

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI
Lotto 2**

CIG Z00192A995

La presente polizza è stipulata tra

ARDISS FVG
SALITA MONTE VALERIO 2
34127 TRIESTE
P.IVA 01241240322 – C.F. 01241240322

e

COMPAGNIA
AGENZIA
INDIRIZZO
C.F./P.I.

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	30/09/2016
Alle ore 24.00 del :	30/09/2019

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	30/09
-------------------------------	--------------

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 Proroga tecnica dell'assicurazione
- Art.5 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art.6 Tracciabilità dei flussi finanziari
- Art.7 Regolazione del premio
- Art.8 Recesso a seguito di sinistro
- Art.9 Modifiche dell'assicurazione
- Art.10 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art.11 Tutela dei lavoratori dipendenti
- Art.12 Segreto professionale e obbligo di riservatezza
- Art.13 Trattamento dei dati personali
- Art.14 Codice di comportamento
- Art.15 Oneri fiscali
- Art.16 Foro ed Organismo di mediazione competenti
- Art.17 Interpretazione del contratto
- Art.18 Titolarietà dei diritti nascenti dal contratto
- Art.19 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
- Art.20 Coassicurazione e delega
- Art.21 Clausola Broker
- Art.22 Rinvio alle norme di legge

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione
- Art.2 Rimborso spese mediche
- Art.3 Diaria di ricovero
- Art.4 Diaria di gessatura
- Art.5 Diaria per inabilità temporanea
- Art.6 Spese di trasporto a carattere sanitario
- Art.7 Rientro della salma
- Art.8 Danni estetici
- Art.9 Rischio aeronautico
- Art.10 Servizio militare
- Art.11 Rischio guerra
- Art.12 Atti di terrorismo

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

- Art.1 Esclusioni
- Art.2 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

SEZIONE 5 GESTIONE E LIQUIDAZIONE 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	Franchigie
Art.6	Limite di massimo indennizzo
Art.7	Rinuncia all'azione di surroga
Art.8	Responsabilità del Contraente

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

Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Polizza :	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente :	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato :	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario :	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società :	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker :	La SEVERAL SRL quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio :	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo :	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia :	La parte di danno in importo fisso che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto :	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
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.
Infortunio :	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità permanente :	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea :	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto di cura:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque

	stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.

Art.2 – Identificazione degli Assicurati

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

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento alle evidenze amministrative tenute 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. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C..

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto immediato rispetto alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'art. 1897 C.C.. La Società corrisponderà, al netto dell'imposta, la quota di premio pagata e non consumata, a scelta del Contraente, immediatamente oppure in occasione della scadenza dell'annualità di premio.

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio così pure le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione o durante il corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto di indennizzo, né riduzione dello stesso sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui le circostanze si sono verificate.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

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

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

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

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

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

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza.

Art.3 - Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo.

Per il pagamento del relativo premio è operante il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento delle rate successive.

Il Contraente si riserva di recedere dal contratto qualora accerti la disponibilità di nuove convenzioni Consip o accordi quadro di centrali di committenza che rechino condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui l'impresa non sia disposta ad una revisione del prezzo 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 - Proroga tecnica dell'assicurazione

A norma dell'art. 57, comma 7 del D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163 il presente contratto non potrà essere tacitamente e automaticamente rinnovato.

E' comunque in facoltà della Contraente richiedere il rinnovo del contratto, se lo stesso ne ravviserà l'opportunità e la convenienza, rinnovo che la Società dovrà espressamente accordare.

E' facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 60 (sessanta) giorni antecedenti la scadenza di ciascun contratto, richiedere una proroga tecnica dell'appalto, non superiore a n. 180 (centottanta) giorni, finalizzata al completamento delle procedure di gara per la selezione del nuovo affidatario del servizio stesso. Pertanto, la Società si impegna, a prorogare il servizio di copertura assicurativa a fronte della corresponsione del relativo corrispettivo e alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

Art.5 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

La deroga dei termini di pagamento di cui al precedente capoverso si applica anche ad ogni appendice a titolo oneroso emessa a variazione del contratto.

I premi devono essere pagati alla Società assicuratrice per il tramite del Broker incaricato della gestione 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 quella della scadenza e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Si precisa che i rapporti contrattuali dovranno conformarsi alle disposizioni relative agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13/08/2010, n. 136

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.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006

ss.mm.ii, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti al primo capoverso del presente articolo.

