

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA
N.**

Stipulata tra



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

e

la Compagnia Assicuratrice

DURATA DEL CONTRATTO

Dalle ore 24:00 del **30/06/2025**

Alle ore 24:00 del **30/06/2028**

Rateazione semestrale (30/06 – 31/12)

Sommario

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	4
Art. 1.1 Definizioni relative al contratto in generale	4
Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni	4
Art. 1.3 – Soggetti assicurati - Precisazioni	5
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE.....	6
Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio	6
Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio	6
Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori	6
Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione.....	7
Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro	7
Art. 2.6 – Revisione del prezzo	7
Art. 2.7 – Recesso.....	7
Art. 2.8 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo.....	8
Art. 2.9 – Cessazione anticipata del contratto.....	8
Art. 2.10 – Regolazione del premio	8
Art. 2.11 – Oneri fiscali.....	8
Art. 2.12- Partecipazione in coassicurazione.....	8
Art. 2.12 bis – Partecipazione in RTI.....	9
Art. 2.13 – Forma delle comunicazioni.....	9
Art. 2.14 – Clausola Broker.....	9
Art. 2.15 – Legittimazione	9
Art. 2.16 - Beneficiari	9
Art. 2.17 - Sanzioni Internazionali	10
Art. 2.18 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente.....	10
Art. 2.19 – Trattamento dati.....	10
Art. 2.20 – Tracciabilità flussi finanziari.....	10
Art. 2.21 – Interpretazione del contratto	10
Art. 2.22 – Disciplina dell'appalto	10
Art. 2.23 – Rinuncia alla rivalsa	10
SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA	10
Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione	10
Art. 3.2 – Estensioni di garanzia	11
3.2.1 - Spese di trasporto a carattere sanitario.....	11
3.2.2 - Rientro sanitario	11
3.2.3 - Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero).....	11
3.2.4 - Danni estetici.....	11
3.2.5 - Esposizione agli elementi	12
3.2.6 - Rischio volo.....	12
3.2.7 - Rischio guerra.....	12

3.2.8 - Raddoppio in caso di morte di Assicurato genitore	12
3.2.9 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio.....	12
3.2.10 - Responsabilità del contraente.....	13
3.2.11 - Commorienza	13
3.2.12 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona	13
3.2.13- Clausola Dirigenti.....	13
3.2.14- Clausola Quadri	14
Art. 3.3 – Delimitazione della garanzia - Esclusioni	14
Art. 3.4 – Persone non assicurabili	14
Art. 3.5 - Limiti territoriali	14
Art. 3.6 – Determinazione del danno	15
3.6.1 - Morte.....	15
3.6.2 - Morte Presunta	15
3.6.3 - Invalidità Permanente	15
3.6.4 - Spese di cura.....	15
3.6.5 - Diaria per Inabilità Temporanea, Ricovero, Gessatura	16
SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI	16
Art. 4.1 – Denuncia dell’infortunio ed obblighi relativi	16
Art. 4.2 – Modalità di pagamento dell’indennizzo	16
Art. 4.3 – Anticipo indennizzo	17
Art. 4.4 – Controversie	17
Art. 4.5 – Informazioni sui sinistri	17
SEZIONE 5 – CATEGORIE, SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO	18
Art. 5.1 – Categorie e somme assicurate (pro-capite).....	18
Art. 5.2 – Calcolo del premio.....	19
Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione.....	19
Art. 5.4 – Disposizione finale.....	19

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 Definizioni relative al contratto in generale

Contraente / FNOMCeO / Federazione	Il soggetto che stipula l' <i>assicurazione</i> : Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi Odontoiatri (FNOMCeO).
Assicurato	Il soggetto nell'interesse del quale è prestata garanzia.
Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che prestano l'assicurazione.
Broker	AON SPA
Assicurazione	Il contratto di assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di polizza.
Polizza	Il documento contrattuale che prova l'Assicurazione.
Capitolato Speciale / Capitolato Tecnico / (denominato anche CSA)	Il complesso delle norme, rappresentate in <i>polizza</i> , che regolano il rapporto contrattuale.
Garanzia	La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo.
Indennizzo / Indennità / Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Somme assicurate	Le somme massime che la Società è obbligata contrattualmente a pagare in caso di sinistro.
Periodo assicurativo / Annualità assicurativa	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	L'evento per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato il danno.
Franchigia	L'importo che, determinato a termini di polizza per ciascun sinistro, viene detratto dall'ammontare del danno e rimane a carico dell'Assicurato.
Scoperto	La percentuale di danno convenuta a carico del Contraente e determinata a termini di polizza per ciascun sinistro

Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni

Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalità permanente o un'inabilità temporanea.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo
Invalità permanente	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Inabilità temporanea	Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate.

