

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**

La presente Polizza è stipulata tra

PROVINCIA DI RAVENNA
PIAZZA CADUTI PER LA LIBERTA' N. 2
48121 RAVENNA (RA)
CF/P.IVA 00356680397
CIG 89279601AA

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24:00 del:	31/12/2021
Alle ore 24:00 del:	31/12/2026

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24:00 di ogni	31/12
-------------------------------	--------------

SOMMARIO

Art.1 - Definizioni.....	4
Art.2 – Identificazione degli Assicurati	5
Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Variazione del rischio	7
Art.2 – Revisione del prezzo	7
Art.3 – Recesso.....	7
Art.4 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo	7
Art.5 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....	8
Art.6 - Durata dell'assicurazione - proroga - rinnovo- disdetta	8
Art.7 - Pagamento del premio - decorrenza dell'assicurazione	8
Art.8 - Regolazione del premio	9
Art.9 - Recesso a seguito di sinistro	9
Art.10- Modifiche dell'assicurazione	9
Art.11 - Forma delle comunicazioni tra le Parti.....	9
Art. 12 - Oneri fiscali.....	10
Art.13 - Foro competente.....	10
Art. 14 – Interpretazione del contratto.....	10
Art. 15 – Titolarità dei contratti nascenti dal contratto	10
Art.16 – Coassicurazione e delega.....	190
Art.17 – Gestione della polizza - Clausola broker.....	19
Art.17 bis – Gestione della polizza in presenza di Corrispondente/Coverholder	10
Art.18 - Rinvio alle norme di Legge	11
Art. 19- Tracciabilità dei flussi finanziari.....	11
Art.20 - Prevalenza.....	11
Art.21– Tutela della Privacy	11
Art.22– Sanzioni e restrizioni internazionali	11
Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione.....	13
Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio (valida ove richiamata)	14
Art.3 – Diaria di ricovero (valida ove richiamata)	14
Art. 4 – Diaria di gessatura (valida ove richiamata)	14
Art.5 – Diaria per inabilità temporanea (valida ove richiamata)	14
Art.6– Malattie contratte in servizio e per cause di servizio (operante per la categoria volontari)	14
Art.7 – Spese di pronto soccorso e/o trasporto a carattere sanitario	14
Art.8 – Rientro sanitario	14
Art.9 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	15
Art.10 – Danni estetici.....	14
Art.11 – Rischio aeronautico	145
Art.12 – Servizio militare	14
Art.13 – Rischio guerra	14

Art.14 – Responsabilità civile del contraente	14
Art.15 – Ernie e lesioni da sforzo.....	14
Art.16 – Elevazione dell’indennità assicurata in caso di morte da aggressione.....	14
Art.1 – Esclusioni.....	14
Art.2 – Persone escluse dall’assicurazione o non assicurabili	146
Art.1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	17
Art.2 – Criteri di indennizzabilità e liquidazione del sinistro.....	17
Art.3 – Valutazione del danno - Controversie.....	18
Art.4– Liquidazione dell’indennità.....	19
Art.5 – Rinuncia all’azione di surroga	14
Art. 6 – Anticipi indennizzi	17
Art. 7 - Cumulo di indennità.....	19
Art.8 – Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio	14
Art.1 – Limiti di indennizzo e franchigie	21
Art.2 – Categorie, garanzie e capitali assicurati	21
Art.2.1 – Assicurati: Amministratori.....	21
2.2 Assicurati: Infortuni conducenti e trasportati di/su veicolo privato, veicolo di proprietà dell’Ente, di proprietà di terzi e/o nella disponibilità a qualsiasi titolo (ad. es. comodato, locazione, uso esclusivo, ecc.) dell’Ente	21
Art. 3 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione.....	22
Art.4 – Riparto di coassicurazione.....	22
Art.5 – Disposizione finale	22

