

Polizza Infortuni cumulativa

Copertura assicurativa

INFORTUNI CUMULATIVA SEZIONI VARIE

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La presente polizza è stipulata tra

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA – PROTEZIONE CIVILE

Piazza dell'Unità d'Italia n. 1
34121 - TRIESTE (TS)
PI/CF: 80014930327

e

Società

Durata del contratto

Dalle ore 24 del 26.11.2024

alle ore 24 del 26.11.2027

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati al 26.11 (*)

(*) Le date indicate si riferiscono alla scadenza del contratto assicurativo in essere, salvo proroga tecnica, nel qual caso la decorrenza dipenderà dal tempo strettamente necessario al perfezionamento della procedura selettiva del nuovo affidatario. La durata è triennale con opzione di proroga biennale e salvo proroga tecnica.

Polizza Infortuni cumulativa

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA – PROTEZIONE CIVILE
SEDE LEGALE	Piazza dell'Unità d'Italia n. 1 34121 - TRIESTE (TS)
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	PI/CF: 80014930327
ATTIVITÀ SVOLTA	PROTEZIONE CIVILE REGIONALE
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Effetto: dalle ore 24 del 26.11.2024 Scadenza: alle ore 24 del 26.11.2027 (vedi nota nella pagina sopra)
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€
FRAZIONAMENTO	Annuale
BROKER – INTERMEDIARIO	Aon S.p.A.
ALiquOTA PROVvIGIONALE	3,00% applicato sul premio imponibile
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	
Il presente contratto, emesso a seguito di procedura per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta dal Contraente a conclusione della quale è risultata aggiudicataria la Società xx è regolato: ✓ dal frontespizio di polizza e dalla scheda di polizza riportanti i dati essenziali del contratto; ✓ dal capitolato speciale di appalto, che si riporta integralmente in allegato; ✓ dalle varianti al capitolato speciale d'appalto presentate in sede di offerta, approvate dal Contraente, che modificano le disposizioni al capitolato stesso e che si riportano integralmente in allegato.	

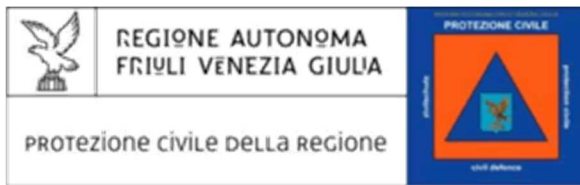
Polizza Infortuni cumulativa

SEZIONE I 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 annuale dell'assicurazione.
Assicurato	La persona fisica o giuridica il cui interesse è tutelato dall'assicurazione. Ai fini della presente polizza hanno la qualifica di assicurato gli operatori di protezione civile ai sensi dell'articolo 10 lett. f) della Legge Regionale n. 64/1986, come di seguito riepilogato: a) Dipendenti, che siano essi: ✓ 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, che siano essi: ✓ 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 altri soggetti non rientranti nei punti precedenti, ove 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, ivi comprese: ✓ 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 i 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 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 stessa che partecipano alle attività di formazione e addestramento. 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).
Assicurazione	Il contratto di assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di polizza.
Beneficiario	Il soggetto o i soggetti ai quali la Società deve liquidare l'indennizzo.
Broker – Intermediario	Aon S.p.A., impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.

