

Polizza Infortuni n.

Lotto 2)

POLIZZA INFORTUNI

CIG: 8020602A25

La presente polizza è stipulata tra

Regione autonoma Friuli Venezia Giulia
Protezione Civile

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	26/11/2019
Alle ore 24.00 del :	26/11/2022

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	26/11
-------------------------------	--------------

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

- Art.1 Definizioni
- Art.2 Identificazione degli Assicurati

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
- Art.3 Durata del contratto
- Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art.5 Regolazione del premio
- Art.6 Variazione del rischio
- Art.7 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali
- Art.8 Clausola di recesso
- Art.9 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo
- Art.10 Modifiche dell'assicurazione
- Art.11 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art.12 Oneri fiscali
- Art.13 Foro competente ed organismi di mediazione competente
- Art.14 Interpretazione del contratto
- Art.15 Assicurazione per conto altrui
- Art.16 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
- Art.17 Coassicurazione e delega
- Art.18 Responsabilità solidale in caso di RTI
- Art.19 Clausola broker
- Art. 20 Validità territoriale
- Art.21 Rinvio alle norme di legge
- Art. 22 Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla legge n. 136/2010
- Art.23 Trattamento dei dati
- Art.24 Posta certificata

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione
- Art.2 Rimborso spese mediche
- Art.3 Diaria per ricovero
- Art.4 Diaria per gessatura
- Art.5 Diaria per inabilità temporanea
- Art.6 Spese di trasporto a carattere sanitario
- Art.7 Rientro sanitario
- Art.8 Rimpatrio salma (Valido Italia e Estero)
- Art.9 Danni estetici
- Art.10 Rischio aeronautico
- Art.10 Bis Limite per evento catastrofe
- Art.11 Servizio militare
- Art.12 Rischio guerra
- Art.13 Malattie tropicali

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

Art.1 Esclusioni

Art.2 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

Art.1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi

Art.2 Criteri di indennizzabilità

Art.3 Controversie

Art.4 Liquidazione dell'indennità

Art.5 Rinuncia all'azione di surroga

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art.1 Somme assicurate, scoperti e franchigie

Art.2 Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Art.3 Riparto di coassicurazione

Art.4 Disposizione finale

SEZIONE 1. DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'**Art.1 - Definizioni**

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:	<p>La persona fisica o giuridica il cui interesse è tutelato dall'assicurazione.</p> <p>Ai fini della presente polizza hanno la qualifica di assicurato gli operatori di protezione civile ai sensi dell'articolo 10 lett. f Legge Regionale 64/1986, cioè:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dipendenti, siano essi <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dipendenti della Protezione Civile della Regione (sia a tempo indeterminato che determinato); ✓ Dipendenti di altre Direzioni o Enti Locali di cui la Protezione Civile della Regione si avvalga; ✓ Personale di somministrazione di lavoro temporaneo ai sensi della Legge 196/1997 al servizio della Protezione Civile della Regione; b) Volontari siano essi <ul style="list-style-type: none"> ✓ Volontari dei Gruppi Comunali di Protezione Civile; ✓ Volontari delle Associazioni di Volontariato iscritte nell'elenco regionale in attività autorizzate dalla Protezione Civile della Regione; c) Sindaci e soggetti, non rientranti ai punti precedenti, incaricati dal Sindaco e/o dai Funzionari della Protezione Civile della Regione, per operazioni di soccorso in emergenza o in vista di rischio di emergenza, comprese <ul style="list-style-type: none"> ✓ le persone che prestano la propria attività sulla base di un rapporto convenzionale o di collaborazione varia, occasionale o continuativa con la Protezione Civile della Regione ✓ gli operatori del servizio civile che prestano la propria attività per la Protezione Civile della Regione ✓ i beneficiari di assegni di ricerca e tirocinanti ammessi a frequentare le strutture della Protezione Civile della Regione; ✓ tutti i soggetti (anche minorenni), che nell'ambito di progetti di informazione e formazione sulle tematiche della sicurezza e realizzati in collaborazione con la Protezione Civile della Regione, dai Gruppi Comunali o dalle Associazioni di Volontariato di Protezione Civile o da altri Enti comunque autorizzati dalla Protezione Civile della Regione, che partecipano alle attività di formazione e addestramento. <p>I suddetti soggetti possono svolgere le attività oggetto della presente polizza anche partecipando a Enti, Società o Consorzi, e avvalendosi di terzi (persone fisiche e giuridiche).</p>
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione contenente le garanzie prestate ai termini di polizza.
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi e/o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker:	Aon Spa, quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente

	polizza.
Cose:	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Day hospital:	Il ricovero effettuato in degenza diurna per terapie mediche che richiedono la compilazione di cartella clinica (sono esclusi gli accertamenti diagnostici).
Day surgery:	L'intervento chirurgico effettuato in sala operatoria presso un istituto di cura, in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio:	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, un'inabilità permanente, un'inabilità temporanea.
Invalidità permanente:	La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'assicurato.
Istituto di cura:	Ogni struttura sanitaria (ospedale, clinica o case di cura - convenzionati o privati - in Italia o all'estero) regolarmente autorizzata al ricovero e all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia professionale:	Per malattie professionali si intendono, oltre a quelle tassativamente indicate nell'elencazione delle tabelle in vigore al momento del sinistro e allegate al D.P.R. 1124/1965 ss.mm.ii., anche quelle malattie che fossero riconosciute come professionali dalla Magistratura, escluse silicosi e asbestosi, nonché qualsiasi altra patologia derivante da silicio e amianto.
Parametro variabile per il calcolo del premio	Si conviene di indicare quale parametro: <ul style="list-style-type: none"> • Dipendenti della Protezione Civile: numero soggetti; • Volontari della Protezione Civile ed altri operatori: giornate/presenze;
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.
Scoperto:	la parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	l'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;

Art. 2 – Identificazione degli assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie elencate alla Sez. 6 Art. 1, 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 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 6 Art. 1), il rischio si intenderà coperto dalle ore 24.00 della data della comunicazione di richiesta di attivazione (alle condizioni concordate) inoltrata dalla Contraente e/o dal Broker o dalle ore 24.00 della data indicata nella richiesta se posteriore a quella di inoltro.

La Compagnia emetterà appendice attestante l'attivazione della categoria menzionata e il rateo di premio verrà versato nei termini previsti dalla Sezione 2 art. 4 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia".

Nel caso di attivazione in corso d'anno di nuove categorie, la Contraente dovrà comunicare, almeno 30 giorni prima della scadenza di rata, il dato preventivo da utilizzare per l'eventuale 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.

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

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio, così come previsto dal successivo Art. 6 Variazione del rischio.

Art.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 Società per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione si 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 si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art. 1910 del C.C. per le sole garanzie che rappresentino un rimborso di spese sostenute (ad es. rimborso spese mediche) e solo in questo caso l'Assicurato sarà tenuto a comunicare alla Società l'esistenza di altre coperture per gli stessi rischi.

Art.3 - Durata del contratto

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella scheda di polizza; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 4 mesi.

La società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo 4 pagamento del premio, 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 4 mesi.

Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Il contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012 ss.mm.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.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

La deroga dei termini di pagamento di cui al primo comma del presente articolo si applica anche ad ogni appendice a titolo oneroso emessa a variazione del contratto, compresa l'eventuale proroga di cui all'art. 3 "Durata del Contratto".

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.

I premi possono essere pagati alla Società Assicuratrice per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

I rapporti contrattuali dovranno conformarsi alle disposizioni relative agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136 del 13/8/2010 e s.m. e i..

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008, n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

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

Opzione base

Art.5 – Regolazione del premio

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base a elementi variabili; esso viene anticipato in via provvisoria nella misura indicata all'art. calcolo del premio ed è regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata dello stesso, a seconda delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo restando il premio minimo assoluto riportato.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il contraente deve comunicare per iscritto alla società, in relazione a quanto previsto dal contratto

- a) Volontari e Operatori di Protezione Civile: numero giornate-presenza.
- b) Dipendenti Protezione Civile: numero dipendenti.

Le differenze attive o passive del premio risultanti dal conteggio devono essere saldate nei 60 giorni dalla data di consegna dell'appendice di regolazione, emessa correttamente dalla società.

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

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

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

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

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili del rischio risulti superiore del 100% rispetto a quello preso come base per la determinazione del premio minimo annuo anticipato, quest'ultimo sarà

rettificato a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione. Il nuovo importo sarà pari al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

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

Variante 1.

