



EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA

MASSA CARRARA

INFORTUNI CUMULATIVA

LOTTO 7- CIG _____

LA COMPAGNIA	

DURATA DEL CONTRATTO	
Dalle ore 24 del 30 giugno 2024	Alle ore 24 del 30 giugno 2026

CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA

Il presente contratto non è soggetto a tacito rinnovo ai sensi dell'art. 23 della Legge 62/2005

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione;
Assicurato:	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti;
Franchigia	La parte di danno INDENNIZZABILE che resta a carico dell'Assicurato;
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Polizza:	Il documento che prova l'Assicurazione;
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società;
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e i danni che possano derivarne;
Scoperto:	La parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'Assicurato;
Broker:	European Broker Srl
Società:	L'Impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Sinistro/Danno:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Sinistro in serie	Più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato provenienti da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla società in caso di sinistro.
Periodo assicurativo e/o di assicurazione:	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Retribuzione annua lorde (RAL):	Ammontare delle retribuzioni lorde, erogate a tutto il personale dipendente assicurato presso l'INAIL e quello non INAIL, nonché i corrispettivi pagati al personale non dipendente (agenzie di somministrazione lavoro regolarmente autorizzate, al netto dell'IVA, prestatori di lavoro in forma di collaborazione coordinata e continuativa, stagisti), al netto delle ritenute per oneri previdenziali a carico dell'assicurato, risultanti dai libri paga e contabili.

Dipendenti o prestatori di lavoro:	<p>Tutte le persone fisiche di cui, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, l'assicurato si avvalga nell'esercizio delle sue attività, escluse quelle degli appaltatori, ma incluse:</p> <p>a) quelle distaccate temporaneamente presso altri enti pubblici o aziende, anche qualora l'attività svolta sia diversa;</p> <p>b) quelle per le quali l'obbligo di corrispondere il premio assicurativo all'INAIL ricada, ai sensi di Legge, su soggetti diversi dal contraente/assicurato.</p>
Infortunio	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Invalità permanente da infortunio	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio.
Ingessatura	Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in istituti di cura o ambulatori medici.
Istituti di cura	Ospedali, cliniche, case di cura, pubblici o privati, autorizzati a termini di legge al ricovero dei malati/infortunati.
Malattia	Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente dall'infortunio.
Mezzo di trasporto	Qualsiasi veicolo
Ricovero	Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

SPAZIO LASCIATO INTENZIONALMENTE IN BIANCO, FINO ALLA FINE DELLA PRESENTE PAGINA

ATTIVITÀ ASSICURATA e IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

E.R.P. Massa Carrara S.p.A. è il gestore degli alloggi di edilizia residenziale pubblica, partecipato al 100% dai 17 Comuni della provincia di Massa Carrara.

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla SEZIONE 4– SOMME ASSICURATE, della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 4 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Per le categorie attivabili a richiesta identificate come tali alla Sezione 4 la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo. Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

CLAUSOLA MISURE RESTRITTIVE (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun Assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'Assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell' Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

SPAZIO LASCIATO INTENZIONALMENTE IN BIANCO, FINO ALLA FINE DELLA PRESENTE PAGINA

SEZIONE 1 – NORMECHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 – VARIAZIONI DEL RISCHIO E DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

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 del Codice Civile.

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 del Codice Civile. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Il contraente non è tenuto a comunicare le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

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 CODICE CIVILE, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni siano state rilasciate in buona fede e non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

ART. 2 – ASSICURAZIONI PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se sulle medesime cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'Assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri Assicuratori.

Si precisa che nel caso di esistenza di altre assicurazioni stipulate dal Contraente o da altri per suo conto, sugli stessi beni e/o per gli stessi rischi, la presente polizza risulterà operante per tutto quanto non indennizzato da tali altre assicurazioni.

ART. 3 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 4 - EFFETTO E DURATA DELLA POLIZZA

Il contratto ha effetto dalle ore 24:00 del 30/06/2024 e scade alle ore 24:00 del 30/06/2026 con esclusione del tacito rinnovo. Il premio alla firma verrà corrisposto per il periodo dal 30/06/2024 al 30/06/2025 e successivamente, sarà da corrispondere al 30 giugno di ogni anno.

Si conviene che è in ogni caso facoltà del Contraente chiedere ed ottenere dalla Società una proroga tecnica dell'attuale assicurazione fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo 180 giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (trenta) giorni dal ricevimento della relativa appendice ritenuta corretta.

È comunque facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione alla scadenza di ciascun periodo assicurativo, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata a/R o PEC (posta elettronica certificata) inviata almeno 120 giorni prima della scadenza annuale.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 ss.mm. e ii), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 30 giorni.