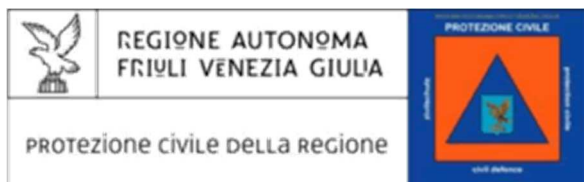
Polizza Infortuni cumulativa

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.
Dipendente	Il soggetto collegato al Contraente da un rapporto di impiego, cioè il personale compreso e non compreso nell'assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro (INAIL). In particolare, le persone che hanno con l'assicurato un rapporto di lavoro subordinato, parasubordinato, oppure che, pur non essendo in rapporto di dipendenza, siano incaricate o autorizzate a partecipare ad attività o lavori per conto del Contraente.
Franchigia	La parte di danno che non è indennizzata.
Indennizzo – Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza morte e/o invalidità permanente e/o inabilità temporanea.
Invalidità permanente	La perdita definitiva, a seguito di infortunio o di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
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.
Massimale	La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Parametro variabile per il calcolo del premio	Si conviene di indicare quale parametro: • 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.
Retribuzione annua	Retribuzione annua lorda costituita dalle voci retributive erogate ai dipendenti, e cioè tutto quanto al lordo delle ritenute, l'assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue retribuzioni (a esempio, stipendio, altri elementi a carattere continuativo, provvigioni, premi di produzione, l'equivalente del vitto e alloggio eventualmente dovuti all'assicurato). Sono esclusi i rimborsi spese e emolumenti a carattere eccezionale.
Ricovero	La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne.
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.



Polizza Infortuni cumulativa

Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società – Compagnia Assicuratore/i	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici .
Somma assicurata	Il massimo esborso della Società per ogni persona assicurata e relativo indennizzo della prestazione garantita.



Polizza Infortuni cumulativa

SEZIONE II ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO

Amministrazione Regionale - Protezione Civile.

L'assicurazione è operante in relazione all'espletamento di compiti, mansioni, attività e competenze istituzionalmente previsti, consentiti o delegati, esercitati per legge, regolamenti, delibere o provvedimenti emanati da propri organi (compresi eventuali modifiche e/o integrazioni) e per tutte le attività, che possono essere anche svolte partecipando a Enti, nonché per ogni altra attività legata alla vita privata.

L'assicurazione comprende altresì tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali sopra elencate, comunque e ovunque svolte, nessuna esclusa né eccettuata.

Tutto quanto indicato, previsto e/o attribuito da Leggi, Regolamenti, Statuti, Normativa in materia di Pubblica Amministrazione.

Per l'individuazione degli Assicurati 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.

Polizza Infortuni cumulativa

SEZIONE III CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA – OPZIONE DI RINNOVO

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, ai sensi dell'art. 120, comma 10, del D.Lg. 36/2023 per un periodo massimo di 24 mesi, previa adozione di apposito atto.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

In casi eccezionali, qualora si verificano le condizioni indicate all'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023, nei quali risultino oggettivi e insuperabili ritardi nella conclusione della procedura di affidamento del contratto, la polizza, entro la sua naturale scadenza, potrà essere prorogata alle medesime condizioni economiche e normative in corso per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo appaltatore, per un periodo massimo di 180 giorni. Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente una o più volte nell'ambito di tale periodo, anche nel caso in cui venga inviato il recesso annuale di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE*. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, articolo 1, comma 13, convertito in Legge 135/2012), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario. Nell caso in cui la Società non sia disposta a 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 e il 10% di quelle non ancora eseguite.

ART. 2 - RECESSO ANTICIPATO ANNUALE - **TEC. 2.1 - Opzione base - vale 0 punti**

È attribuita alla Società la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno **3 mesi prima** di ogni scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale.

In entrambi i casi è confermata la proroga tecnica di massimo 180 giorni di cui all'articolo *DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – OPZIONE DI RINNOVO*.

ART. 2 - RECESSO ANTICIPATO ANNUALE - **TEC. 2.1 – Variante migliorativa 1) - vale 10 punti**

È attribuita alla Società la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno **4 mesi prima** di ogni scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale.

In entrambi i casi è confermata la proroga tecnica di massimo 180 giorni di cui all'articolo *DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA – OPZIONE DI RINNOVO*.

Polizza Infortuni cumulativa

ART. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

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

Il Contraente pagherà all'Intermediario incaricato:

- ✓ entro 90 giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 90 giorni da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 90 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 indicato in *SCHEDA DI POLIZZA*.

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

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973, 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, nonché della Circolare del medesimo Dicastero n. 22 del 29/07/2008 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, costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

Resta convenuto che è considerata a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio Tesoreria del Contraente a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati alla Società a mezzo raccomandata o fax o e-mail o posta pec.

