del Contraente all'azione di surroga prevista dall'art. 1916 del codice civile.

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

Art. 4.1 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

In caso di sinistro l'Ufficio competente del Contraente dovrà farne denuncia alla Società, nei modi previsti, entro 30 giorni da quando ne ha avuto notizia dall'Assicurato.
Nella denuncia, sottoscritta anche dall'assicurato per la parte di propria competenza, dovranno essere specificati :

- generalità dell'infortunato e la sua qualifica nei confronti del Contraente;
- luogo, giorno ed ora dell'evento;
- cause che concorsero alla sua determinazione;
- nominativi di eventuali testimoni o, comunque, indicazioni che consentano una idonea descrizione dell'accaduto;
- generalità degli eventuali trasportati e la loro qualifica nei confronti del Contraente;

In ogni caso dovrà essere inviata certificazione medica, non appena disponibile.
Quando l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa sia intervenuta durante il periodo di cura, deve essere dato tempestivo avviso alla Società. In ogni caso, spettando al danneggiato o ai suoi aventi diritto, l'onere della prova, si intende che, in ordine all'ottenimento dell'indennizzo, dovrà essere loro cura provvedere in modo da consentire un completo accertamento del danno. La Società:

- si impegna a dare comunicazione al Contraente dell'avvenuta definizione o a fornire le eventuali motivazioni del rifiuto;
- dichiara di accettare, come riferimento probatorio, la documentazione contabile e/o gli altri atti o scritture che lo stesso Contraente sarà ragionevolmente in grado di esibire.

Art. 4.2 - Controversie

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo, le parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominato uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.
Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituti di medicina legale, più vicini alla sede del Contraente. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
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. 4.3 – Informazioni sui sinistri

La Società: ✓entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa; ✓entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto (con successivi aggiornamenti bimensili); ✓in caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso; ✓oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati,
si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere preferibilmente fornito in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente editabile e dovrà riportare, per ciascun sinistro:

- data dell'apertura di sinistro;
- data e luogo di accadimento;
- estremi identificativi del reclamante;
- tipo di evento;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli pertinenti di seguito indicati:
  a) sinistro senza seguito e relative motivazioni;
  b) sinistro liquidato, in data __ per l'importo di € __ (precisare: al netto/lordo della franchigia di € _;
  c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € __ (precisare: al netto/lordo della franchigia di € __.
  d) se è radicato o meno il contenzioso legale.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società;
- rappresentano una condizione essenziale per la validità della risoluzione anticipata.

SEZIONE 5 – MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 5.1 – Categorie e somme assicurate (pro-capite)

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 massimali specificamente indicati.

- **Categoria A) – B) – C) – D) – E) Rischio Carica e rischio in itinere**

L'Assicurazione è efficace per i danni subiti dagli Assicurati in conseguenza diretta ed esclusiva: di **infortuni occorsi durante lo svolgimento delle funzioni cui sono destinati dal proprio Ordine**. Sono compresi gli infortuni occorsi durante i trasferimenti e missioni parchè risultino da mandato ricavabile dai verbali, registrazioni o lettere di incarico. La garanzia opera anche per infortuni che avvengano durante il tragitto da casa o luogo di lavoro o dalla sede ove si svolge la riunione e viceversa nel tempo necessario a compiere il percorso che potrà essere effettuato con qualsiasi mezzo.

- **Categoria F) – Rischio professionale e rischio in itinere**

L'Assicurazione è efficace per i danni subiti dagli Assicurati in conseguenza diretta ed esclusiva: di **infortuni occorsi durante lo svolgimento della propria attività professionale**. Sono compresi gli infortuni subiti in itinere.

