

# POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

STIPULATA TRA

Contraente	
Indirizzo	
C.F.	

E

COMPAGNIA

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	30/06/2026
Alle ore 24.00 del:	30/06/2029

	INDICE	PAGINA
1	SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE ATTIVITÀ'	4
1.1	DEFINIZIONI	4
1.2	ATTIVITÀ' ASSICURATA E DESCRIZIONE DEL RISCHIO	6
1.3	IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI – INSERIMENTO NUOVE CATEGORIE – ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ E INFERMITÀ FISICHE	6
2	SEZIONE 2 – CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA	7
2.1	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO – VARIAZIONI SUCCESSIVE ALL'AGGIUDICAZIONE DEL CONTRATTO	7
2.2	ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	7
2.3	DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGHE E RINNOVI	7
2.4	PAGAMENTO DEL PREMIO	8
2.5	REGOLAZIONE PREMIO	8
2.6	CLAUSOLA BROKER	9
2.7	TRACCIABILITÀ' DEI FLUSSI	10
2.8	COASSICURAZIONE E DELEGA	10
2.9	REVISIONE DEL PREZZO	11
2.10	RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO	11
2.11	RECESSO ANNUALE	11
2.12	PROVA DEL CONTRATTO E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	11
2.13	VALIDITÀ' TERRITORIALE	11
2.14	TRATTAMENTO DEI DATI	11
2.15	ONERI FISCALI	12
2.16	FORMA DELLE COMUNICAZIONI	12
2.17	INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO	12
2.18	ISPEZIONI E VERIFICHE DELLA SOCIETÀ	12
2.19	TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DELLA POLIZZA	12
2.20	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	12
2.21	MISURE RESTRITTIVE (SANCTIONS LIMITATIONS EXCLUSION CLAUSE) – TERRITORIALITÀ	13
2.22	FORO COMPETENTE	13
3	CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA	14
3.1	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DELLA POLIZZA INFORTUNI	14
3.2	GARANZIE SEMPRE OPERANTI	15
3.3	GARANZIE OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA CATEGORIA ASSICURATA	16
3.4	ESCLUSIONI	19
3.5	PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI	20
3.6	LIMITE DI INDENNIZZO PER SINISTRI CATASTROFALI	20
4	GESTIONE SINISTRI	21
4.1	OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRI	21
4.2	CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	21
4.3	CONTROVERSIE	23
4.4	LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ	24
4.5	ANTICIPO INDENNIZZI	24
4.6	RINUNCIA ALL'AZIONE DI SURROGA	24
5	MASSIMALI, SOTTOLIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI	25
5.1	CATEGORIE ASSICURATE, GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI	25
5.2	CALCOLO DEL PREMIO E MODALITÀ DI APPLICAZIONE DELLA REGOLAZIONE	30
5.3	RIPARTO DI COASSICURAZIONE	31
5.4	DISPOSIZIONE FINALE	31

## SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE ATTIVITÀ'

### 1.1. DEFINIZIONI

Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione
Assicurato:	la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso
Società:	l'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici
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
Broker:	Wide Group S.r.l. incaricato per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario iscritto al RUI n. B000548946
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico
Franchigia	La parte di danno fissa che resta a carico dell'Assicurato, anche se anticipata dalla Società.
Franchigia assoluta	La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto esclusivamente per la parte eccedente, decurtando dall'indennizzo quanto ricompreso nella franchigia.
Franchigia relativa	La soglia di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità al di sotto della quale il sinistro non viene indennizzato. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto per l'intero senza deduzione di alcuna franchigia

Massimale	La massima esposizione della Società
Indennizzo	La somma dovuta dalla società in caso di sinistro
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Invalidità Permanente	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato conseguente ad infortunio
Morte	Il decesso, compreso lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio;
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Istituto di Cura	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento
Rischio in itinere	Tragitto dal luogo di residenza o domicilio al luogo di lavoro, e viceversa, effettuato con qualsiasi mezzo.
Retribuzioni	L'ammontare delle retribuzioni lorde, erogate a tutto il personale dipendente assicurato presso l'INAIL e quello non INAIL, nonché i corrispettivi pagati al personale non dipendente (agenzie di somministrazione lavoro regolarmente autorizzate, al netto dell'IVA, prestatori di lavoro in forma di collaborazione coordinata e continuativa, stagisti), al netto delle ritenute per oneri previdenziali a carico dell'assicurato, risultanti dai libri paga e contabili, compresi gli Amministratori.