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 articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza. Il Broker provvederà a segnalare alla Società tali situazioni.

ART. 4 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

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

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO

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

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

Polizza Infortuni cumulativa

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 1 mese 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 articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

ART. 6 REVISIONE DEL PREZZO

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO* una parte decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare all'altra il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo suddetto e richiedere motivatamente, ai sensi dell' art. 60 del D.Lgs 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali in aumento o in diminuzione, ma solo nel caso in cui tale variazione risulti superiore al 5% del premio annuo imponibile, e operano nella misura dell'80% della variazione in oggetto.
- b) La parte che ha ricevuto la segnalazione, entro 30 giorni a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate dall'altra parte, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto, in aumento o in diminuzione, a decorrere dalla nuova annualità. In caso di mancato accordo, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione, secondo quanto previsto al successivo articolo *RECESSO*.

ART. 7 RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata 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 parte ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta.

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 6 mesi.

Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

ART. 8 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 3 mesi 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.

Polizza Infortuni cumulativa

ART. 9 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO

Il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente assicurazione.

ART. 10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

ART. 11 ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente e l'assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Si conviene tra le parti che qualora si rivelasse che per gli stessi rischi del presente contratto esistano altre coperture, gli eventuali danni denunciati dall'assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati e indennizzati dalla Società direttamente all'assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi. La Società rinuncia fin d'ora alla facoltà concessale dal disposto dell'art. 1910 del Codice Civile.

ART. 12 GESTIONE DEL CONTRATTO – CLAUSOLA BROKER

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

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Società) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 e all'art. 55 del regolamento IVASS 05/2006, il Broker è autorizzato a 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 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker è a carico della Società ed è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita diretta; non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Gestione del contratto in presenza di Corrispondente/Coverholder

Con la sottoscrizione del presente contratto di assicurazione si prende atto che il Contraente e/o l'assicurato conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, al Broker indicato nella *SCHEMA DI POLIZZA* e di cui all'articolo precedente, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/Coverholder indicato nella *SCHEMA 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.

Polizza Infortuni cumulativa

ART. 13 ONERI FISCALI

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

ART. 14 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

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

ART. 15 FORO COMPETENTE – ELEZIONE DI DOMICILIO

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l'assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010.

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

ART. 16 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

ART. 17 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana; laddove in esso siano richiamate norme, disposizioni regolamentari e simili, sono altresì automaticamente richiamate eventuali e successive modifiche e integrazioni. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti, comprese successive modifiche e integrazioni.

ART. 18 TRATTAMENTO DEI DATI

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

ART. 19 COASSICURAZIONE E DELEGA

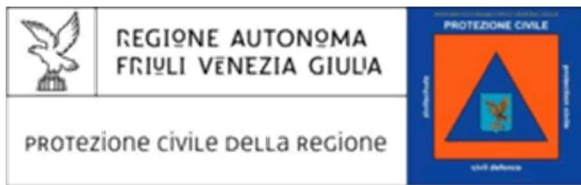
In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato. In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

ART. 20 VALIDITÀ TERRITORIALE

Salvo limitazioni specificamente indicate in polizza, l'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 21 SANZIONI E RESTRIZIONI INTERNAZIONALI

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



Polizza Infortuni cumulativa

ART. 22 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA E SURROGA

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

- ✓ persone delle quali l'assicurato deve rispondere a norma di legge;
- ✓ enti locali ed enti regionali facenti parte del Sistema Regionale Integrato di Protezione Civile;
- ✓ enti e aziende controllanti, controllate e collegate, nonché proprie fondazioni;
- ✓ enti e associazioni non aventi scopo di lucro che possano collaborare con il contraente e/o l'assicurato per le sue attività;
- ✓ ogni altro soggetto che l'assicurato abbia inteso salvaguardare in base ad accordi scritti; purché l'assicurato, a sua volta, non eserciti l'azione verso il responsabile.
- ✓ persone giuridiche di cui il contraente e/o l'assicurato si avvalga per le sue attività, e a cui abbia rilasciato clausola di manleva preventivamente approvata dalla società;
- ✓ dipendenti e funzionari pubblici in genere per i quali sia stata giudizialmente accertata con sentenza passata in giudicato l'assenza di colpa grave;
- ✓ volontari in genere.