Ricovero

Permanenza in struttura sanitaria / istituto di cura con pernottamento o in day hospital / day surgery.

Rischio in itinere

Infortunio che si verifichi a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione (compresa anche la salita e la discesa dai mezzi stessi e gli infortuni subiti dagli assicurati mentre attendono, in caso di fermata del mezzo, alle operazioni necessarie per la ripresa dalla marcia) e anche a piedi, dall'abitazione (abituale od occasionale) dell'assicurato e il luogo di lavoro (abituale od occasionale), ove si rechi a svolgere attività, mansioni o incarichi per conto del Contraente, e viceversa. La definizione di "itinere" comprende, a titolo esemplificativo ma non limitativo, il tragitto:

- ✓ dalla dimora abituale al lavoro e viceversa (sia prima e dopo l'orario di lavoro, che durante la pausa pranzo);
- ✓ dal luogo di lavoro ai luoghi di ristoro per consumare il pranzo e per il pernottamento (diversa dalla dimora abituale), e viceversa;
- ✓ dalla dimora abituale e/o dal luogo di lavoro ad altro luogo se il lavoratore presta servizio presso società o entità esterne (sedi della società diverse dalla propria sede di lavoro, clienti, fornitori, azionisti, sedi di meeting, convention, sedi corsi di formazione, e simili); dal luogo di lavoro ad altro luogo durante il servizio prestato fuori dal normale orario di lavoro, purché il Contraente dichiari per iscritto che l'assicurato svolgeva le sue mansioni su incarico del Contraente stesso.

Art. 1.3 – Soggetti assicurati- Precisazioni

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 5, 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 alle attività istituzionali e/o organizzate dal Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, compreso il rischio di itinere. Si conviene tra le parti espressamente che:

- 1.3.1** Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle evidenze ed alle registrazioni del Contraente. Tali registri od altri documenti equipollenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati e messi a disposizione, in qualsiasi momento, del personale incaricato dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.
- 1.3.2** L'assicurazione vale altresì nel caso di temporanea utilizzazione, da parte del Contraente, dell'Assicurato in mansioni diverse da quelle dichiarate in polizza. In tal caso l'assicurazione sarà ugualmente operante purché tali mansioni rientrino nella normale attività del Contraente. Gli Assicurati possono quindi svolgere attività di tirocinio di tipo manuale, sempre sotto la supervisione dei tutor, ed il Contraente ha facoltà di destinarli in qualunque struttura dell'Ente, come pure temporaneamente presso terzi, senza bisogno di denunciare in via preventiva l'eventuale cambiamento delle mansioni.
- 1.3.3** In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, e riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è obbligatoria ai sensi di legge o di CCNL, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.
- 1.3.4** Si precisa che la copertura per gli Assicurati è garantita dalla Società fino alla scadenza del periodo per cui è stato pagato il relativo premio.
- 1.3.5** 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.
- 1.3.6** La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.
- 1.3.7** Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

SEZIONE 2- NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio

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

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

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 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. 2.2 – Decorrenza della garanzia- Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza, se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

In ogni caso, a parziale deroga dell'art. 1901 codice civile, tenuto conto che il Contraente, per le proprie modalità amministrative, effettua i pagamenti solo tramite ordinativi bancari, preventivamente deliberati dagli uffici competenti, si conviene tra le parti che ogni copertura inerente la presente polizza decorre:

- per la rata iniziale di perfezionamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del contratto indicato in polizza a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, e venga comunicata alla Società;
- per le rate di premio successive, dalle ore 24:00 del giorno di scadenza della rata a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro 60 giorni dalla data di scadenza della rata e venga comunicata alla Società;
- per le appendici che comportino un pagamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del titolo, a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro il 60° giorno dal ricevimento del documento emesso dalla Compagnia e venga comunicata alla Società;
- per le appendici a premio zero, dalle ore 24:00 del giorno di comunicazione del Contraente al Broker o alla Società.