Art.6 – Tracciabilità dei flussi finanziari

1. L'Impresa assicuratrice assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i., tra i quali in particolare gli obblighi di seguito richiamati.
2. L'Impresa assicuratrice si obbliga ad utilizzare uno o più conti correnti bancari o postali, accesi presso le banche o presso la società Poste italiane S.p.A., dedicati, anche non in via esclusiva, alle commesse pubbliche. Nel caso di utilizzo di altri conti, entro sette giorni dall'accensione del nuovo conto corrente o, nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative al presente contratto, l'affidatario comunica all'ARDISS gli estremi identificativi del conto corrente, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso, nonché ogni modifica relativa ai dati trasmessi.
3. L'Impresa assicuratrice si obbliga ad inserire negli eventuali contratti sottoscritti con eventuali subcontraenti, stipulati per l'esecuzione, anche non esclusiva, del presente contratto, un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari. Tale clausola deve essere inserita a pena di nullità assoluta del contratto e l'affidatario si obbliga a trasmettere all'ARDISS copia dei citati contratti.
4. L'Impresa assicuratrice che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i. ne dà immediata comunicazione all'ARDISS e alla Prefettura – Ufficio territoriale del Governo della provincia di Trieste.
5. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni determina la risoluzione di diritto del contratto ai sensi del comma 8 del precitato art. 3 della Legge n. 136/2010.

Art.7 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

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

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Per quanto attiene alla regolazione del premio si terrà conto, a meno di indicazioni diverse riportate nelle specifiche sezioni, del premio annuo lordo pro capite conteggiato in base ai giorni di effettiva copertura.

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

Art.8 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 90 (novanta) giorni da darsi con lettera raccomandata.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

Art.9 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art.10 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

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

Art.11 - Tutela dei lavoratori dipendenti

1. L'Impresa assicuratrice assume a proprio carico tutti gli oneri assicurativi e previdenziali di legge e si impegna ad osservare le vigenti norme in materia di sicurezza sul lavoro e di retribuzione dei lavoratori dipendenti.

Art.12 - Segreto professionale ed obbligo di riservatezza

1. L'Impresa assicuratrice, pena la risoluzione del contratto e fatto salvo in ogni caso il risarcimento dei danni subiti dall'ARDISS, non dovrà divulgare, anche successivamente alla scadenza del contratto, notizie relative all'attività svolta dall'Agenzia o di terzi di cui sia venuta a conoscenza nell'esecuzione delle prestazioni contrattuali; si impegna inoltre a non eseguire ed a non permettere che altri eseguano copia, estratti, note ed elaborazioni di qualsiasi atto o documento di cui sia eventualmente venuto in possesso in ragione dell'espletamento del servizio.

2. L'Impresa assicuratrice si impegna pertanto all'osservanza del segreto professionale, richiamando l'attenzione dei propri dipendenti su quanto disposto dall'articolo 622 del codice penale, nonché dal T.U. sulla tutela dei dati personali D.Lgs. n. 196/2003.

Art.13 - Trattamento dei dati personali

1. Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 si forniscono le seguenti informazioni:

- finalità del trattamento dei dati: i dati forniti dall'Impresa assicuratrice sono necessari per la stipula e l'esecuzione del presente contratto;
 - modalità del trattamento dei dati: il trattamento sarà effettuato in forma analogica e digitale a cura dell'ARDISS, nonché, per la parte informatizzata, a cura di Insiel S.p.A;
 - natura del conferimento dei dati: il conferimento dei dati è obbligatorio per la stipula del presente contratto e per l'esecuzione dello stesso;
 - categoria dei soggetti ai quali vengono comunicati: ad altri Enti pubblici, agli Enti previdenziali, assistenziali ed assicurativi, istituti di credito per la gestione dei rapporti dei diretti interessati e ai soggetti interessati per l'esercizio del diritto di accesso agli atti amministrativi ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e regolamento;
 - titolare del trattamento dei dati relativi alla presente procedura è l'ARDISS;
 - il Responsabile del trattamento dei dati relativi alla procedura medesima è Direttore generale pro tempore;
 - per la parte informatizzata, responsabile del trattamento è Insiel Spa;
2. L'Impresa assicuratrice può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003.

Art.14 - Codice di comportamento

1. Si richiama il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, approvato con DPR 16 aprile 2013, n. 62, e si richiama specificamente il Codice di comportamento dei dipendenti della Regione autonoma Friuli

Venezia Giulia, approvato con D.P.Reg. n. 039/Pres. dd. 24/02/2015 (pubblicato nel BUR dd. 11/03/2015, link: <http://bur.regione.fvg.it/newbur/visionaBUR?bnum=2015/03/11/10>), quest'ultimo da considerarsi quale parte integrante del presente contratto, sebbene non allegato. In ottemperanza dell'articolo 2 del Codice, gli obblighi di condotta previsti dallo stesso per i dipendenti pubblici sono estesi anche nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo dell'Impresa assicuratrice. L'Impresa assicuratrice garantisce pertanto che tutti i soggetti incardinati a qualsiasi titolo nella propria organizzazione, che abbiano contatti, per ragioni legate all'esecuzione del presente contratto, con dipendenti dell'ARDISS, prendano visione del codice di comportamento di cui sopra.