SEZIONE 1	DEFINIZIONI
------------------	--------------------

Art.1 - Definizioni

Amministratore	Qualsiasi persona che sia stata, che si trova e/o che sarà collegata all'assicurato in forza di un mandato e che partecipi alle attività istituzionali dell'assicurato stesso.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Assicurato:	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di Polizza.
Atti di terrorismo	Una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico, o religioso, o ideologico o etnico.
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker:	La Società incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuta dalla Società.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione
Ente:	L'Amministrazione e/o altre Amministrazioni
Franchigia assoluta:	La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Per tanto 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. Per tanto 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.
Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro, all'Assicurato e/o agli aventi diritto.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea e/o un ricovero e/o un rimborso spese, ecc.
Invalidità permanente:	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata

	dall'Assicurato.
Istituto di cura:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, nonché qualsiasi altro istituto e/o struttura per convalescenza o per lunga degenza, dotato di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di eventi morbosi o lesivi, autorizzato all'erogazione di assistenza socio-sanitaria e/o ospedaliera.
Limite di risarcimento	La massima esposizione economica della Società in caso sinistro che coinvolga più persone assicurate.
Malattia	Ogni alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale/Somma/capitale per sinistro	La massima esposizione economica della Società per sinistro.
Morte presunta	Il mancato ritrovamento del corpo dell'Assicurato entro un anno dal verificarsi di un infortunio, deve intendersi parificata al caso di morte e parimenti indennizzata
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rischio in itinere	I trasferimenti, effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione, oppure a piedi, dall'Assicurato, tra la propria abitazione, anche se occasionale, ed il normale luogo di lavoro e/o abituale destinazione, sia all'andata che al ritorno, oppure qualsiasi altro luogo ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione e/o occupazione assicurata e/o attività. La garanzia si intende operante anche durante le operazioni di salita e discesa dai mezzi di trasporto, nonché, nei termini di cui sopra, durante il tragitto da e per qualsiasi luogo in cui l'Assicurato si debba recare e/o si sia recato in virtù del proprio stato di "reperibilità" professionale.
Scoperto:	La parte di danno espressa in misura percentuale che l'Assicurato tiene a suo carico.
Sforzo	L'impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esulano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Veicoli	Veicoli in genere a motore e non, compresi: natanti, biciclette, anche a pedalata assistita, monopattini, i motoveicoli e i ciclomotori

Art.2 – Identificazione degli Assicurati

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

La garanzia è inoltre operante per i dirigenti ed i dipendenti del contraente che, in attuazione delle disposizioni di Legge, contrattuali e di regolamento, possono essere utilizzati in comando, distacco o assegnazione temporanea, a tempo pieno o parziale, da e presso altri Enti, qualora ragioni organizzative dell'Ente lo richiedano nell'ambito di accordi di collaborazione tra singoli Enti o gestioni associate, ex art. 30 TUEL e successive modifiche ed integrazioni, o altro.

Capitolato Infortuni – Lotto n. 3
Provincia di Ravenna

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.

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

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

SEZIONE 2

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Variazione del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

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

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

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

Art.2 – Revisione del prezzo

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO*, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO* e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs.50/2016 ss.mm.ii., la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.
- b) Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

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

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

Art.3 – Recesso

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 giorni dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 30 giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 90 giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Art.4 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 90 giorni successivi al giorno in cui la

Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli *REVISIONE DEL PREZZO* e *RECESSO* e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo *REVISIONE DEL PREZZO* dalla ricezione della citata dichiarazione.

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

Art.5 - 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.

Art.6 - Durata dell'assicurazione

La presente Assicurazione ha la durata indicata nel frontespizio di polizza cesserà automaticamente senza obbligo di disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo di 6 mesi. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

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

Ai sensi dell'art. 35 del D.lgs 50/2016 ss.mm. e ii., il Contraente si riserva la facoltà di rinnovare il contratto per una durata di anni 3 (tre), alle medesime condizioni normative ed economiche, previo benestare della Società ed adozione di apposito atto dell'Ente.

È attribuita alle parti la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza annua intermedia, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi almeno 6 mesi prima di ogni predetta scadenza.

La disposizione di proroga tecnica e/o rinnovo non è operante nel caso in cui la Società si sia avvalsa della facoltà di recesso prevista nel presente articolo.