Se il Contraente/Assicurato non paga entro i termini e con le modalità suddette, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno della disposizione relativa al pagamento, sempreché ne venga data tempestiva comunicazione alla Società. Effettuato il pagamento, la garanzia verrà ripristinata senza soluzione di continuità anche relativamente al periodo in cui questa è stata sospesa, con esclusione dei sinistri accaduti nel periodo di scopertura, a condizione che gli stessi siano già conosciuti e denunciati dal Contraente/Assicurato.

Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori

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. 2.4 – Durata dell'assicurazione

Il presente contratto assicurativo ha la durata e la rateizzazione indicate in frontespizio.

Alla scadenza, previa verifica della congruità delle condizioni, è facoltà del Contraente procedere al riaffidamento per una ulteriore annualità.

In ogni caso, è facoltà del Contraente, nelle more del perfezionamento delle ordinarie procedure ad evidenza pubblica per il rinnovo del contratto, richiedere una proroga tecnica dello stesso contratto per il periodo massimo di 6 (sei) mesi, agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per il Contraente.

In tali casi (riaffidamento e/o proroga tecnica) l'Aggiudicatario è espressamente tenuto ed obbligato a garantire copertura assicurativa a semplice richiesta scritta della Federazione.

Alla scadenza definitiva, i contratti si intenderanno cessati senza obbligo di ulteriori comunicazioni. Al Contraente competerà comunque il pagamento di eventuali regolazioni maturate sino alla definitiva scadenza delle polizze e dell'eventuale riaffidamento / proroga. 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 D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti in relazione al pagamento della prima rata.

Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro

La Società ed il Contraente possono recedere dal presente contratto dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 90 giorni. In tale evenienza tutte le garanzie rimarranno operanti per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso e la Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Nel caso in cui le parti si siano avvalse della disdetta di cui all'Art. 2.9 – “Cessazione anticipata del contratto”, la facoltà concessa dal presente articolo non è operante.

Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso, da parte della Società, è subordinato al contestuale invio del “Report sinistri” di cui al successivo articolo 4.7 – “Informazioni sui sinistri”.

Art. 2.6 – Revisione del prezzo

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo 2.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO e **più precisamente al variare dell'indice ISTAT FOI in misura superiore al 15%** una parte, decorsi almeno 6 mesi 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 1 mese, 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.
- c) 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 2.7 RECESSO.

Art. 2.7 – Recesso

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo 2.6 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 1 mese 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. 2.8 – 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 2.6 REVISIONE DEL PREZZO e 2.7 RECESSO e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo REVISIONE DEL PREZZO dalla ricezione della citata dichiarazione.

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

Art. 2.9 – Cessazione anticipata del contratto

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 di 6 mesi di cui all'Art. 2.4 Durata dell'assicurazione.

Art. 2.10 – Regolazione del premio

Qualora il premio venga 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 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 assicurativo il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati richiesti in base ai quali si procederà ad effettuare la regolazione di premio.

Se il contraente/assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, la società deve fissare un ulteriore termine non inferiore a giorni 30, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione; la garanzia resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui il contraente/assicurato non abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo restando il diritto della Società ad agire giudizialmente.

In deroga a quanto sopra indicato, si conviene che nessuna regolazione è dovuta dal Contraente nella eventualità che gli elementi presi come base per il conteggio del premio non superino il 5% dell'importo presunto iniziale dichiarato. La regolazione è dovuta solo per l'importo che eccede tale soglia di esenzione.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

Il premio esposto in polizza deve intendersi quale premio minimo.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari. Ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio competente e non percepita. Tuttavia l'eventuale pagamento dei sinistri di competenza del periodo a cui si riferiscono le indicazioni inesatte o incomplete, sarà automaticamente sospeso fino a quando non sia ripristinata la regolarità amministrativa degli adempimenti suddetti.