Resta in ogni caso impregiudicato il diritto di rivalsa spettante al contraente e alla Pubblica Amministrazione per legge.

ART. 23 – 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..

SEZIONE IV

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 24 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

Polizza Infortuni cumulativa

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 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.

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.

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.

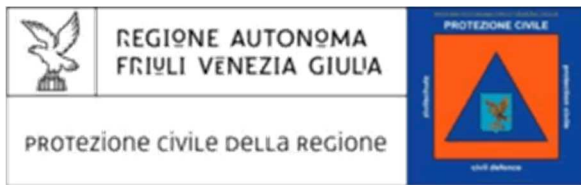
L'assicurazione decorre da quando l'operatore sale sul mezzo di trasporto e cessa nel momento in cui ad attività ultimata ne discende, o quando di propria volontà abbandona il gruppo per interrompere l'attività di Protezione Civile. Nel caso di abbandono dell'attività per cause indipendenti dalla propria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

ART. 25 CATEGORIE ASSICURATE E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

La presente polizza è stipulata per tutte le categorie identificate nella sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE* per le quali il Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli assicurati, come nel dettaglio precisato.

Per le categorie identificate non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.



Polizza Infortuni cumulativa

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate, per il computo del premio, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione dell'Ente e di altri documenti equipollenti.

Il Contraente e gli assicurati sono inoltre esonerati dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tali importi, le stesse saranno proporzionalmente ridotte.

Polizza Infortuni cumulativa

SEZIONE V ESCLUSIONI

ART. 26 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

1. guerra dichiarata o non dichiarata, insurrezione, occupazione militare, invasione, salvo quanto stabilito all'articolo *RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO*;
2. abuso di psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
3. uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto stabilito all'articolo *RISCHIO VOLO*;
4. pratica professionistica di qualsiasi sport; salvo che l'assicurato provi che l'infortunio non ebbe alcun rapporto con tali eventi;
5. delitti dolosi tentati o compiuti dall'assicurato;
6. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, e simili);
7. stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
8. conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure non resi necessari da infortunio;
9. partecipazione a gare e corse calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e dalla partecipazione a corse e gare che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura.

ART. 27 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

ART. 28 LIMITI DI ETÀ – **TEC. 2.2 - Opzione base – vale 0 punti**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Per quelle persone che raggiungono tale limite in corso di contratto, la copertura assicurativa resta valida fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

ART. 28 LIMITI DI ETÀ – **TEC. 2.2 - Variante migliorativa 1) – 10 punti**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni. Per quelle persone che raggiungono tale limite in corso di contratto, la copertura assicurativa resta valida fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

SEZIONE VI PRECISAZIONI ED ESTENSIONI DI GARANZIA

ART. 29 RISCHIO VOLO

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. 30 RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1912 del Codice Civile, la garanzia comprende gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, ordigni di guerra per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o insurrezioni, se e in quanto l'assicurato risulti sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

ART. 31 CALAMITÀ NATURALI

La garanzia comprende gli infortuni che gli assicurati subiscano in conseguenza di movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche. Nel caso di sinistro che colpisca più assicurati, l'onere a carico della Società non potrà superare comunque l'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

ART. 32 RIMBORSO SPESE DI CURA RESE NECESSARIE DALL'INFORTUNIO – **TEC. 2.3 - Opzione base** **– vale 0 punti**

È garantito il rimborso delle spese mediche rese necessarie dall'infortunio sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*. Il rimborso riguarda, a titolo esemplificativo e non limitativo le spese per:

- ✓ gli esami e gli accertamenti diagnostici e medico legali;
- ✓ gli onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- ✓ i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento compresi apparecchi terapeutici, protesici ed endoprotesi;
- ✓ le spese di ricovero e rette di degenza;
- ✓ i trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni e altre cure mediche occorrenti;
- ✓ le prestazioni mediche e infermieristiche;
- ✓ le cure e i medicinali, il sangue, plasma, l'acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari;
- ✓ esami di laboratorio, cure mediche e trattamenti riabilitativi;
- ✓ cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi;
- ✓ acquisto di apparecchi protesici ortopedici e protesi oculari;

Polizza Infortuni cumulativa

✓ spese farmaceutiche e medicinali prescritti resesi necessarie a seguito dell'infortunio.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

ART. 32 RIMBORSO SPESE DI CURA RESE NECESSARIE DALL'INFORTUNIO – TEC. 2.3 - Variante migliorativa 1) – 5 punti

È garantito il rimborso delle spese mediche rese necessarie dall'infortunio sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*. Il rimborso riguarda, a titolo esemplificativo e non limitativo le spese per:

- ✓ gli esami e gli accertamenti diagnostici e medico legali;
- ✓ gli onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- ✓ i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento compresi apparecchi terapeutici, protesici ed endoprotesi;
- ✓ le spese di ricovero e rette di degenza;
- ✓ i trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni e altre cure mediche occorrenti;
- ✓ le prestazioni mediche e infermieristiche;
- ✓ le cure e i medicinali, il sangue, plasma, l'acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari;
- ✓ esami di laboratorio, cure mediche e trattamenti riabilitativi;
- ✓ cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi;
- ✓ acquisto di apparecchi protesici ortopedici e protesi oculari;
- ✓ spese farmaceutiche e medicinali prescritti resesi necessarie a seguito dell'infortunio.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

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.

ART. 33 DIARIA DA RICOVERO – TEC. 2.4 - Opzione base – vale 0 punti

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato inabilità temporanea o ricovero, compreso day hospital e dai surgery, la Società liquiderà l'indennità giornaliera prevista per ogni giorno di degenza effettuato in istituti di cura pubblici, accreditati o privati, in Italia o all'estero, e sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno. L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'assicurato non trasmette tale certificato, è considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

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

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

ART. 33 DIARIA DA RICOVERO – TEC. 2.4 - Variante migliorativa 1) - 5 punti

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato inabilità temporanea o ricovero, compreso day hospital e dai surgery, la Società liquiderà l'indennità giornaliera prevista per ogni giorno di degenza effettuato in istituti di cura pubblici, accreditati o privati, in Italia o all'estero, e sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno. L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'assicurato non trasmette tale certificato, è considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

Polizza Infortuni cumulativa

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).

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

ART. 34 DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società liquiderà l'indennità giornaliera prevista all'assicurato cui siano applicate bende gessate, apparecchio gessato o tutore immobilizzante, per l'intera durata dell'immobilizzazione e sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*.

ART. 35 - DIARIA PER INABILITA' 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).

ART. 36 DANNI ESTETICI

(in caso di attivazione della garanzia)

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborserà le prestazioni sanitarie, per danni estetici dovuti a sfregi o deturpazioni, sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*.

Relativamente ai danni estetici sono rimborsate le spese documentate sostenute dall'assicurato, entro 2 anni dalla guarigione clinica ancorché successivamente alla scadenza di polizza, per cure e applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Il rimborso è effettuato a cura ultimata e previa presentazione di copia

della cartella clinica e notule di spesa in originale oppure in copia, nel caso sia intervenuto il Servizio Sanitario Nazionale, con la prova della quota di concorso erogata dal predetto Ente.

ART. 37 SPESE DI TRASPORTO A CARATTERE SANITARIO

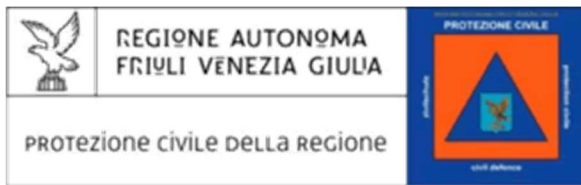
(in caso di attivazione della garanzia)

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborserà i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio all'ambulatorio e/o all'istituto di cura, il trasporto tra istituti di cura e dall'istituto di cura al domicilio dell'assicurato, sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*.