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

Art.7 - Pagamento del premio - decorrenza dell'assicurazione

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

Il Contraente pagherà alla Società o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza:

- ✓ entro 60 giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 60 giorni da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;

- ✓ entro 60 giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento semestrale.

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

Ai sensi dell'art. 48 bis del D.P.R. 602/1973 ss.mm.ii. la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008 e della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008ss.mm.ii., ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 ss.mm.ii. costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, previa comunicazione del Broker alla Società.

Art.8 – Regolazione del premio

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal/i conteggio/i esposto/i in polizza nell'apposita Sezione ed è regolato 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; per quanto riguarda i veicoli non a motore, nonché velocipedi, monopattini elettrici e simili, gli stessi si intendono compresi in garanzia e viene convenzionalmente escluso il parametro per l'imputazione del premio in quanto marginale. Il Contraente è pertanto esonerato dall'obbligo di comunicare le variazioni intervenute nel corso di ogni annualità assicurativa, e pertanto ogni persona rientrante in ogni categoria assicurata deve ritenersi in garanzia a tutti gli effetti.

A tale scopo entro 4 mesi dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

In caso di regolazione attiva il Contraente dovrà versare il relativo premio di conguaglio nei termini previsti all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO -DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE* che decorreranno dal giorno successivo a quello di ricevimento da parte del Contraente della corretta appendice di regolazione emessa dalla Società.

In caso di regolazione passiva la Compagnia dovrà rimborsare il relativo premio netto di conguaglio non oltre i termini previsti all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO -DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE* che decorreranno dal giorno successivo a quello di invio al Contraente della corretta appendice di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 1 mese dandone comunicazione scritta, trascorso il quale la Società avrà diritto di agire giudizialmente.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 1 mese trascorso il quale, avrà diritto di agire giudizialmente.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art.9 - Recesso a seguito di sinistro

Clausola non operante.

Art.10- Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art.11 - Forma delle comunicazioni tra le Parti

Tutte le comunicazioni tra le Parti devono essere fatte, per essere valide, per iscritto tramite fax, lettera raccomandata, e-mail, posta elettronica certificata (PEC) in firma digitale od altro mezzo idoneo ad assicurarne e certificarne la provenienza. Le comunicazioni devono essere indirizzate dall'una all'altra parte e viceversa per il tramite del Broker al

quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza, con la sola eccezione della comunicazione di recesso che va indirizzata direttamente dall'una all'altra Parte e viceversa.

Art. 12 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, 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.

Art.13 - Foro competente

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

Art.14 - Interpretazione del contratto

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

Art.15 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società. Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed 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 o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

Art.16 - Coassicurazione e delega (Valevole in caso di coassicurazione)

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidare la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dal Broker incaricato - la quale tratterà con l'impresa Delegataria, quest'ultima provvederà ad informare le Coassicuratrici. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla 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. Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella della Sezione 6) alla presente Polizza.

Art.17 – Gestione della polizza – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza ad AON S.p.A., iscritta alla Sezione B, di cui al Registro Unico degli Intermediari, ai sensi dell'art. 109, D. Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii. L'Assicurato e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente Assicurazione avverrà anche 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, salvo che per la comunicazione di recesso che dovrà essere effettuata direttamente dalla Società al Contraente e viceversa. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto. Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il Broker è autorizzato ad incassare i Premi. La

Società pertanto, riconosce che il pagamento dei Premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato. La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura del 6% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Resta inteso tra le Parti che al Broker, aggiudicatario dalla gara Broker indetta dal Contraente è affidata la gestione e l'esecuzione della presente Polizza.

Le comunicazioni a cui le parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite del Broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall'una all'altra parte, anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Art.17bis – Gestione della Polizza in presenza di Corrispondente/Coverholder

Con la sottoscrizione del presente contratto di assicurazione si prende atto che il Contraente e/o l'Assicurato conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, al Broker indicato nella scheda di polizza e di cui all'articolo precedente, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/Coverholder indicato nel frontespizio di polizza. Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder si considererà come effettuata all'assicurato o al Contraente;
- b) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata dall'assicurato o dal Contraente.

La Società conferisce mandato al Corrispondente/Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

- aa) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata alla Società;
- bb) ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder al Broker, si considererà come effettuata dalla Società.