## 1.2 DESCRIZIONE ATTIVITA'

Tra le attività della Contraente sono comprese quelle istituzionali oltre che accessorie, complementari o comunque svolte di fatto con ogni mezzo ritenuto utile o necessario.

**Si precisa che la presente polizza Master viene declinata sulla base delle indicazioni afferenti ad ogni Ente e al relativo personale che può utilizzare i veicoli dell'Unione.**

## 1.3 IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI– INSERIMENTO NUOVE CATEGORIE– ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ E INFERMITÀ FISICHE

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie elencate alla Sez.5 Art.5.1, per le quali il Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività del Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Nel caso in cui venga concordata e attivata, in corso di contratto, una nuova categoria (originariamente non prevista alla Sezione 5 Art. 1), il rischio si intenderà coperto dalle ore 24.00 della data della comunicazione di richiesta di attivazione (alle condizioni concordate) inoltrata dal Contraente e/o dal Broker o dalle ore 24.00 della data indicata nella richiesta se posteriore a quella di inoltro.

La Società emetterà, entro 30 giorni dalla data di decorrenza del nuovo rischio, appendice attestante l'attivazione della categoria menzionata e il rateo di premio verrà versato nei termini previsti dalla Sezione 2 art. 2.4 "Pagamento del premio".

Nel caso di attivazione in corso d'anno di nuove categorie da mantenere per l'annualità successiva, il Contraente, dovrà comunicare, almeno 30 giorni prima della scadenza di rata, il dato preventivo da utilizzare per l'aggiornamento del conteggio del premio anticipato per l'annualità successiva.

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

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

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.

## **SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA**

### **2.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO – VARIAZIONI SUCCESSIVE ALL'AGGIUDICAZIONE DEL CONTRATTO**

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte della Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva.

Il Contraente/Assicurato deve comunicare alla Società ogni variazione del rischio ossia 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, tali che se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe assunto il rischio o l'avrebbe assunto per un premio più elevato.

Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, nonché derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio.

Devono essere comunicate alla Società, le variazioni che riguardano circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente/Assicurato in grado di determinare un aggravamento di rischio rilevante per le quali la Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

### **2.2 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI**

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

### **2.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGHE E RINNOVI**

L'Assicurazione è stipulata per la durata di 36 mesi dalla decorrenza del 30/06/2026, non è soggetta a tacito rinnovo e alla sua naturale scadenza sarà priva di effetto.

E' facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga temporanea finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione; tale facoltà può essere esercitata per un periodo massimo di 6 mesi.

La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

### **2.4 PAGAMENTO DEL PREMIO**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché la prima rata di premio venga pagata entro i 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza. I premi devono essere pagati alla Società delegataria per il tramite del Broker incaricato.

Le eventuali appendici emesse a variazione del contratto comportanti un incasso del premio potranno essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione, da parte della Contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società, compresa l'eventuale proroga di cui al precedente articolo.

Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

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

Si precisa che se dai controlli effettuati dal Contraente, in ottemperanza del D.M. del Mef n. 40 del 18.01.2008 risultasse un inadempimento a carico della Società assicuratrice (e delle coassicuratrici) la stessa si impegna a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'Art.3 del D.M. precedentemente richiamato.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente della Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

### **2.5 REGOLAZIONE PREMIO**

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile. Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza alla Sezione 5 CALCOLO DEL PREMIO 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.

In relazione alle variazioni verificatesi relativamente agli enti assicurati durante il periodo assicurativo annuale, le somme assicurate sono soggette ad adeguamento, in aumento o diminuzione, ed il relativo premio, attivo o passivo, sarà dovuto alla fine di ogni periodo assicurativo annuale nella seguente misura: A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di

regolazione emessa dalla Società, e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs 231/2001 e smi.

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

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

## **2.6 CLAUSOLA BROKER**

La gestione della presente polizza è affidata al Broker incaricato Wide Group S.r.l. - n. iscrizione RUI B000548946 ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii.

Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto.

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

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

Si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto da parte del Contraente.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi viene eseguito dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo fax o PEC le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.

I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.

Qualora la società intenda avvalersi per l'amministrazione del contratto di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker.

Il Broker sarà remunerato dagli assicuratori aggiudicatari dell'appalto. Il compenso riconosciuto al Broker, sotto forma di ritenuta sui premi di assicurazione e all'atto del pagamento dei medesimi sarà pari a quanto stabilito nella convenzione tra Ente e Broker ovvero al 11% applicata al premio imponibile; tale remunerazione non potrà mai rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.