Art. 2.11 – Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi, e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, agli indennizzi alle polizze ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento è stato anticipato dalla Società.

Art. 2.12- Partecipazione in coassicurazione

In caso di coassicurazione l'Assicurazione è ripartita per quote tra gli Assicuratori indicati nel riparto allegato e la Società delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dal presente contratto, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto e/o di diritto, dai rapporti che possono interessare gli Assicuratori presso le quali il rischio è stato assicurato o ripartito.

La Società delegataria, pertanto, è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare al Contraente/Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo, ferma la responsabilità solidale tra assicuratori, in deroga al Art. 1911 C.C.

Con la sottoscrizione della presente polizza le coassicuratrici danno mandato alla Società delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione nonché quelli relativi alla rappresentanza processuale, compiuti dalla Società delegataria in ragione e/o a causa della presente polizza.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, all'incasso dei premi di polizza, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Art. 2.12 bis – Partecipazione in RTI

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese (RTI), costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente.

Art. 2.13 – Forma delle comunicazioni

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

Art. 2.14 – 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.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.

In ragione delle delega all'incasso dei premi conferita dalla Società il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker e alle persone di cui deve rispondere si considera effettuato direttamente alla Società ai sensi dell'art. 118 comma 2 del D. Lgs. 209/2005. Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt.120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n.40/2018.

La remunerazione del Broker è pari al 12% (dodicipercento) da calcolarsi sul premio imponibile a carico della Società e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

Art. 2.15 – Legittimazione

Si prende atto che la presente Polizza viene stipulata dall'Ente Contraente a favore degli Assicurati.

Il Contraente che stipula l'Assicurazione adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, ed esercita conseguentemente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli Assicurati che s'intende espressamente acquisito e prestato in sede di promozione e stipula del presente contratto anche se qui non formalmente riprodotto e rappresentato.

Art. 2.16- Beneficiari

La Società dà e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli Assicurati si intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati stessi ed allegata agli atti che formano parte integrante del contratto.

Art. 2.17- Sanzioni Internazionali

La Compagnia non è tenuta a fornire copertura e a indennizzare alcuna richiesta di risarcimento o a pagare alcunché in virtù del presente contratto qualora essa, la sua capogruppo o la sua controllante, nel far ciò, incorrano nel pagamento di qualsivoglia sanzione, proibizione o restrizione prevista da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti dell'Unione Europea o degli Stati Uniti d'America

Art. 2.18 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni dattiloscritte, valgono unicamente le norme del Codice Civile. Si intendono pertanto abrogate tutte le condizioni di assicurazione eventualmente riportate a stampa.

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede dell'Assicurato

Art. 2.19 – Trattamento dati

Ai sensi del D. Lgs. 30giugno 2003 n. 196, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 2.20 – Tracciabilità 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. 2.21 – 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. 2.22 – Disciplina dell'appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione della presente polizza, ancorché non allegati.

Art. 2.23 – Rinuncia alla rivalsa

La società rinuncia, a favore dell'assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa e di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili.

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione

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

È considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio. Si intendono assicurati gli infortuni (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- a) derivanti dall'uso o guida di tutti i veicoli a motore e non, natanti, prototipi, compresa la salita e la discesa dagli stessi;
- b) derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi a parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile;
- c) derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, eventi socio-politici, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- d) derivanti da atti compiuti per dovere di solidarietà umana;
- e) derivanti da partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- f) causati da calamità e forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, inondazioni, frane, allagamenti, neve, grandine, smottamenti, valanghe, slavine;
- g) sofferti in stato di malore, vertigini e incoscienza o conseguenti a colpi di sonno;
- h) derivanti da, colpi di sole o di calore o di freddo e altre influenze termiche ed atmosferiche;

- i) derivanti dalla partecipazione in qualità di passeggero a viaggi su aeromobili o elicotteri in servizio pubblico di linea, o a voli charter e straordinari effettuati, sempre come passeggero, su velivoli eserciti da società di traffico aereo regolarmente abilitate.