Art.5 – Regolazione del premio

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base a elementi variabili; esso viene anticipato in via provvisoria nella misura indicata all'art. calcolo del premio ed è regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata dello stesso, a seconda delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo restando il premio minimo assoluto riportato.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il contraente deve comunicare per iscritto alla società, in relazione a quanto previsto dal contratto:

- a) Volontari e Operatori di Protezione Civile: numero giornate-presenza.
- b) Dipendenti Protezione Civile: numero dipendenti.

Le differenze attive del premio risultanti dal conteggio devono essere saldate nei 60 giorni dalla data di consegna dell'appendice di regolazione, emessa correttamente dalla società.

Limitatamente alla categoria sub a), ai fini della regolazione del premio, qualora il contraente dichiarerà il numero delle giornate presenza superiore a 60.000, il saldo risultante tra il consuntivo e il preventivato, sarà applicato il 50% del premio pro capite per calcolare il conguaglio a debito.

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

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

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

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

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

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

Art. 6 - Variazione del rischio

1. 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.

2. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore. Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione dell'Amministrazione contraente, (variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere dell'Amministrazione contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte)..

3. L'Amministrazione contraente non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 7 - Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Amministrazione, l'Assicuratore può segnalare all'Amministrazione contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art.6 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati. .

2. L'Amministrazione contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria proposta di revisione.
3. In caso di accordo tra e parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 8 - Clausola di recesso

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 7 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 7 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta dell'Amministrazione.
3. Qualora alla data di effetto del recesso l'Amministrazione contraente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. L'Amministrazione contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.
4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. 16 (Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 9 - 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 dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi all'Amministrazione nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 7 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 8 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art 7 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

Art.10 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art.11 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte tramite PEC indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

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 ed Organismo di mediazione competenti

Per qualsiasi controversia tra le parti relativa, derivante o collegata al presente contratto, comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, efficacia, esecuzione e/o risoluzione, le Parti, a seguito di specifica trattativa ex art. 28 c.p.c., si sono determinate ad indicare quale foro di esclusiva competenza territoriale, quello del luogo ove la Contraente ha sede legale.

Inoltre, in deroga alle prescrizioni ex lege 28/2010 e ss.mm.ii. le parti individuano sin d'ora e si obbligano ad adire quale Organismo di mediazione competente, esclusivamente quello del luogo ove la Contraente ha sede legale.

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 – Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata dalla Contraente per conto altrui, pertanto gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dalla Contraente medesima con eccezione di quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'Assicurato medesimo, così come disposto dall'art. 1891 del C.C..

Art.16 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

L'Assicuratore:

1. entro sei mesi dalla scadenza di ogni annualità entro i 30 giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 2, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro senza seguito;
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____;

2. In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari al 0,05% del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari a € 500,00.

3. L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.

4. Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

Art.17 - Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse società indicate nel riparto allegato, resta inteso che in caso di sinistro la società delegataria (in appresso società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, ferma restando la responsabilità solidale in capo ad ogni coassicuratore. La società si impegna, altresì e in ogni caso, a emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri e a rilasciare all'assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse società, con la sottoscrizione della presente polizza, le società coassicuratrici danno mandato alla società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta dalla società rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le società coassicuratrici.

Art. 18 – Responsabilità solidale in caso di RTI

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato a un raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente.

Art.19 - Clausola Broker

L'assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla ATI intercorrente fra le società Aon S.p.A. e Aficurci in qualità di broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e ss.mm.ii.

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.

La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto tramite il Broker sopra designato e riconosce che tale atto è liberatorio per l'Assicurato/Contraente.

Nella formulazione del premio la Società ha tenuto conto anche del costo della provvigione per il servizio di brokeraggio assicurativo, attualmente previsto nella misura del 3,00 % sul premio imponibile.

Art.20 – Validità territoriale

La presente assicurazione ha validità per il mondo intero.

Art.21 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 22 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla legge n. 136/2010

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. La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

Art.23 - Trattamento dei dati

Ai sensi del GDPR del 2016/679, la società è designata quale responsabile del trattamento dei dati personali che saranno dalla stessa raccolti e trattati in relazione all'espletamento del servizio. La società dichiara di conoscere gli obblighi previsti dalla predetta legge a carico del responsabile del trattamento e si obbliga a rispettarli, nonché a vigilare sull'operato degli incaricati del trattamento.

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.

Art. 24 – Posta certificata

Qualora il Contraente lo richieda, La Società si obbliga all'attivazione di almeno una postazione munita di posta elettronica certificata per l'inoltro e/o ricezione delle comunicazioni relative alla gestione sinistri.