## **2.7 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI**

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

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

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

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

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

La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

## **2.8 COASSICURAZIONE E DELEGA (efficace solo in caso di coassicurazione)**

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio e ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. Tuttavia, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1911 del C.C. ogni Società indicata nel riparto è obbligata solidalmente con le altre Società nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società delegataria indicata in esso; in conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la delegataria.

La Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto alla gestione del contratto per loro conto. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Coassicuratrice Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

## **2.9 REVISIONE DEL PREZZO**

Decorsi almeno 12 mesi dall'inizio del contratto, al verificarsi delle ipotesi di aggravamento del rischio previsti dall'art. 2.1 di polizza che comportino variazione in aumento del premio complessivo superiore al cinque per cento, la Società potrà richiedere motivatamente la revisione del corrispettivo originariamente pattuito nella misura dell'ottanta per cento della variazione detratta l'alea del 5 per cento, in relazione alla prestazione principale, ai sensi degli artt. 60 e 120 del D.Lgs. 36/2023.

La variazione potrà essere altresì richiesta dalla Società, secondo le modalità di cui al presente punto, al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, che determinino una variazione, in aumento o in diminuzione, del costo del servizio riferiti alle condizioni contrattuali orarie (retribuzioni del personale) per le attività finanziarie e assicurative, secondo gli indici sintetici elaborati dall'ISTAT.

Il Contraente, entro 30 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse formulando la propria proposta di revisione. In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del contratto.

Qualora sia pattuito un aumento di premio, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione pari all'ottanta per cento dell'incremento del costo del servizio detratta l'alea del 5 per cento, nei termini di cui al presente punto, a decorrere dalla successiva annualità. In caso di mancato accordo, il Contraente e la Società potranno rescindere il contratto al termine della annualità in corso al momento della proposta di revisione. È fatto salvo che in caso di recesso la Società è obbligata a concedere una proroga per un periodo massimo di 90 giorni.

## **2.10 RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO**

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni da darsi con lettera raccomandata o pec (anche al Broker). Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente. In ambedue i casi di recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

La Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

### **OPZIONE MIGLIORATIVA**

Non si applica al presente contratto

## **2.11 RECESSO 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 almeno 120 giorni prima di ogni scadenza annuale.

### **OPZIONE MIGLIORATIVA**

Non si applica al presente contratto

**2.12 PROVA DEL CONTRATTO E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE**

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

**2.13 VALIDITA' TERRITORIALE**

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

L'inabilità temporanea, al di fuori dei Paesi europei, vale unicamente per il periodo di ricovero ospedaliero e dal giorno di rientro in Italia dell'Assicurato.

**2.14 TRATTAMENTO DEI DATI**

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

**2.15 ONERI FISCALI**

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

**2.16 FORMA DELLE COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) posta elettronica certificata o simili indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

**2.17 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione delle condizioni della presente polizza, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza, purché non contrarie a disposizioni di legge.

**2.18 ISPEZIONI E VERIFICHE DELLA SOCIETÀ**

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc.. L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società.

Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benestare dell'Assicurato.

**2.19 TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DELLA POLIZZA**

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli

che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'assicurato. Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'assicurato e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento e alla liquidazione dei danni.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

## **2.20 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

## **2.21 MISURE RESTRITTIVE (SANCTIONS LIMITATIONS EXCLUSION CLAUSE) – TERRITORIALITÀ**

La compagnia può utilizzare la sua clausola necessaria

## **2.22 FORO COMPETENTE**

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

## SEZIONE 3 - CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

### 3.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DELLA POLIZZA INFORTUNI

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione dell'espletamento delle attività e l'assolvimento dei compiti e dei servizi effettuati per conto del Contraente, compreso il rischio in itinere se previsto nella specifica categoria.

Anche in deroga a quanto previsto dagli artt. 1900 e 1912 del C.C. , si conviene di ricomprendere in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze tossiche;
- il contatto con corrosivi o simili;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e le scariche elettriche in generale;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le ustioni in genere;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da atti violenti e aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi e da atti di coraggio;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore in genere e natanti, a condizione che l'Assicurato, se conducente, sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- le conseguenze fisiche derivanti da operazioni chirurgiche, trattamenti, cure mediche rese necessarie da infortunio;
- ernie traumatiche, ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo; relativamente alle ernie addominali si conviene che:
  - qualora l'ernia (anche bilaterale) risulti operabile verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
  - qualora l'ernia (anche bilaterale) non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.
- 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.