Art.18 - Rinvio alle norme di Legge

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

Art. 19- Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.

Art.20 - Prevalenza

Tutte le condizioni generali, speciali ed aggiuntive dello stampato di polizza incompatibili con le presenti condizioni particolari si intendono abrogate, salvo che siano per l'assicurato e/o il contraente più favorevoli. La firma apposta dal contraente sui moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della eventuale ripartizione del rischio tra le società partecipanti alla coassicurazione.

Art.21 Tutela della Privacy

Ai sensi del Regolamento U.E. n. 679/2016 ss. mm. e ii., nonché del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, laddove non in contrasto con il Regolamento, e del Garante per la Protezione dei Dati Personali 26.4.2007, si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

Art.22 Sanzioni e restrizioni internazionali

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

In alternativa

Gli [Assicuratori] [Riassicuratori] non sono tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del

Capitolato Infortuni – Lotto n. 3
Provincia di Ravenna

presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli [Assicuratori] [Riassicuratori], la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

SEZIONE 3	RISCHI COPERTI
------------------	-----------------------

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4, 5, della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai restanti articoli della presente Sezione. E' considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Le garanzie, capitali valgono per Assicurato e per sinistro.

Sono compresi in garanzia anche:

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

Art.2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio (valida ove richiamata)

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

l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, interventi chirurgici anche ambulatoriali, anche in day hospital, rette di degenza in ospedali e istituti/case di cura, analisi ed accertamenti medico-legali e diagnostici, strumentali, esami di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa, terapie fisiche, apparecchi terapeutici ed endoprotesi, visite mediche, specialistiche, cure oculistiche, applicazione di apparecchi gessati, bendaggi, e docce di immobilizzazione, acquisto di medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, acustici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche, nonché per cure odontoiatriche, odontotecniche e protesi dentarie (compresi apparecchi per bambini e/o altre forme di protesi dentarie), le spese per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), e tutte le spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio. Spese per acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, rese necessarie a seguito di infortunio o danno oculare, con il sotto limite di € 500,00.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, delle relative note, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art.3 – Diaria di ricovero (valida ove richiamata)

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

Art.4 – Diaria di gessatura (valida ove richiamata)

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

Art.5 – Diaria per inabilità temporanea (valida ove richiamata)

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

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall'Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia "Malattie contratte in servizio e per cause di servizio" di cui all'art. 6 della presente Sezione.

Art. 6 – Malattie contratte in servizio e per cause di servizio (operante per la Categoria Volontari)

L'assicurazione viene estesa ai sensi delle Leggi in vigore anche alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente. L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti al massimo entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso.

Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e le malattie derivanti da contagio da COVID-19 o da qualsiasi altra patologia causata da sindrome respiratoria acuta coronavirus 2 (SARS-CoV 2) (in precedenza nota come 2019-nCoV), o da qualsiasi patologia causata da ogni mutazione o variazione del SARS-CoV 2.

Non si darà luogo ad indennizzo per l'invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art.7 – Spese di pronto soccorso e/o trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, fino al limite di € 5.000,00=, le spese di pronto soccorso (anche se non consumate in Istituto di cura) e/o per il trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-ambulanza.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall'Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia "Malattie contratte in servizio e per cause di servizio" di cui all'art. 6 della presente Sezione.

Art.8 – Rientro sanitario

La Società rimborsa, fino al limite di €. 5.000,00=, le spese sostenute in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in istituto di cura attrezzato in Italia.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall'Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia "Malattie contratte in servizio e per cause di servizio" di cui all'art. 6 della presente Sezione.

Art.9 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La Società rimborsa, fino al limite di €. 5.000,00=, le spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura.

Art.10 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate 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.

Art.11 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

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

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

per persona e di:

- €.6.000.000,00= per il caso di invalidità permanente
- €.6.000.000,00= per il caso di morte
- €. 6.000,00= al giorno per inabilità temporanea

complessivamente per aeromobile.