SEZIONE 3. RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca in occasione e nell'esercizio delle attività di Protezione Civile per le garanzie indicate nelle tabelle di cui alla sezione somme assicurate.

La garanzia si intende prestata anche per il rischio "in itinere", durante il tragitto dimora/sede di servizio e viceversa, nel periodo ragionevolmente necessario per effettuare il percorso.

Si precisa, altresì, che la garanzia per infortunio opera anche quando gli operatori di Protezione Civile si trovino, in qualità di conducenti, alla guida di veicoli sia di loro proprietà che di terzi nell'espletamento delle attività. Dette garanzie si intendono estese anche quando gli operatori attendono a eventuali riparazioni di fortuna effettuate durante la circolazione di detti veicoli.

Per l'individuazione degli assicurati e la loro entrata o cessazione nelle garanzie, si farà riferimento agli atti o registrazioni tenute dal contraente, che si impegna, in caso di sinistro, a fornirne, a semplice richiesta, copia alla società.

Descrizione delle attività

- a) **Prevenzione**, intendendo come tale ogni azione tendente alla riduzione di rischi di origine naturale o antropica a salvaguardia delle persone, dei beni e dell'ambiente. Comprende attività pianificatorie, programmatiche, ricognitive operative sul territorio;
- b) **Addestramento e formazione**, intendendo come tale ogni azione volta a mantenere e migliorare le conoscenze tecniche e le capacità operative dei volontari di Protezione Civile, ivi compresa la manutenzione ordinaria della sede, dei mezzi e delle attrezzature in dotazione, nonché gli incontri e riunioni di lavoro organizzati dalla Protezione Civile della Regione o da altri Enti riguardanti il settore della Protezione Civile;
- c) **Esercitazione**, intendendo come tale ogni azione svolta congiuntamente da volontari appartenenti a più Gruppi Comunali e/o ad Associazioni di volontariato, in stretto contatto con la Protezione Civile della Regione e avente il fine di migliorare, attraverso la simulazione di stati di emergenza, le conoscenze tecniche e operative dei volontari in previsione di futuri impegni in situazioni di emergenza;
- d) **Emergenza e rischio di emergenza**, intendendo come tale ogni azione che, al verificarsi di eventi calamitosi di qualsiasi natura, sia volta al soccorso delle popolazioni, all'accertamento e mitigazione dei danni, nonché al ripristino del territorio in condizioni di sicurezza;
- e) **Attività di supporto di Protezione Civile richieste dal Sindaco**, secondo le procedure previste dalla Protezione Civile della Regione;
- f) **Tutte le attività di Protezione Civile** che "ope legis" vengono attribuite in corso di contratto alla Protezione Civile della Regione.

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

- ✓ imperizia, imprudenza e negligenze anche gravi;
- ✓ malore e incoscienza purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili, assorbite per scopi non terapeutici;
- ✓ annegamento e asfissia;
- ✓ avvelenamento o intossicazione da ingestione o assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
- ✓ sforzi muscolari (compresa l'ernia, se traumatica, ma esclusi gli infarti) e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ✓ folgorazione o scariche elettriche in genere, colpi di sole o di calore, assideramento o congelamento;
- ✓ punture vegetali, morsi e punture di animali, escluse le malattie delle quali gli insetti siano portatori necessari;
- ✓ malattie tropicali – contemplate nel R.D. 281/1938 ss.mm.ii. – da cui gli assicurati fossero colpiti;
- ✓ legittima difesa, dovere di solidarietà umana, tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale, aggressioni, evacuazioni, rapine e atti violenti in genere qualunque ne sia il movente.

È definito atto 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 a influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico. L'assicurazione è operante anche per gli infortuni subiti dagli assicurati in seguito ad aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, e/o fuori dai luoghi di svolgimento

Polizza Infortuni

- di mandati o di incarichi, sempre che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- ✓ eventi catastrofali compresi terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- ✓ conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e altre cure rese necessarie da infortunio;
- ✓ diabete non conosciuto fino al momento dell'evento.

Sono altresì considerati infortuni:

- ✓ le lesioni tendinee sottocutanee;
- ✓ le infezioni derivanti in forma diretta ed esclusiva da infortuni, e purché comprovatamente contratte durante le attività;
- ✓ le lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- ✓ l'avvelenamento del sangue, dovuto a infortunio e purché comprovatamente contratto durante le attività.