Sono comunque equiparati ad infortunio:

- j) l'asfissia non di origine morbosa, il soffocamento;
- k) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze, anche aventi origine traumatica;
- l) contatto con acidi o corrosivi;
- m) le affezioni, le infezioni (comprese quelle tetaniche), alterazioni patologiche conseguenti a morsi, ustioni, punture di animali in genere, contatto con piante e/o vegetali in genere;
- n) l'annegamento;
- o) l'assideramento ed il congelamento;
- p) la folgorazione e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
- q) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie non traumatiche (intendendosi per "ernie traumatiche" quelle provocate da un trauma conseguente a infortunio), delle rotture sottocutanee dei tendini;
- r) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- s) le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente e le conseguenze patologiche provocate da impiego e/o contatto con materiale biologico (sangue, saliva, urine, reperti anatomici, e simili) e/o di altra natura;
- t) morte presunta;
- u) derivanti da aggressioni in genere;
- v) derivanti da utilizzo di armi da fuoco;
- w) malattie tropicali;
- x) ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici o trattamenti medici resi necessari a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Art. 3.2 – Estensioni di garanzia

3.2.1- Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 7.500,00, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato.

3.2.2- Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 7.500,00, delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

3.2.3- Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 7.500,00.

3.2.4- Danni estetici

In caso di infortunio non escluso dalla Condizioni della presente polizza, la Società rimborserà le prestazioni sanitarie, per danni estetici dovuti a sfregi o deturpazioni, sino a concorrenza dell'importo di euro 10.000,00 per evento.

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

3.2.5- Esposizione agli elementi

La Società in occasione di arenamento, incaglio, naufragio, sommersione, atterraggio e ammassaggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita d'orientamento) l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

3.2.6- Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'uso - ma soltanto in qualità di passeggero - di aeromobili, esclusi i viaggi effettuati su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili) nonché su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico o passeggeri, o su aeromobili di aeroclub.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa quando ne è disceso. La salita e la discesa, mediante scale o altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio volo.

Si intende compreso in garanzia anche il rischio volo in relazione allo svolgimento delle mansioni di addetto al servizio di emergenza territoriale 118 ed altre simili attività.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- euro 1.200.000,00 per il caso morte
- euro 1.200.000,00 per il caso invalidità permanente

per aeromobile:

- euro 25.000.000,00 per il caso morte
- euro 25.000.000,00 per il caso invalidità permanente.

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

3.2.7- Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'articolo 3.3 - Delimitazione della garanzia - Esclusioni, 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.

3.2.8- Raddoppio in caso di morte di Assicurato genitore

A seguito di morte di un assicurato conseguente ad evento garantito con la presente polizza, l'indennità per il caso morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, si intenderà aumentata del 100%. Ai figli minorenni vengono equiparati i figli maggiorenni che siano portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

3.2.9- Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa alle malattie riconosciute come professionali e/o contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

3.2.10- Responsabilità del contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità. L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.

3.2.11- Commorienza

Qualora lo stesso evento provochi la morte, oltre che dell'Assicurato, anche del coniuge e risultino beneficiari dell'Assicurazione figli di minore età o comunque studenti in regolare corso del piano di studi, l'indennizzo ad essi spettante si intende aumentato del 50%. Il maggiore esborso a carico della Società per effetto della presente estensione di garanzia non potrà comunque superare € 100.000,00.

3.2.12 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggior indennizzo non potrà, in ogni caso, superare l'importo di € 50.000,00.

3.2.13- Clausola Dirigenti

Relativamente alla categoria dei Dirigenti, si conviene quanto segue:

- l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro;
- per i casi di invalidità permanente, conseguenti ad infortunio o malattia professionale, di grado non inferiore al 50%, verrà corrisposto un indennizzo del 100%. Contestualmente al pagamento dell'indennità, la polizza cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato al quale è stata erogata la prestazione, nonostante lo stesso sia in grado di proseguire il rapporto di lavoro;
- qualora, in conseguenza di una malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso dell'invalidità permanente, verrà liquidata al 100%.