ART. 38 RIENTRO SANITARIO

(in caso di attivazione della garanzia)

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite previsto indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*, delle spese sostenute dall'assicurato in caso di infortunio che lo colpisca nel



Polizza Infortuni cumulativa

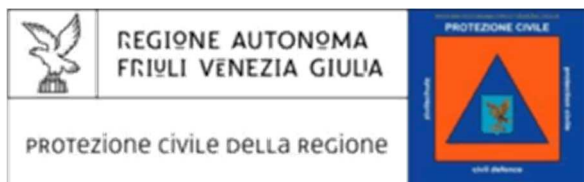
corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in struttura attrezzata in Italia.

Trasporto salma

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'assicurato, la Società rimborserà, fino al limite previsto indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*, le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'assicurato.

ART. 39 – 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.



Polizza Infortuni cumulativa

SEZIONE VII COSTITUZIONE DEL PREMIO

ART. 40 COSTITUZIONE DEL PREMIO E REGOLAZIONE

La presente assicurazione è soggetta a regolazione del premio.

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base dai seguenti elementi variabili:

- a) Dipendenti della Protezione Civile della Regione: numero persone 175
- b) Volontari e Operatori di Protezione Civile: numero giornate-presenza 75.000.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il contraente deve comunicare per iscritto alla società i dati a consuntivo dei parametri sopra indicati. Le eventuali differenze attive/passive del premio risultanti dal conteggio devono essere saldate nei 60 giorni dalla data di consegna dell'appendice di regolazione, emessa correttamente dalla società.

Verifiche e controlli

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

Categorie e parametri per il calcolo del premio: Operatori di Protezione Civile

- a) Dipendenti della Protezione Civile della Regione
Numero persone: 175
- b) Altri Operatori di Protezione Civile (Volontari; 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; Personale di somministrazione di lavoro temporaneo; Sindaci e soggetti incaricati; soggetti in ambito di progetti di formazione e informazione)
Numero giornate presenza: 75.000

Conteggio del premio	Premio lordo pro capite	Premio lordo annuo totale
A. Numero persone 175	€ ... per persona	€
B. Numero giornate presenza: 175.000	€ ... per giornata presenza	€

SEZIONE VIII NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

ART. 41 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, a parziale deroga dell'art.1913 del Codice Civile, l'ufficio competente alla registrazione e denuncia del Contraente, deve darne avviso alla Società entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui ne abbia avuto conoscenza attraverso una qualsiasi comunicazione scritta.

La denuncia deve contenere il luogo, il giorno e l'ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.

Il decorso delle stesse deve essere documentato con continuità da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta ed inviare 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, l'ufficio competente alla registrazione e denuncia deve darne immediato avviso alla Società nel momento in cui ne è venuto a conoscenza 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. 42 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

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

Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro 2 anni dal giorno dell'evento. Tale indennizzo è liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, qualora dopo il pagamento di indennizzo per invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'assicurato morisse, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi dell'assicurato, non sono tenuti ad alcun rimborso e hanno diritto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Morte presunta

La Società dichiara che se il corpo dell'assicurato non venisse trovato entro un anno sarà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte da infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità e 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 polizza.

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

Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquiderà per tale titolo

Polizza Infortuni cumulativa

e solo in questo caso un'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. 1124/1965 (settore industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, malattie con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta siano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

L'indennizzo per invalidità permanente è riconosciuto a condizione che sussistano postumi permanenti e che gli stessi si siano stabilizzati entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza. Nel caso in cui, trascorsi 2 anni dall'infortunio, i postumi dello stesso non risultino ancora stabilizzati, l'indennizzo sarà liquidato in via definitiva secondo la valutazione in riferimento al quadro presentato dall'assicurato in quel momento.