L'assicurazione vale anche per:

- ✓ gli infortuni derivanti da influenze termiche e atmosferiche;
- ✓ gli infortuni avvenuti durante le scalate di rocce e accesso a ghiacciai di grado non superiore al terzo – o superiori purché accompagnati da guida esperta;
- ✓ gli infortuni sofferti in stato di ebrezza, purché non alla guida di veicoli;
- ✓ gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, macchine operatrici a condizione che l'assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima. Nel caso in cui l'assicurato non sia in possesso delle relative abilitazioni di legge la garanzia è operativa purché l'uso e la guida siano dovuti a stato di necessità.

L'assicurazione decorre da quando l'operatore sale sul mezzo di trasporto e cessa nel momento in cui ad attività ultimata ne discende, o quando di propria volontà abbandona il gruppo per interrompere l'attività di Protezione Civile. Nel caso di abbandono dell'attività per cause indipendenti dalla propria volontà o per gravi motivi personali, l'assicurazione vale fino al rientro dell'assicurato al proprio domicilio

L'assicurazione comprende inoltre gli stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace.

Ernie traumatiche e da sforzo

Si conviene che nel caso di ernia addominale operata o operabile è riconosciuto un indennizzo pari al 2% della somma assicurata per invalidità permanente totale; nel caso di ernia addominale l'indennizzo è computato sulla base della TABELLA INAIL di cui al D.P.R. 1124/1965, con rinuncia all'applicazione della relativa franchigia fermo restando che la società non corrisponderà indennità superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente

Opzione base

Art.2 – Rimborso spese mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici e medico legali, esami di laboratorio e terapie fisiche, cure mediche e trattamenti riabilitativi, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi, acquisto di apparecchi protesici ortopedici e protesi oculari, nonché delle spese farmaceutiche e medicinali prescritti resesi necessarie a seguito dell'infortunio.

Variante 1.

Art.2 – Rimborso spese mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici e medico legali, esami di laboratorio e terapie fisiche, cure mediche e trattamenti riabilitativi, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi, acquisto di apparecchi protesici ortopedici e protesi oculari, nonché delle spese farmaceutiche e medicinali prescritti resesi necessarie a seguito dell'infortunio.

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, a integrazione di quanto stabilito all'articolo *RIMBORSO SPESE MEDICHE*, la società rimborsa agli assicurati le spese sostenute, rese necessarie da danno oculare che sia conseguenza diretta dell'infortunio (compresi i già portatori) per l'acquisto di lenti (comprese quelle a contatto) e relativa montatura, sino alla concorrenza di € 1.000,00 per persona sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio.

Opzione base

Art.3 – Diaria per ricovero

Qualora l'infortunio comporti il ricovero – compreso day hospital e day surgery – presso istituto di cura (pubblico o privato, in Italia o all'estero) la società liquiderà l'indennità giornaliera, come riportato alla sezione *SOMME ASSICURATE*, per ciascun giorno di degenza fino al limite ivi stabilito.

Alla fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e di uscita sono computati come singolo giorno.

La diaria da ricovero/convalescenza spetta indipendentemente dallo status lavorativo dell'infortunato (lavoratore o disoccupato).

Variante 1.

Art.3 – Diaria per ricovero

Qualora l'infortunio comporti il ricovero – compreso day hospital e day surgery – presso istituto di cura (pubblico o privato, in Italia o all'estero) la società liquiderà l'indennità giornaliera, come riportato alla sezione *SOMME ASSICURATE*, per ciascun giorno di degenza fino al limite ivi stabilito.

Alla fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e di uscita sono computati come singolo giorno.

Per la convalescenza successiva al ricovero la società corrisponderà la diaria pattuita per una durata pari al triplo dei giorni di ricovero, con un massimo di 60 giorni per anno.

La diaria da ricovero/convalescenza spetta indipendentemente dallo status lavorativo dell'infortunato (lavoratore o disoccupato).

Art.4 – Diaria per gessatura

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 indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente.

Opzione base

Art.5 – Diaria per inabilità temporanea (Operativa per la sola categoria Volontari e Operatori Protezione Civile)

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, che comporti un'inabilità per l'assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, la società liquiderà l'indennità giornaliera, come riportato alla sezione somme assicurate, fino al limite ivi stabilito.