Per la sola categoria Dirigenti, l'Assicurazione è estesa alle affezioni critiche di seguito indicate:

1. Tumori principali
2. Attacco cardiaco
3. Ictus

La società liquiderà un importo forfettario di € 5.000,00 in seguito alla prima diagnosi di affezioni critica.

L'indennizzo è erogabile una sola volta durante la vigenza di polizza e la copertura cessa automaticamente per l'Assicurato che ha percepito l'indennizzo stesso a prescindere dal numero delle affezioni critiche riferibili alla persona assicurata.

Gli indennizzi sono soggetti ad un periodo di carenza pari a 90 gg dalla data di effetto della polizza e alla sopravvivenza dell'assicurato per almeno 15 gg dalla data della diagnosi.

Esclusioni:

La presente garanzia non si considera operante ad un evento che sia causato direttamente o indirettamente, interamente o in parte da qualsiasi delle seguenti evenienze:

- Suicidio tentato o consumato; atto di autolesionismo
- Sindrome di immunodeficienza acquisita AIDS, complesso AIDS correlato o qualsiasi infezione provocata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV)
- Anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette di una delle affezioni critiche oggetto di garanzia;
- Mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza di parere professionale fornito da un medico specialista abilitato
- Qualsiasi condizione preesistente;
- Dall'uso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni
- Termini per la denuncia del sinistro:

La comunicazione scritta di richiesta di risarcimento deve essere inviata alla società entro 60 gg dalla diagnosi di una malattia o patologia assicurata con la presente garanzia. La prova dell'insorgenza della di qualsiasi malattia o patologia assicurata deve essere provata dalla compresenza dei seguenti elementi:

- a) evidenza medica fornita da medici abilitati in possesso di adeguata specializzazione
- b) opportuni accertamenti, inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio.

La prova di una malattia o patologia assicurata deve essere fornita alla Società durante la vita dell'Assicurato ed entro i 6 mesi successivi alla diagnosi di tale malattia o patologia.

3.2.14- Clausola Quadri

Relativamente alla categoria dei quadri, si conviene quanto segue:

- L'Assicurazione può essere prestata in forma completa o integrativa INAIL. Se l'Assicurazione è prestata nella forma integrativa INAIL, in caso di infortunio o malattia professionale riconosciuti dall'INAIL, l'eventuale importo della capitalizzazione della rendita annua liquidata verrà detratto dall'indennizzo spettante ai sensi di polizza;
- per i casi di invalidità permanente, conseguenti ad infortunio o malattia professionale, di grado non inferiore al 70%, verrà corrisposto un indennizzo del 100%. Contestualmente al pagamento dell'indennità, la polizza cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato al quale è stata erogata la prestazione, nonostante lo stesso sia in grado di proseguire il rapporto di lavoro.

Art. 3.3 – Delimitazione della garanzia- Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove nonché a partecipazione di regate a vela fuori dal Mare Mediterraneo;
- b) dalla guida di: macchine agricole e operatrici; di natanti a motore per uso non privato; di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme arti marziali in genere, alpinismo oltre il 3° grado, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, guidoslitta, hockey, skeleton, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- d) dalla partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- e) da ubriachezza alla guida di mezzi da locomozione, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerra, insurrezioni, limitatamente al territorio della Repubblica Italiana, della Città Del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 3.4 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione e laddove una o più delle malattie sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore **a 80 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.

Art. 3.5- Limiti territoriali

l'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.6 – Determinazione del danno

L'assicurazione prevede l'indennizzo dei seguenti casi:

3.6.1- Morte

La Società liquida la somma assicurata ai beneficiari se l'assicurato, in conseguenza di infortunio muore entro due anni dal giorno stesso dell'infortunio. L'indennizzo non è cumulabile con quello di 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 corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

3.6.2- Morte Presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli art. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta da parte dell'Assicurato dell'intera somma liquidata, l'Assicurato stesso avrà così diritto all'indennizzo spettante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

3.6.3- Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con DPR 1124/65, con rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto. La Società corrisponde l'indennizzo 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 aver 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.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dal contratto per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Qualora l'invalidità sia totale o di grado superiore al 50% verrà liquidato l'intero massimale.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