### 3.2 GARANZIE SEMPRE OPERANTI

Le garanzie di seguito indicate si intendono operanti anche se non richiamate nella specifica categoria assicurata:

#### **A. Rischio aeronautico**

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

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

- • € 2.000.000,00.= per il caso di morte
- • € 2.000.000,00.= per il caso invalidità permanente
- • € 1.500,00.= per il caso di inabilità temporanea per persona e di:
- • € 5.000.000,00.= per il caso di morte
- • € 5.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- • € 5.000,00.= per il caso di inabilità temporanea complessivamente per aeromobile.

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

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

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

#### **B. Rischio guerra**

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.

#### **C. Servizio militare**

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze del Contraente, durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso 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.

### **3.3 GARANZIE OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA CATEGORIA ASSICURATA**

Le garanzie di seguito indicate si intendono operanti solo se richiamate nella specifica categoria assicurata (Sez. 5 art. 1):

#### **A. Rischio in itinere**

Tragitto dal luogo di residenza o domicilio al luogo di prestazione del servizio o dell'attività e viceversa effettuato con qualsiasi mezzo.

#### **B. Rimborso spese mediche**

La Società garantisce, fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda della Sezione 5, le spese mediche documentate sostenute a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza (anche se sostenute allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio) per:

- accertamenti diagnostici ed esami in genere compresi gli esami di laboratorio;
- applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, compresi i medicinali;
- cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, sangue, plasma;
- spese di ricovero e rette di degenza;
- cure mediche, compresi bagni forni e cure termali, e trattamenti fisioterapici rieducativi ;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi in genere;
- noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- spese farmaceutiche per medicinali prescritti dal medico a seguito dell'infortunio;

#### **C. Rimborso spese rientro sanitario**

La Società garantisce, fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda della Sezione 5, le spese documentate eventualmente sostenute dal Contraente/Assicurato per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, e/o tra Istituti di Cura e/o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-auto-ambulanza. La garanzia è valida anche in caso di infortunio che colpisse l'Assicurato nel corso di una missione o viaggio all'estero disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto, con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal medico curante, in un Istituto di cura/ospedale attrezzato in Italia.

La Società effettua il rimborso a cure ultimate previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa che, se richiesto, dovranno essere inoltrati in originale.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

#### **D. Diaria per inabilità temporanea**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali, l'indennità giornaliera pattuita per ogni giorno di inabilità per il periodo massimo indicato nella categoria assicurata.

L'indennità è corrisposta come segue:

- a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività professionali.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello dovuto per morte e invalidità permanente ma non con quello relativo alle diarie per ricovero o gessatura.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

#### **E. Diaria da ricovero**

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di Cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo per il periodo massimo indicato nella categoria assicurata.

Il giorno di ingresso e di dimissioni viene conteggiato come unico giorno.

Il ricovero in regime di day hospital è indennizzato riducendo del 50% la diaria giornaliera.

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

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte e invalidità permanente ma non con quello relativo alle diarie per gessatura e inabilità temporanea.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

#### **F. Diaria da gessatura**

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza all'Assicurato viene applicato un apparecchio gessato o un presidio immobilizzante equivalente la Società corrisponderà l'indennità giornaliera pattuita per ogni giorno di gessatura, per il periodo massimo indicato nella categoria assicurata.

La giornata di applicazione della gessatura / presidio immobilizzante equivalente e quella di rimozione sono conteggiate unico giorno.

La diaria viene liquidata dopo la rimozione della gessatura e dietro presentazione di copia della documentazione medica completa di indicazione della durata effettiva della gessatura.

L'indennizzo per diaria da gesso è cumulabile con quelli dovuti per morte e invalidità permanente ma non con quello relativo alle diarie da ricovero e inabilità temporanea.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

#### **G. Trasporto/rimpatrio resti mortali**

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il trasporto/rimpatrio dei resti mortali dell'Assicurato dal luogo del decesso fino al luogo di sepoltura, nei casi di decesso a seguito di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio (anche all'estero) disposto dal Contraente, oppure in occasione attività assicurate in polizza quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, gite, viaggi, espletamento di attività fuori sede ecc. per le categorie che prevedono tali opzioni.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.