Accertamento del grado di invalidità permanente

Il grado di invalidità permanente è accertato secondo i seguenti criteri:

- ✓ la perdita totale e irrimediabile della funzionalità di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso. Se si tratta di limitazione della funzionalità, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- ✓ nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;
- ✓ la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;
- ✓ per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;
- ✓ in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- ✓ in caso di constatato mancinismo le percentuali suesposte riferite all'arto superiore destro s'intendono applicate all'arto sinistro e viceversa;
- ✓ in caso di valutazione della **invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%**, sarà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata. **TEC. 2.5 - Opzione base – vale 0 punti**
- ✓ in caso di valutazione della **invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%**, sarà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata. **TEC. 2.5 - Variante migliorativa 1 – vale 10 punti**

TEC. 2.6 - Opzione base – vale 0 punti

Ai fini della presente assicurazione, è stabilita l'applicazione di una franchigia assoluta del **4%** 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 **4%** della totale;
- ✓ sarà applicata la franchigia del **4%** 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.

TEC. 2.6 - Variante migliorativa 1 – vale 10 punti

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;

Polizza Infortuni cumulativa

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.

Rimborso spese di cura rese necessarie dall'infortunio

La Società rimborsa le spese di cura rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile e sostenute entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

I rimborsi sono effettuati dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia e in euro. Qualora l'assicurato fruisca di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private) la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Diaria da ricovero – Diaria da immobilizzazione

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità 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 37 sezione VI per i casi di invalidità 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

Diaria da immobilizzazione

La diaria da immobilizzazione è corrisposta dal giorno di entrata in istituto di cura o ambulatorio per l'applicazione delle bende gessate o del tutore immobilizzante fino alla loro rimozione, ma comunque per un periodo massimo di 180 giorni per sinistro.

ART. 43 CUMULO INDENNIZZI

L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente l'assicurato muore entro 2 anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

ART. 44 MODALITÀ DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Relativamente a ogni garanzia sottoscritta che sia stata interessata da sinistro, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà gli indennizzi che risultino dovuti, ne darà comunicazione agli interessati e provvederà al pagamento entro 1 mese. Per gli infortuni avvenuti all'estero il pagamento sarà effettuato in Italia nella valuta vigente.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che gli indennizzi siano stati liquidati o comunque offerti in misura determinata, la Società paga ai beneficiari o agli eredi l'importo liquidato od offerto.

ART. 45 ANTICIPO INDENNIZZO

Per invalidità permanente di grado superiore al 10% l'assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo di indennizzo. Tale richiesta deve essere presentata dopo 1 mese dall'inoltro della denuncia di sinistro.

La Società, entro 1 mese dalla richiesta, provvederà all'erogazione di un importo pari al 50%, della somma che, sulla base di stime preliminari, risulterà al momento indennizzabile. Non si darà luogo a erogazione di anticipi qualora sussistano giustificati dubbi sull'indennizzabilità del danno.

Polizza Infortuni cumulativa

ART. 46 DETERMINAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione di fatto annua dell'infortunato quella percepita nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicato per le mensilità di contratto; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 mesi precedenti per i titoli di cui sopra, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Se al momento dell'infortunio l'assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, la retribuzione annua sarà calcolata sulla base di quanto percepito fino al giorno dell'infortunio, moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso tra la data di assunzione in servizio e quella dell'infortunio.

ART. 47 CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se e in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un collegio di 3 medici, nominati uno per parte e 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 il Contraente o 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. 48 OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, entro 2 mesi dal termine della prima scadenza semestrale di ogni anno e a ogni semestre successivo al primo, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri denunciati così suddiviso:

- ✓ sinistri denunciati (con indicazione del numero di sinistro attribuito dall'assicuratore e possibilmente dal Broker, della data dell'evento, della data di denuncia e della tipologia);
- ✓ sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- ✓ sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- ✓ sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte);
- ✓ descrizione dell'evento (per ciascun sinistro dovrà essere precisato se si tratta di morte o invalidità permanente e la relativa causa: infortunio professionale, infortunio extraprofessionale, malattia).