Categoria	N° assicurati	Garanzie		Somma assicurata procapite
		Rischio Carica Rischio prof.le	*Rischi coperti*	
A) ORDINI PROVINCIALI: Presidente; Vice presidente; Segretario; Tesoriere	530	**Rischio carica + rischio in itinere**	Caso Morte	€ 200.000,00
			Caso Inv.tà Permanente	€ 200.000,00
B) ORDINI PROVINCIALI: Consiglieri; Iscritti Albo Medici - Iscritti Albo Odontoiatri - Revisori dei conti	1.847		Caso Morte	€ 200.000,00
			Caso Inv.tà Permanente	€ 200.000,00
C) FNOMCeO: Presidente; Vice Presidente; Segretario Tesoriere; Presidente CAO	5		Caso Morte	€ 500.000,00
			Caso Inv.tà Permanente	€ 500.000,00
			Rimborso spese cura	€ 15.000,00
			Diaria	€ 200,00 (max 360 gg)
D) FNOMCeO: Membri Comitato centrale; Iscritti Albo medici; Iscritti Albo Odontoiatri; Revisori dei Conti	128		Caso Morte	€ 500.000,00
			Caso Inv.tà Permanente	€ 500.000,00
			Rimborso spese cura	€ 15.000,00
			Diaria per ricovero	€ 200,00 (max 360 gg)
E) FNOMCeO: Convocati / partecipanti alle riunioni istituzionali	1.440 giornate x uomo [(1)]		Caso Morte	€ 500.000,00
			Caso Inv.tà Permanente	€ 500.000,00
			Rimborso spese cura	€ 15.000,00
			Diaria	€ 200,00 (max 360 gg)
F) FNOMCeO: Direttore Generale Dipendenti	1+ 40	**Rischio prof.le + rischio in itinere**	Caso Morte	€ 200.000,00
			Caso Inv.tà Permanente	€ 200.000,00

[(1)] **n. 120 riunioni /anno – partecipanti in media n. 12. Quindi 120 X 12 = 1.440**

Art. 5.2 – Calcolo del premio

Il premio anticipato dalla Contraente viene esposto analiticamente nella allegata scheda di offerta e qui di seguito riportato in sintesi:

Premio annuo imponibile	Imposte	Premio annuo finito
omissis	omissis	omissis

Rimane convenuto tra le parti che la regolazione premio da effettuarsi a norma dell'art. 2.7, Sezione 2 della presente

polizza, verrà calcolato sulla base dei tassi imponibili offerti in sede di offerta.
L'eventuale revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza viene regolata ai sensi dell'art. 106 del D. Lgsvo 50/2016, laddove ricorrano elementi idonei a giustificarne una loro variazione.

Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., il riparto viene esposto nella allegata scheda di offerta, fermo restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.
La Compagnia delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti connessi anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe, recesso, atti giudiziari,

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.
Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate; per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 5.4 – Disposizione finale

Resta convenuto che si intendono operanti solo le norme elencate e descritte nella presente *polizza* nelle Sezioni dalla n. 1 alla n. 5 comprese, unitamente alle eventuali varianti contenute nelle schede di offerta presentate in sede di gara, che, allegate al presente contratto, ne formano parte integrante e sostanziale.
La firma, eventualmente apposta dal *Contraente* su moduli a stampa forniti dalla *Società*, vale solo quale presa d'atto del *premio* e della ripartizione del rischio tra le *Società* partecipanti alla coassicurazione.
Il presente *Capitolato*, modificato secondo le varianti presentate ed accettate in sede di gara, completato con le indicazioni di prezzo, decorrenza e scadenza, assume a tutti gli effetti la validità di contratto.

Il Contraente **La Società**

Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., la Società ed il Contraente dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

- **2.2 Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio**
- **2.3 Assicurazione presso diversi assicuratori**
- **2.4 Durata dell'assicurazione**
- **2.5 Facoltà di recesso in caso di sinistro**
- **2.6 Cessazione anticipata del contratto**
- **2.9 Partecipazione in coassicurazione**
- **2.9.bis Partecipazione in RTI**
- **2.10 Forma delle comunicazioni**
- **2.11 Clausola broker**
- **2.12 legittimazione**
- **2.15 Rinvio alle norme di legge - Foro competente**
- **2.18 Interpretazione del contratto**
- **2.19 Disciplina dell'appalto**
- **3.2 Estensioni di garanzia**
- **3.6 Determinazione del danno – Criteri di indennizzo**
- **3.7 Rinuncia alla rivalsa**
- **4.1 Denuncia dell'infortunio – Obblighi relativi**
- **4.2 Controversie**
- **4.3 Informazione sui sinistri**
- **5.3 Riparto di coassicurazione**
- **5.4 Disposizione finale**

Il Contraente **La Società**