Per gli operatori volontari che svolgono libera professione, l'inabilità temporanea decorre dal terzo giorno dell'infortunio.

La diaria per inabilità non è cumulabile con la diaria da ricovero/convalescenza e da ingessatura.

Liquidazione dell'inabilità temporanea

L'indennità è riconosciuta previa presentazione di certificazioni mediche da rinnovare alle rispettive scadenze fino a completa guarigione attestanti l'inabilità dell'assicurato e verrà corrisposta secondo i criteri sotto riportati:

- ✓ integralmente, ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue normali occupazioni lavorative (incapacità totale);
- ✓ al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendervi che in parte (incapacità parziale).

Variente 1.

Art.5 – Diaria per inabilità temporanea

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, che comporti un'inabilità per l'assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, la società liquiderà l'indennità giornaliera, come riportato alla sezione somme assicurate, fino al limite ivi stabilito.

Per gli operatori volontari che svolgono libera professione, l'inabilità temporanea decorre dal terzo giorno dell'infortunio. La diaria per inabilità non è cumulabile con la diaria da ricovero/convalescenza e da ingessatura.

Liquidazione dell'inabilità temporanea

L'indennità è riconosciuta previa presentazione di certificazioni mediche da rinnovare alle rispettive scadenze fino a completa guarigione attestanti l'inabilità dell'assicurato e verrà corrisposta secondo i criteri sotto riportati:

- ✓ integralmente, ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue normali occupazioni lavorative (incapacità totale);
- ✓ al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendervi che in parte (incapacità parziale).

Art.6 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-ambulanza.

Art.7 – Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00 delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art.8 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di € 5.000.00.

Art.9 – 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, il tutto entro il limite di € 5.000,00 per evento.

Art.10 – 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 e/o in servizio di Protezione Civile, 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 complessivamente per aeromobile:

- € 8.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 8.000.000,00 per il caso di morte

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali che si riferiscono 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.10 Bis – Limite per evento catastrofe

In caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società, non potrà superare € 10.000.000,00 quale sia il numero delle persone assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta Società. Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art.11 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, 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 gli 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.

Art.12 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra dichiarata o 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 in un Paese sino ad allora non in stato di guerra.

Art. 13 – Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia. La garanzia viene prestata fino alla concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di Euro 500.000,00 per Morte ed Euro 500.000,00 per Invalidità Permanente. La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%. Pertanto non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

SEZIONE 4. ESCLUSIONI

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) da guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto dall'art. 12 di sezione 3;
- b) dall'assunzione volontaria di alcolici, sostanze stupefacenti o allucinogeni, dall'abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico;
- c) da proprie azioni delittuose;
- d) da conseguenza diretta o indiretta di contaminazione chimica o biologica derivanti da atti di terrorismo o guerra;
- e) dalla pratica del paracadutismo e degli sport aerei in genere.

Opzione base

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

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a settantacinque 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 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;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo cronico, tossicodipendenza.
L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Variante 1.

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

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 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 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;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo cronico, tossicodipendenza.
L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Variante 2.

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

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo cronico, tossicodipendenza.
L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

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

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

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 PEC e/o raccomandata.

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

Art. 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.

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, 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.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue: la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie 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.

Resta in ogni caso escluso il danno biologico.

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.

Opzione base

Ai fini della presente assicurazione, è stabilita l'applicazione di una franchigia assoluta del 5% se il grado di invalidità permanente accertato in caso di sinistro non sia superiore al 15% della totale. Pertanto:

- ✓ non si farà luogo al risarcimento per invalidità permanente quando questi sia di grado non superiore al 5% della totale;
- ✓ sarà applicata la franchigia del 5% se l'invalidità permanente sia di grado non superiore al 15% della totale;
- ✓ nel caso in cui l'invalidità permanente sia superiore al 15% della totale la società liquiderà l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Variante 1.

Ai fini della presente assicurazione, è stabilita l'applicazione di una franchigia assoluta del 3% se il grado di invalidità permanente accertato in caso di sinistro non sia superiore al 10% della totale. Pertanto:

- ✓ non si farà luogo al risarcimento per invalidità permanente quando questi sia di grado non superiore al 3% della totale;
- ✓ sarà applicata la franchigia del 3% se l'invalidità permanente sia di grado non superiore al 10% della totale;
- ✓ nel caso in cui l'invalidità permanente sia superiore al 10% della totale la società liquiderà l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

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

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 dall'apposito articolo 5 sezione 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. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

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.

e) SPESE MEDICHE

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di quanto previsto alla Sezione 6, 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.