3.6.4- Spese di cura

In caso di infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o un'invalidità permanente, la Società, rimborsa all'assicurato, – sempreché previste alla Sezione 5 della presente polizza - fino alla concorrenza del massimale indicato alla Sezione 5 valido per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- rette di degenza in istituti di cura pubblici o privati, onorari dei medici, chirurghi, assistenti, anestesisti, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, accertamenti diagnostici, medicinali;
- visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici, spese farmaceutiche, spese fisioterapiche e riabilitative in generale. In caso di ricovero anche le spese sostenute nei 60 giorni antecedenti il ricovero e quelle sostenute nei 120 giorni successivi alla dimissione;
- per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;

- d) di trasporto all'Istituto di Cura o posto di Pronto Soccorso o da un Istituto di Cura all'altro o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato;
- e) per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, con il limite per dente di Euro 500,00 e di Euro 1.000,00 relativamente alle spese sostenute per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie, per la perdita totale di un dente (avulsione) verrà corrisposto l'1% della invalidità permanente.

Il rimborso viene effettuato a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Qualora l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative sociali la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

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

3.6.5- Diaria per Inabilità Temporanea, Ricovero, Gessatura

Qualora sia provato che l'infortunio, indennizzabile ai termini della presente polizza 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, – sempreché prevista alla Sezione 5 della presente polizza - liquida l'indennità giornaliera:

- integralmente, in caso di ricovero o di applicazione di gessatura, nonché per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni professionali;
- nella misura del 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali.

Il computo dei giorni per il quale si riconosce l'indennizzo decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio, se regolarmente denunciato, o in caso di ritardo dalle ore 24 della denuncia, dedotto il numero di giorni eventualmente in franchigia. L'indennizzo è dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in istituto di cura o applicazione della gessatura, fermo restando che la liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo rinnovo di certificati medici.

- L'indennità viene corrisposta, in caso di inabilità temporanea, per il periodo massimo previsto di 360 giorni.
- L'indennità viene corrisposta, in caso di ricovero, per il periodo massimo previsto di 360 giorni.
- L'indennità viene corrisposta, in caso di gessatura, per il periodo massimo previsto di 45 giorni.

Le diarie relative ad un medesimo periodo giornaliero non sono cumulabili tra loro, tuttavia in caso di indennizzabilità di più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella di importo maggiore.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio venga ricoverato in un reparto di rianimazione o di cura intensiva, solo per il periodo di permanenza in detti reparti, la diaria giornaliera prevista in polizza viene incrementata del 50%.

SEZIONE 4- NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

Art. 4.1 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

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 1 mese da quando ne abbia avuto conoscenza attraverso una qualsiasi comunicazione scritta.

La denuncia deve contenere le generalità dell'infortunato e la sua qualifica nei confronti del Contraente, 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. Se l'infortunio ha causato la morte dell'assicurato, l'ufficio competente alla registrazione e denuncia deve darne avviso alla Società nel momento in cui ne è venuto a conoscenza.

Art. 4.2 – 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. 4.3 – 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%, del capitale 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.

Art. 4.4 – Controversie

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo, le parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominato uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituti di medicina legale, più vicini alla sede del Contraente. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 4.5 – Informazioni sui sinistri

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.

SEZIONE 5 – CATEGORIE, SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 5.1 – Categorie e somme assicurate (pro-capite)

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per i rischi, le garanzie, somme assicurate e massimali specificamente indicati.

▪ **Categoria A) – B) – C) – D) – E) Rischio Carica e rischio in itinere**

L'Assicurazione è efficace per i danni subiti dagli Assicurati in conseguenza diretta ed esclusiva: di **infortuni occorsi durante lo svolgimento delle funzioni cui sono destinati dal proprio Ordine**. Sono compresi gli infortuni occorsi durante

i trasferimenti e missioni purché risultino da mandato ricavabile dai verbali, registrazioni o lettere di incarico. La garanzia

opera anche per infortuni che avvengano durante il tragitto da casa o luogo di lavoro o dalla sede ove si svolge la riunione e viceversa nel tempo necessario a compiere il percorso che potrà essere effettuato con qualsiasi mezzo.