**H. Danni estetici**

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, 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.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

**I. Malattie tropicali**

Limitatamente al caso di invalidità permanente, l'Assicurazione è estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate.

Per malattie tropicali devono intendersi le seguenti: amebiasi, bilhariosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre ittero-emoglobinurica, meningite cerebro spinale epidermica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniciosa.

L'estensione di garanzia è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Per tale estensione di garanzia non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado non superiore al 20% della invalidità totale.

Se invece l'invalidità permanente supera il 20% tale franchigia si intende annullata e verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente subito.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

**L. Rimborso spese per acquisto di lenti**

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa agli Assicurati le spese sostenute, rese necessarie da danno ovulare che sia conseguenza diretta dell'infortunio (compresi soggetti già portatori) per l'acquisto di lenti (comprese quelle a contatto) e relativa montatura, sino alla concorrenza del limite di indennizzo, a persona, riportato nella categoria assicurata.

**M. Rimborso spese odontoiatriche**

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborserà una protesi dentale, sino alla concorrenza del limite di indennizzo, a persona, sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio.

**3.4 ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata salvo quanto previsto al comma "rischio guerra";
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto al comma rischio aeronautico";
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se assunti a seguito di prescrizione medica;
5. in 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 corse e gare (e relative prove) salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
8. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportino l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura.
9. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio indennizzabile.
10. dalla pratica di alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, speleologia, sport aerei in genere, immersioni con autorespiratore se effettuate oltre la profondità di 30 metri e/o se non in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;

### **3.5 PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI**

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. le persone di età superiore a 80 anni (ottanta 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; l'Assicurazione è operante anche per le persone di età superiore a settantacinque anni fino a ottantacinque anni, per le quali resta convenuto che la garanzia per invalidità permanente deve intendersi prestata con una franchigia assoluta del 5% in deroga a ogni diversa previsione delle norme che regolano l'assicurazione;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo e/o tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

### **3.6 LIMITE DI INDENNIZZO PER SINISTRI CATASTROFALI**

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 10.000.000,00. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

## SEZIONE 4 - GESTIONE SINISTRI

### 4.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La denuncia dell'infortunio dovrà essere indirizzata al Broker o alla Società, entro 15 giorni dalla data dell'infortunio dal momento in cui Il "Servizio competente" ne è venuto a conoscenza o l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e l'ufficio assicurazioni del Contraente ne abbia avuto notizia.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato e dovrà essere corredata di certificato medico.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni e deve inoltrare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, copia dei certificati medici attestanti il decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

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.

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

### 4.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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.

#### **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.

#### **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, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, 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.

### **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 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. Per le voci non previste dalla DPR 1124 e successive modificazioni e integrazioni in vigore fino al 24.7.2000 verrà applicata la tabella prevista dal Dlgs 38/2000 con rinuncia alle franchigie stabilite.

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

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

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

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

- nel caso in cui l'Assicurato muoia per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata, o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà l'importo liquidato od offerto ai beneficiari designati o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi legittimi;
- nel caso in cui l'Assicurato muoia per causa indipendente dall'infortunio senza che l'indennità sia stata liquidata o offerta in misura determinata ma, sulla base della documentazione medica disponibile sia possibile quantificare tale indennizzo, la Società provvederà formulare proposta di indennizzo ai beneficiari designati o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi legittimi.

### **DIARIE**

Qualora sia provato che l'infortunio 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, liquida l'indennità giornaliera - se prevista per la categoria cui appartiene l'Assicurato - integralmente per il caso di ricovero o di applicazione di gessature o tutore immobilizzante e, come previsto nell'apposito comma D art. 3.3, per i casi di inabilità temporanea. L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'assicurato non

trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

Le diarie non sono cumulabili tra loro.

In caso di indennizzabilità per più diarie è data facoltà all'Assicurato di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

### **SPESE MEDICHE**

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di quanto previsto nella categoria assicurata di cui all'art. 1 della Sezione 5, le spese documentate sostenute a seguito di infortunio.

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

### **4.3 - CONTROVERSIE**

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle 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.

### **4.4 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ**

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 60 giorni dalla ricezione dell'accettazione.

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

### **4.5 ANTICIPO INDENNIZZI**

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 90 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

### **4.6 RINUNCIA ALL'AZIONE DI SURROGA**

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

## SEZIONE 5 - CATEGORIE E SOMME ASSICURATE - CALCOLO DEL PREMIO

### 5.1 CATEGORIE ASSICURATE, GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e le somme assicurate specificate della singola categoria.