2. L'ARDISS ha la facoltà di risolvere il contratto in caso di violazione da parte del contraente degli obblighi di cui al Codice di comportamento dei dipendenti della Regione Friuli Venezia Giulia in ragione della gravità della violazione.

3. L'Impresa assicuratrice non deve aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo né aver attribuito incarichi a ex dipendenti regionali che si trovino nella condizione di limitazione temporale della libertà negoziale. Tale limitazione riguarda i dipendenti che, avendo esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Amministrazione regionale, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. Le violazioni di dette disposizioni comportano la nullità del presente contratto.

4. È fatto divieto ai soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione, che abbiano concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o abbiano attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici che si trovino nella suddetta condizione di limitazione temporale della libertà negoziale, di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Art.15 - 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.16 - Foro Competente

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 il Contraente ha sede legale.

Art.17 - 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.18 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

La presente assicurazione è stipulata in nome proprio e per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 Codice Civile.

Art.19 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società alle scadenze annuali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) numero sinistri denunciati;
- b) numero sinistri riservati riportando per ogni sinistro i seguenti dati: numero di sinistro, data del sinistro, nominativo dell'assicurato o della controparte, importo a riserva e motivazione;
- c) sinistri liquidati riportando per ogni sinistro i seguenti dati: numero di sinistro, data del sinistro, nominativo dell'assicurato o della controparte, data di liquidazione, importo liquidato, importo di scoperto e/o franchigia;

- d) sinistri respinti riportando per ogni sinistro i seguenti dati: numero di sinistro, data del sinistro, nominativo dell'assicurato o della controparte, data di chiusura della pratica, motivazione scritta della reiezione.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art.20 - Coassicurazione e delega (opzionale)

L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile _____ all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile _____ la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Il pagamento dei premi viene effettuato dal Contraente per il tramite del broker a ciascuna coassicuratrice e tale procedura è accettata dalla Società Delegataria e dalle Coassicuratrici.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea d'impresa costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria. Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'impresa concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

Art.21 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza ad SEVERAL SRL in qualità di broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche tramite il Broker, ed in tal caso si intenderanno come fatte all'altra Parte.

La Società Assicuratrice inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato.

Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di una comunicazione scritta del Broker alla Società Assicuratrice.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. L'opera del broker sarà remunerata, come da offerta economica di aggiudicazione della procedura di affidamento del servizio di consulenza e brokeraggio assicurativo.

La Società è inoltre a conoscenza che non appena il contratto di brokeraggio assicurativo, stipulato dal Contraente con SEVERAL SRL, scadrà, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo.

Art.22 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere.

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

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti artt.7, 8 e 9 della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo.

Art.2 – Rimborso spese mediche

La Società in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza per sinistro di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute:

- durante il ricovero in Istituto di cura pubblico, accreditato, privato per onorari di medici, chirurghi, anestesisti ed assistenti, per diritti di sala operatoria, materiali d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento;
- per rette di degenza;
- per intervento chirurgico ambulatoriale
- post ricovero per terapie riabilitative, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni infermieristiche, medicinali.

Art.3 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art.4 – Diaria 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.

Art.5 – Diaria per inabilità temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

Art.6 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, 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 con il mezzo di trasporto ritenuto più idoneo dai medici. Il rimborso avverrà nei limiti del massimale indicato nell'apposita scheda della Sezione 6 e verrà limitato ad un massimo di due viaggi.

Art.7 – Rientro della salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rientro della salma dell'Assicurato fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €.2.000,00.=, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente od effettuato nell'ambito di un'iniziativa dal medesimo promossa.

Art.8 – 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. 9– Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri, durante voli turistici o di trasferimento, con esclusione dei voli effettuati da aeroclubs o da società di lavoro aereo non in occasione di trasporto pubblico di passeggeri.

La garanzia è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

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

- €.1.000.000,00.= per il caso di morte
- €.1.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €. 260,00.= per il caso di inabilità temporanea

per persona e di:

- €.10.200.000,00.= per il caso di morte
- €.10.200.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- € 10.400,00.= per il caso di inabilità temporanea

complessivamente per aeromobile.

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

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

Art.10 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere

eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

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

Art.11 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 12 – Atti di terrorismo

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici a cui l'assicurato abbia partecipato in modo volontario.