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

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

Art.12 – Servizio militare

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

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

Art.13 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art.14 – Responsabilità civile del Contraente

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

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

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

La presente garanzia non è operante quando:

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

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

Art.15 – Ernie e lesioni da sforzo

La garanzia è estesa alle ernie ed alle lesioni in genere conseguenti a sforzo.

Per le ernie operabili viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

Per le ernie non operabili, l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL precedentemente indicata, fermo restando un limite massimo di risarcimento pari al 10% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

Art. 16 - Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà l'indennità prevista in polizza per il caso di morte, maggiorata del 50%.

SEZIONE 4	ESCLUSIONI
------------------	-------------------

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni:

1. occorsi in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'art.13 Sezione 3;
2. occorsi durante la guida e l'uso quale passeggero di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 11, Sezione 3;
3. occorsi in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato, salvo che per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
4. occorsi in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. occorsi in occasione della partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo;
6. a parziale deroga dell'art. 1, sez. 3, derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l'Assicurato abbia partecipato in modo volontario;
7. derivanti da contagio da COVID-19 o da qualsiasi altra patologia causata da sindrome respiratoria acuta coronavirus 2 (SARS-CoV 2) (in precedenza nota come 2019-nCoV), o da qualsiasi patologia causata da ogni mutazione o variazione del SARS-CoV 2.

Art.2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza (salvo ove diversamente specificato nelle categorie di Assicurati), a prescindere dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Tuttavia, ove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizioni di Legge o in applicazione di CCNL, norme, le richiamate esclusioni non saranno operanti.

SEZIONE 5	NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO
------------------	---

Art. 1– Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia di sinistro dovrà essere indirizzata per iscritto al Broker, o all'Agenzia a cui è assegnata la polizza o alla Società, entro 30 giorni da quando il Settore dell'Ente Contraente, competente alla gestione del contratto, ne ha avuto conoscenza scritta o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi ed a parziale deroga dell'Art. 1913 del C.C.

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

Successivamente l'Assicurato, anche per il tramite del Contraente, deve inviare periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese sostenute ed eventualmente 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 a mezzo e-mail, telefax e/o telegramma.

Art.2 – Criteri di indennizzabilità e liquidazione del sinistro

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

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

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

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

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.L. n.

38/2000 e ss.mm.ii. con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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

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

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

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

d) DIARIE

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

L'indennità cessa con il giorno dell'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.

L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto nell'apposita Sezione della presente polizza.

I. Inabilità temporanea:

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni;

b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria di cui al punto II o di cui al punto III.

II. Diaria giornaliera da ricovero:

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

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

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

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

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

Le diarie di cui ai punti II e III non sono cumulabili tra loro; pertanto in caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute.

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

Art.3 – Valutazione del danno - Controversie

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società, o da un fiduciario da essa designato, con l'Assicurato e/o il Contraente, o persona da esso designata.

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

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Ciascuna delle parti, Assicurato e Società, sostiene le proprie spese e remunera il medico designato da essa, mentre la Società contribuirà interamente alle spese ed alle competenze del terzo medico. È facoltà del Collegio medico rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale.

Art.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. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art.5 - Rinuncia all'azione di surroga

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

Art.6 – Anticipi indennizzi

A seguito di un infortunio indennizzabile contrattualmente, e dietro specifica richiesta dell'Assicurato, la Compagnia è tenuta ad anticipare l'indennizzo sino ad un massimo di Euro 25.000,00, sempreché sia presumibile una invalidità permanente liquidabile superiore al 5% di quella totale.

Art. 7 - Cumulo di indennità

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

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

Art.8 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società, entro i 60 giorni successivi ad ogni scadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione del numero di sinistro, della data dell'evento, della data di denuncia, della tipologia e descrizione dettagliata dell'evento stesso e dei danni occorsi);
- b) sinistri riservati (con indicazione del numero di sinistro e dell'importo posto a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione del numero di sinistro, data liquidazione e importo liquidato);
- d) sinistri respinti e/o chiusi senza seguito (con indicazione del numero di sinistro e per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (file formato excel), utilizzabile ed editabile dal Contraente stesso. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui all'art. "Recesso in caso di sinistro" (*se operante*), o "Recesso" o recesso annuale (*se operante*) di cui all'art. "Durata dell'assicurazione, proroga, rinnovo, recesso", la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e, non oltre, 20 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Capitolato Infortuni – Lotto n. 3
Provincia di Ravenna

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

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

SEZIONE 6

LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE, CATEGORIE, GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI, CALCOLO DEL PREMIO

Art.1 –Limiti di indennizzo e franchigie

La Compagnia non liquiderà indennizzi superiori ad € 8.000.000,00= qualora il sinistro coinvolga più persone.