Salvo espressa indicazione nella rispettiva categoria assicurata, il contratto non prevede l'applicazione di scoperti e franchigie.

#### A - AMMINISTRATORI

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sottoriportati gli infortuni subiti dagli Amministratori, limitatamente all'espletamento di tutte le attività connesse e/o collegate con la carica dichiarata/mandato quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, la partecipazione per conto del Contraente a: riunioni, congressi, convegni, sopralluoghi ecc.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in occasione della salita/discesa dal veicolo nonché, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia. E' compreso il rischio in itinere, sia a piedi che alla guida di qualsiasi mezzo.

Per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento ai documenti tenuti dal Contraente .

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

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€3.000,00 OPZIONE MIGLIORATIVA 5.000,00
Spese rientro sanitario	€1.000,00
Spese trasporto/rimpatrio resti mortali	€1.000,00
Diaria da ricovero	NON OPERANTE OPZIONE MIGLIORATIVA 50 € al giorno per un massimo di 120 gg OPZIONE MIGLIORATIVA 50 € al giorno per un massimo di 180 gg
Diaria da gessatura	
Diaria da inabilità temporanea	
Danni estetici	€3.000,00

Rimborso spese per acquisto lenti	€1.500,00
Rimborso spese odontoiatriche	€1.500,00
Malattie tropicali	sì
Operatività della polizza	Rischio professionale - in itinere
NUMERO PERSONE ASSICURATE	
GARANZIA ATTIVA	SI

**B - CONDUCENTI E TRASPORTATI SU MEZZI ENTE**

Infortuni subiti dai conducenti e dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i veicoli di proprietà o in uso, locazione o comodato all'Ente - compreso a titolo esemplificativo e non limitativo, le biciclette ed i natanti, er l'espletamento di missioni e/o adempimenti di servizio fuori della sede lavorativa autorizzati dal Contraente e/o per l'espletamento del servizio di reperibilità previsto dalla funzione, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli automezzi e in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (Titolo X del D.Lgs. 209/2005).

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi accordi collettivi nazionali gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento ai documenti tenuti dal Contraente

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€3.000,00 <b>OPZIONE MIGLIORATIVA</b> 5.000,00
Spese rientro sanitario	€1.000,00
Spese trasporto/rimpatrio resti mortali	€1.000,00
Diaria da ricovero	
Diaria da gessatura	
Diaria da inabilità temporanea	

Danni estetici	€3.000,00
Rimborso spese per acquisto lenti	€1.500,00
Rimborso spese odontoiatriche	€1.500,00
Malattie tropicali	sì
Operatività della polizza	Rischio professionale - in itinere
NUMERO VEICOLI ASSICURATI	
GARANZIA ATTIVA	SI

### C - CONDUCENTI SU VEICOLI NON DI PROPRIETA' DEL CONTRAENTE

La garanzia deve intendersi prestata, in conformità agli obblighi derivanti al Contraente ai sensi di legge nonché dalle disposizioni organizzative, Delibere e Determine, per garantire il personale per gli infortuni subiti durante lo svolgimento della missione o adempimenti di servizio fuori ufficio, qualora sia autorizzato l'utilizzo di mezzi di trasporto, purché non intestati al PRA a nome del Contraente, quali autoveicoli e motoveicoli, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative. L'assicurazione garantisce anche gli infortuni alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli automezzi e in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (Titolo X del D.Lgs. 209/2005).

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi accordi collettivi nazionali gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento ai documenti tenuti dal Contraente

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€3.000,00 OPZIONE MIGLIORATIVA 5.000,00
Spese rientro sanitario	€1.000,00
Spese trasporto/rimpatrio resti mortali	€1.000,00
Diaria da ricovero	



Diaria da gessatura	
Diaria da inabilità temporanea	
Danni estetici	€3.000,00
Rimborso spese per acquisto lenti	€1.500,00
Rimborso spese odontoiatriche	€1.500,00
Malattie tropicali	sì
Operatività della polizza	Rischio professionale - in itinere
KM ASSICURATI	
GARANZIA ATTIVA	SI

**D - PERSONE DI PUBBLICA UTILITÀ**

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sottoriportati gli infortuni subiti in occasione di o in conseguenza di attività svolte da LPU, assegnate dall'Ente e svolte per conto dello stesso.