E' definita 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 singola persona, diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

1. eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto dalla Sez. 3 art. 11;
2. atti di terrorismo, salvo quanto previsto dalla Sezione 3, art. 12;
3. guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 9, Sezione 3;
4. dolo dell'Assicurato;
5. partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
6. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
7. stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
8. conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e da esposizioni ionizzanti;
9. partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo;
10. le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

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 ottant'anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità

fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;

2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici; sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

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 15° 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.

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 telefax e/o telegramma.

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, in parti uguali agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

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, la Società corrisponderà ai beneficiari, o in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte ove questa sia superiore e non chiederà il rimborso in caso contrario.

b) MORTE PRESUNTA

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

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

indennizzabili a norma della presente assicurazione.

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 relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 4.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

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.

Per i casi in cui l'infortunio indennizzabile a termini di polizza comporti una invalidità permanente di grado prevedibilmente superiore al 20% (ventipercento), la Società porrà a disposizione dell'Assicurato, a titolo di acconto, un importo pari ad un terzo dell'indennità corrispondente all'indennizzo valutato al momento, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Il pagamento di tale anticipazione da parte della Società avverrà entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione medica da cui risulta l'entità presunta dell'invalidità permanente.

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, integralmente.

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 in caso di infortunio rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza per sinistro di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute:

- durante il ricovero in Istituto di cura pubblico, accreditato, privato, per rette di degenza, per onorari di medici, chirurghi, anestesisti ed assistenti, per diritti di sala operatoria, materiali d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento; accertamenti diagnostici, terapie riabilitative, medicinali; per spese di trasporto all'Istituto di cura con ambulanze e/o altri mezzi speciali di soccorso nonché per il rientro al domicilio;
- per intervento chirurgico ambulatoriale,
- post ricovero per terapie riabilitative, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni infermieristiche, medicinali.

Nel caso le prestazioni vengano fornite dal Servizio Sanitario Nazionale la Società rimborserà quanto rimasto a carico dell'Assicurato.

Il rimborso viene effettuato dalla Società su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati, della certificazione medica, compresa eventuale cartella clinica.

A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti giustificativi di spesa per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia su presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute al di fuori dell'area dell'Euro i rimborsi verranno effettuati in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Art.3 – Controversie

Per le divergenze sulla natura, causa ed entità delle lesioni nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo medico, questo verrà scelto, fra gli specialisti in medicina legale e delle assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio dei medici.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto

concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano sin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

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 entro 30 giorni al pagamento.

Art.5 - Franchigie

L'ammontare delle indennità viene determinata tenendo conto delle seguenti franchigie:

- a) invalidità permanente:
 - sulla parte di somma assicurata non eccedente € 300.000,00 l'indennità viene liquidata senza applicazione di franchigia;
 - sulla parte di somma assicurata eccedente € 300.000,00 l'indennità viene liquidata con applicazione di franchigia assoluta del 3%;
- b) inabilità temporanea: l'indennità viene liquidata a partire dal sesto giorno successivo all'accadimento dell'infortunio.

Art. 6 – Limite di massimo indennizzo

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di Euro 10.200.000,00

Art.7 - Rinuncia all'azione di surroga

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

Art. 8 – Responsabilità del Contraente

Essendo la presente assicurazione stata stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari, se indicati in polizza, o gli eredi secondo le norme della successione testamentaria o legittima, non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese da Lui sostenute.

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

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

Art.1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti

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

Art.1.1 Studenti a contratto (L. 309/91 art. 13)

L'Assicurazione copre gli infortuni che possono subire gli studenti, i laureati, i collaboratori in genere che prestano attività ai servizi amministrativi e didattici dell'Ente, come ad esempio: attività d'ufficio, sorveglianza ed assistenza nella consultazione e prestito librario presso le biblioteche, di informazione agli studenti, servizio di orientamento e tutorato, distribuzione modulistica, assistenza agli utenti sui sistemi di accesso alle segreterie amministrative e didattiche, interventi di assistenza e accoglimento degli studenti stranieri, servizi di archiviazione atti e fotocopiatura, battitura tesi e smistamento corrispondenza, sorveglianza laboratori informatici e didattici, supporto dell'allestimento e svolgimento di manifestazioni di carattere espositivo, sportivo, folcloristico, culturale, sociale. È compreso il rischio in itinere

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€.....250.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€.....300.000,00.=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€.....2.500,00.=

Numero di assicurati	7
-----------------------------	---

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. Il premio alla firma viene determinato dalla somma dei premi della sezione 1.1, di cui vengono forniti gli elementi variabili iniziali.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dal Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi 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 riferimento alla variazione degli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per il Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Categoria	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo unitario	Totale
Art.1.1 Studenti a contratto	Numero assicurati	7		
TOTALE				

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	
Imposte	€	
Totale premio annuo lordo	€	

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.

Letto, accettato e sottoscritto in ----- il -----

Il Contraente