Art.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.

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.

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

Le indennità e i rimborsi vengono corrisposti in Italia e in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non aderenti all'Euro, il rimborso sarà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'assicurato ha sostenuto le spese.

Valutato il danno verificata l'operatività della garanzia, ricevuta tutta la documentazione, la quietanza di danno sottoscritta e le coordinate bancarie per poter effettuare il bonifico, la società provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione di quanto sopra.

Decorsi 90 giorni dalla data di denuncia del sinistro, qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti un'invalidità permanente di grado superiore al 15%, e non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia, la società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità. L'acconto non potrà essere superiore a € 100.000 per persona.

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 competerle per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

Art.1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alla categoria qui di seguito evidenziata e per le garanzie e massimali indicati.

Opzione base

CATEGORIE ASSICURATE	
Morte	€ 400.000,00
Morte (Persone con età superiore a 80 anni)	€ 50.000,00
Invalità permanente (Persone con età superiore a 80 anni)	€ 100.000,00
Invalità permanente	€ 600.000,00
Diaria per inabilità temporanea	€ 105,00 al giorno con il massimo di 300 giorni per sinistro
Diaria per ricovero	€ 105,00 al giorno con il massimo di 300 giorni per sinistro
Diaria per ingessatura	€ 105,00 al giorno con il massimo di 60 giorni per sinistro
Rimborso spese mediche	€ 13.000,00
Rientro sanitario	€ 5.000,00
Rimpatrio salma	€ 5.000,00
Danno estetico	€ 5.000,00

Si precisa che gli indennizzi sopra indicati si devono intendere per persona.

Variante 1.

CATEGORIE ASSICURATE	
Morte	€ 400.000,00
Morte (Persone con età superiore a 80 anni)	€ 50.000,00
Invalità permanente (Persone con età superiore a 80 anni)	€ 100.000,00
Invalità permanente	€ 600.000,00
Diaria per inabilità temporanea	€ 120,00 al giorno con il massimo di 300 giorni per sinistro
Diaria per ricovero	€ 120,00 al giorno con il massimo di 300 giorni per sinistro
Diaria per ingessatura	€ 120,00 al giorno con il massimo di 60 giorni per sinistro
Rimborso spese mediche	€ 13.000,00
Rientro sanitario	€ 5.000,00
Rimpatrio salma	€ 5.000,00
Danno estetico	€ 5.000,00

Si precisa che gli indennizzi sopra indicati si devono intendere per persona.

Variante 2.

CATEGORIE ASSICURATE	
Morte	€ 400.000,00
Morte (Persone con età superiore a 80 anni)	€ 50.000,00
Invalità permanente (Persone con età superiore a 80 anni)	€ 100.000,00
Invalità permanente	€ 600.000,00
Diaria per inabilità temporanea	€ 120,00 al giorno con il massimo di 300 giorni per sinistro
Diaria per ricovero	€ 120,00 al giorno con il massimo di 300 giorni per sinistro
Diaria per ingessatura	€ 120,00 al giorno con il massimo di 60 giorni per sinistro

Rimborso spese mediche	€ 15.000,00
Rientro sanitario	€ 7.500,00
Rimpatrio salma	€ 7.500,00
Danno estetico	€ 7.500,00

Si precisa che gli indennizzi sopra indicati si devono intendere per persona.

Art.2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

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

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.5 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di qualsiasi altro dato variabile.

Categorie e parametri per il calcolo del premio:

- A. Operatori di Protezione Civile (Dipendenti di altre Direzioni o Enti locali di cui la Protezione Civile della Regione si avvalga, Dipendenti della Direzione Centrale Risorse Agricole, Naturali, Forestali e Montagna impegnati nelle operazioni antincendio programmate in accordo con la Protezione Civile della Regione; Volontari; Sindaci e soggetti incaricati; Soggetti in ambito di progetti di formazione e informazione).
- B. Dipendenti Protezione Civile Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

Parametro a preventivo	Premio lordo procapite	Premio lordo totale
A. Numero giornate presenza: 55.000	€... per giornata presenza	€
B. Numero dipendenti: 130	€... per persona	€

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	
Imposte	€	
TOTALE	€	

Art.3 – Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art.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.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