A titolo esemplificativo e non limitativo: volontariato, giardinaggio, protezione civile, sorveglianza, controllo, monitoraggio...

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 100.000,00
Caso Invalidità permanente	€ 100.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€3.000,00
Operatività della polizza	Rischio professionale - in itinere
NUMERO ASSICURATI	
GARANZIA ATTIVA	NO (ATTIVABILE)

**E - EVENTI SPORTIVI, RICREATIVI, CULTURALI, LUDICI ORGANIZZATI DALL'AMMINISTRAZIONE**

L'Assicurazione copre, per le garanzie ed i massimali sottoriportati, gli infortuni subiti in occasione di eventi sportivi patrocinati dall'amministrazione. Il numero di persone assicurate sarà comunicato dal contraente in fase di organizzazione dell'evento sulla base del numero preventivato, comunicato alla Compagnia entro 2 giorni dall'inizio dello stesso. La garanzia è valida per eventi patrocinati dall'Ente che si svolgono ovunque, anche al di fuori dei confini comunali. La copertura opera per tutti i partecipanti dell'evento sportivo quali atleti, parenti e familiari degli stessi, organizzatori e dipendenti dell'Ente in servizio all'evento, volontari e chiunque si possa ragionevolmente ricondurre come partecipante all'evento (a titolo esemplificativo e non limitativo: amici degli atleti, insegnanti, scout, sponsor, ogni spettatore in genere...)

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 150.000,00
Caso Invalidità permanente	€ 150.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€5.000,00
Spese rientro sanitario	€1.000,00
Spese trasporto/rimpatrio resti mortali	€1.000,00
Diaria da ricovero	
Diaria da gessatura	
Diaria da inabilità temporanea	
Danni estetici	€3.000,00
Rimborso spese per acquisto lenti	€1.000,00
Rimborso spese odontoiatriche	€1.000,00
Malattie tropicali	sì
Operatività della polizza	Rischio professionale - in itinere
NUMERO ASSICURATI	
GARANZIA ATTIVA	NO (ATTIVABILE)

## 5.2 CALCOLO DEL PREMIO E MODALITÀ DI APPLICAZIONE DELLA REGOLAZIONE

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella tabella "scomposizione del premio" che rappresenta la somma dei premi conteggiati per singola categoria sulla base dei tassi e dei premi contrattualizzati in polizza e riportati nella specifica tabella riepilogativa.

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 ai sensi della Sezione 2 art. 2.4 "Pagamento del premio – operatività della garanzia - regolazione premio" della presente polizza.

Non vi è obbligo per il Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati o altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.5.1 della presente Sezione il conteggio della regolazione del premio verrà effettuato come segue:

A) salvo quanto espressamente derogato, per le categorie assicurate sulla base del numero degli assicurati e/o numero dei veicoli assicurati, in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il n. degli assicurati/veicoli con l'indicazione della rispettiva data di

inclusione/esclusione e il premio verrà regolato sul periodo effettivo di copertura in ragione di 1/360 giorni di presenza.

Limitatamente agli assicurati di cui alla categorie relative a partecipanti ad attività ricreative organizzate dal Comune si conviene che il premio procapite quotato è il premio complessivo per persona/soggiorno. Per tale categoria non verrà conteggiato il rateo di cui al primo capoverso del presente punto A).

Limitatamente agli assicurati di cui alla categoria bimbi asili nido e scuole materne si conviene che il premio procapite quotato è premio per la durata dell'anno scolastico (indipendentemente dall'effettiva frequenza) compresa l'eventuale estensione di attività ai mesi di luglio e agosto se effettuata. Per tale categoria non verrà conteggiato il rateo di cui al primo capoverso del presente punto A).

B) per le categorie assicurate sulla base del numero di giornate presenza o numero di persone e del numero di chilometri in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il numero consuntivo riferito al periodo di riferimento.

#### SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO

CAT	PARAMETRO	PREMIO PER PARAMETRO	PREMIO COMPLESSIVO
A	NUMERO PERSONE		
B	NUMERO VEICOLI		
C	KM ASSICURATI		
D	NUMERO PERSONE		
E	NUMERO PERSONE		

Si precisa che dovrà essere indicato il premio per parametro anche se la categoria non è attiva

#### 5.3 RIPARTO DI COASSICURAZIONE

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

SOCIETA'	AGENZIA	% DI RITENZIONE

#### 5.4 – DISPOSIZIONE FINALE

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

CONTRAENTE

COMPAGNIA

BROKER

---