Tali report dovranno essere forniti preferibilmente anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker, fermo restando che la semplice richiesta scritta del Contraente e/o del Broker attiva gli obblighi di cui sopra. La documentazione dovrà essere fornita mediante supporto informatico (formato excel), utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 1 mese dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica dal Contraente e/o dal Broker. Le predette statistiche potranno essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di disdetta di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE* la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 1 mese dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Polizza Infortuni cumulativa

SEZIONE IX SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE

ART. 49 SOMME ASSICURATE E FRANCHIGIE

Per ciascuna categoria, l'assicurazione è prestata per le garanzie e somme assicurate di seguito dettagliate.

TEC. 2.7 - Opzione base – vale 0 punti

CATEGORIE ASSICURATE	
Morte	€ 500.000,00
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	€ 700.000,00
Diaria per inabilità temporanea (Operativa per la sola categoria Volontari e Operatori Protezione Civile)	€ 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/immobilizzazione	€ 105,00 al giorno con il massimo di 60 giorni per sinistro
Rimborso spese mediche/cura	€ 13.000,00
Spese di trasporto a carattere sanitario	€ 5.000,00
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.

TEC. 2.7 - Variante migliorativa 1) – vale 5 punti

CATEGORIE ASSICURATE	
Morte	€ 500.000,00
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	€ 700.000,00
Diaria per inabilità temporanea (Operativa per la sola categoria Volontari e Operatori Protezione Civile)	€ 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/immobilizzazione	€ 120,00 al giorno con il massimo di 60 giorni per sinistro
Rimborso spese mediche/cura	€ 13.000,00
Spese di trasporto a carattere sanitario	€ 5.000,00
Rientro sanitario	€ 5.000,00
Rimpatrio salma	€ 5.000,00

Polizza Infortuni cumulativa

Danno estetico	€ 5.000,00
----------------	------------

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

TEC. 2.7 - Variante migliorativa 2) – vale 10 punti

CATEGORIE ASSICURATE	
Morte	€ 500.000,00
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	€ 700.000,00
Diaria per inabilità temporanea (Operativa per la sola categoria Volontari e Operatori Protezione Civile)	€ 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/immobilizzazione	€ 120,00 al giorno con il massimo di 60 giorni per sinistro
Rimborso spese mediche/cura	€ 15.000,00
Spese di trasporto a carattere sanitario	€ 7.500,00
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. 50 LIMITE CATASTROFALE E/O CALAMITA' NATURALE – TEC. 2.8 – Opzione base – vale 0 punti

In caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare l'importo di € 10.000.000,00.= quale sia il numero delle persone assicurate con la presente polizza. Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

ART. 50 LIMITE CATASTROFALE E/O CALAMITA' NATURALE – TEC. 2.8 – Variante migliorativa 1) – vale 8 punti

In caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare l'importo di € 12.000.000,00.= quale sia il numero delle persone assicurate con la presente polizza. Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Polizza Infortuni cumulativa

SEZIONE X

CALCOLO DEL PREMIO

ART. 51 CALCOLO DEL PREMIO

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. 3 Sezione III 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. Dipendenti Protezione Civile Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia;
- B. 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).

Parametro a preventivo	Premio lordo procapite	Premio lordo totale
A. Numero dipendenti: 175	€... per persona	€
B. Numero giornate presenza: 75.000	€... per giornata presenza	€

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	
Imposte	€	
TOTALE	€	

ART. 52 RIPARTO DI COASSICURAZIONE

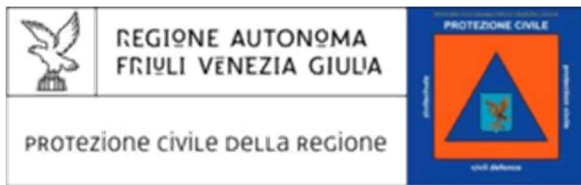
Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

ART.53 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.



Polizza Infortuni cumulativa

Il Contraente (firma)

La Società delegataria (firma)

Le coassicuratrici (firma)