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, agli Assicurati verrà corrisposto l'indennizzo previsto dal presente contratto senza applicazione di alcuna franchigia, salvo quanto previsto all'Art.9 malattie contratte per ragioni di servizio Sezione 3) e salvo quanto di seguito indicato:

Limitatamente agli Assicurati di età:

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

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

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

Art.2 Categorie, garanzie e capitali assicurati

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

2.1 Assicurati: Amministratori

L'Assicurazione copre gli infortuni occorsi agli Amministratori dell'Ente per qualsiasi attività espletata in connessione con il mandato conferitogli, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo, gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di locomozione e/o trasporto, nonché il rischio "in itinere". Sono garantiti anche gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di locomozione e/o trasporto. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di sosta o fermata del mezzo di locomozione e/o trasporto, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Garanzia	Capitalia assicurati €
Caso Morte	300.000,00=
Caso Invalidità Permanente	300.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche	5.000,00=

Numero di Assicurati	30
-----------------------------	-----------

2.2 Assicurati: Infortuni conducenti e trasportati di/su veicolo privato, veicolo di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi e/o nelle disponibilità a qualsiasi titolo (ad es. comodato, locazione, uso esclusivo, ecc.) dell'Ente

L'assicurazione è operante per gli infortuni che gli Assicurati (Segretario, i dipendenti, nonché le persone autorizzate dal Contraente), subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida di veicoli di loro proprietà e/o di proprietà di terzi, nonché di veicoli e natanti di proprietà del Contraente o nonché nella disponibilità a qualsiasi titolo (ad es. comodato, locazione, uso esclusivo, ecc.) del Contraente, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni, tale garanzia è estesa anche alle persone di cui sia autorizzato il trasporto.

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

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	300.000,00=
Caso Invalidità Permanente	300.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche	5.000,00=

Numero Veicoli in proprietà, disponibilità (a qualsiasi titolo) del Contraente	106
Numero Km percorsi con veicoli propri e/o di terzi (esclusi quelli di cui sopra)	4.000 (*)

(*) (La garanzia è prestata su un numero convenzionale di chilometri percorsi con dato non soggetto a regolazione, pertanto il premio è da considerarsi flat limitatamente al parametro dei chilometri)

Art.3 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella tabella "elementi per il calcolo del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati. Al termine di ogni annualità la Società provvederà, sulla base degli elementi variabili di polizza presi come base per la determinazione del premio, a redigere la regolazione del premio nei termini di cui all'Art. 5 della Sezione 1) di polizza.

ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

PROVINCIA DI RAVENNA				
Assicurati	Tipo dato variabile	Montante dato variabile e non	Premio lordo pro-capite, per veicolo, tasso lordo per km	Totale annuo lordo di categoria €
2.1 Amministratori	n. Assicurati	30		
2.2 Assicurati: Infortuni conducenti e trasportati di/su veicolo privato, veicolo di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi e/o nelle disponibilità a qualsiasi titolo (ad es. comodato, locazione, uso esclusivo, ecc.) dell'Ente	n. Veicoli dell'Ente Km percorsi con veicoli privati (*)	103 4.000		
TOTALE €				

(*) (La garanzia è prestata su un numero convenzionale di chilometri percorsi con dato non soggetto a regolazione, per tanto il premio è da considerarsi flat limitatamente al parametro dei chilometri).

Scomposizione del premio:

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

Art.4 – Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art.5 – 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.

Capitolato Infortuni – Lotto n. 3
Provincia di Ravenna

Data

La Società (delegataria) _____

La Società (coassicuratrice) _____

Il Contraente _____