▪ **Categoria F) – Rischio professionale e rischio in itinere**

L'Assicurazione è efficace per i danni subiti dagli Assicurati in conseguenza diretta ed esclusiva: di **infortuni occorsi durante lo svolgimento della propria attività professionale**. Sono compresi gli infortuni subiti in itinere.

Categoria.	N° assicurati	Garanzie		Somma assicurata pro-capite	premio unitario	Premio per categoria
		Rischio Carica Rischio prof.le	Rischi coperti			
A) ORDINI PROVINCIALI: Presidente; Vice presidente; Segretario; Tesoriere; Presidente CAO, Vice Presidente CAO, Segretario CAO	645	Rischio carica + rischio in itinere	Caso Morte	€ 200.000,00	7,57	4.882,65
			Caso Inv.tà Permanente	€ 200.000,00		
B) ORDINI PROVINCIALI: Consiglieri; Componenti Commissione per gli Iscritti all'Albo Odontoiatri; Componenti Commissione per gli Iscritti all'Albo Medici, Componenti Collegio revisori dei Conti	1847		Caso Morte	€ 200.000,00	6,31	11.654,57
			Caso Inv.tà Permanente	€ 200.000,00		
C) FNOMCeO: Presidente; Vice Presidente; Segretario; Tesoriere; Presidente CAO; Vicepresidente CAO, Segretario CAO, Direttore Generale e n. 2 componenti dello staff del Presidente.	10		Caso Morte	€ 500.000,00	360,00	3.600,00
			Caso Inv.tà Permanente	€ 500.000,00		
			Rimborso spese cura	€ 15.000,00		
			Diaria	€ 200,00 (max 360 gg)		
D) FNOMCeO: Membri Comitato centrale; Componenti Commissione per gli Iscritti Albo medici Chirurghi e Commissione per gli iscritti all'albo Odontoiatri; Componenti Collegio revisore dei Conti, Componenti CCEPS	48		Caso Morte	€ 500.000,00	28,95	1.389,60
			Caso Inv.tà Permanente	€ 500.000,00		
			Rimborso spese cura	€ 15.000,00		
			Diaria	€ 200,00 (max 360 gg)		
E) FNOMCeO: Convocati / partecipanti alle riunioni istituzionali	1440 giornate x uomo ⁽¹⁾		Caso Morte	€ 500.000,00	0,098	141,12
			Caso Inv.tà Permanente	€ 500.000,00		
			Rimborso spese cura	€ 15.000,00		
			Diaria	€ 200,00 (max 360 gg)		
F) FNOMCeO: Dipendenti	40	Rischio prof.le + rischio in itinere	Caso Morte	€ 200.000,00	69,12	2.764,80
			Caso Inv.tà Permanente	€ 200.000,00		

PREMIO IMPONIBILE COMPLESSIVO		24.432,74
-------------------------------	--	-----------

¹⁾ n. 120 riunioni /anno – partecipanti in media n. 12. Quindi 120 X 12 = 1.440

Art. 5.2 – Calcolo del premio

Il premio anticipato dalla Contraente viene esposto nella scheda di polizza.

Rimane convenuto tra le parti che la regolazione premio da effettuarsi a norma dell'art. 2.10, Sezione 2 della presente polizza, verrà calcolato sulla base dei tassi imponibili indicati.

Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., il riparto viene esposto nella allegata scheda di offerta, fermo restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione. La Compagnia delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti connessi anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe, recesso, atti giudiziari, in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.
- Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate; per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 5.4 – Disposizione finale

Resta convenuto che si intendono operanti solo le norme elencate e descritte nella presente polizza nelle Sezioni dalla n. 1 alla n. 5 comprese, unitamente alle eventuali varianti contenute nelle schede di offerta presentate in sede di gara, che, allegata al presente contratto, ne formano parte integrante e sostanziale.

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

Il presente Capitolato, modificato secondo le varianti presentate ed accettate in sede di gara, completato con le indicazioni di prezzo, decorrenza e scadenza, assume a tutti gli effetti la validità di contratto.

La Società

Il Contraente

Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., la Società ed il Contraente dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

A CURA DELLA SOCIETÀ

La Società

Il Contraente



BOZZA