ART. 5 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 del CODICE CIVILE, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza anche se il premio o la prima rata di premio non è stata pagata. Il Contraente è obbligato a pagare la prima rata di premio alla Società, per il tramite del Broker incaricato, entro 60 giorni dalla decorrenza stessa. Se il Contraente non paga la rata di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 90^{mo} giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Le rate successive potranno essere pagate dal Contraente, per il tramite del Broker incaricato, entro 60 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo; se il Contraente non paga il premio entro tale termine, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 del 90^{mo} giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. In entrambi i casi restano ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 Codice Civile.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto n. 40/2008 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere in copertura il rischio di cui trattasi, dietro presentazione di copia del pagamento effettuato dal Contraente alla predetta Equitalia Servizi S.p.A.

ART. 6 – OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società o l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, con cadenza annuale, si impegna a fornire al Contraente, per il tramite del Broker, dei tabulati contenenti i dati relativi all'andamento del rischio dall'inizio del contratto assicurativo, possibilmente in formato elettronico Excel.

Tali tabulati dovranno riportare per ciascun sinistro:

- ☒ Data di accadimento;
- ☒ Numerazione attribuita alla pratica;
- ☒ sinistri denunciati (con indicazione del terzo danneggiato);
- ☒ sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- ☒ sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- ☒ sinistri senza seguito;
- ☒ sinistri respinti.

Si precisa in proposito che:

I predetti tabulati dovranno essere forniti entro 30 giorni da ciascuna scadenza annuale, anche in assenza di formale richiesta scritta del contraente e/o del Broker;

In previsione della scadenza definitiva del contratto, ed al fine di consentire l'indizione di una

nuova procedura di gara, 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;

L'obbligo di fornire i dati in argomento permane anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, a fronte di formale richiesta scritta da parte del contraente, anche per il tramite del Broker, da inviarsi con cadenza annuale a far tempo dalla data di cessazione della polizza.

ART. 7 – ISPEZIONE DELLE COSE ASSICURATE

La Società, previa motivata richiesta, ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc..

L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società.

Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benestare dell'Assicurato.

ART. 8 - TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitate che dal Contraente e dalla Società. Spetta in particolare alla Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente restando esclusa ogni sua facoltà d'impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagata se non nei confronti o con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

ART. 9 – ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però, i Terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei Periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, né azione alcuna per impugnare la perizia, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dal Contraente. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati. Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di Terzi che del Contraente, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto. A tale scopo i Periti e gli Incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante, un atto di liquidazione, La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla polizza, a ciascun avente diritto.

ART. 10 – COASSICURAZIONE E DELEGA (SE APPLICABILE)

In deroga all'art. 1911 Codice Civile, la Delegataria risponderà direttamente anche della parte di indennizzo a carico delle Coassicuratrici. Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

ART. 11 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 12 – FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello dove ha sede il Contraente.

ART. 13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 14 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione.

ART. 15 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione tra Società e Contraente deve avvenire per iscritto, a mezzo PEC, lettera raccomandata con avviso di ricevimento, telegramma, telefax.

ART. 16 - OBBLIGHI INERENTI ALLA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI IN BASE ALLA LEG. N°. 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 ss.mm.ii.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c..

La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva.

La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

ART. 17. RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno dal pagamento o dal rifiuto all'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni da darsi con lettera raccomandata.

In caso di recesso da parte della Società, la stessa rimborserà al contraente i ratei di premio pagati e non goduti escluse le imposte.

La riscossione di premi, o rate di premio, venuti a scadenza dopo il recesso per sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

ART. 18 - VALIDITÀ TERRITORIALE

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti in Italia in Euro.

ART. 19 – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato, a norma della D. Lgs. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo **European Brokers Assicurazioni Srl** con sede a Roma in Via Ludovisi, 16 - C.F. e P.I. 01805380563.

Si conviene che tutti i rapporti inerenti al presente contratto saranno svolti tramite il Broker e in particolare:

- ☒ il Broker gestirà per conto del Contraente il contratto sottoscritto, fintanto che tale incarico resti in vigore;
- ☒ è fatto obbligo al Contraente di comunicare tempestivamente alla Società l'eventuale revoca dell'incarico al Broker, nonché ogni variazione del rapporto che possa essere di interesse della Compagnia;
- ☒ la Società darà preventiva comunicazione al Broker affinché questi possa, ove lo ritenga, essere presente nel caso in cui intenda procedere ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo presso il Contraente;
- ☒ ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime;
- ☒ le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio fatte alla Società avranno efficacia al momento della ricezione della comunicazione alla Società stessa;
- ☒ la Società, entro e non oltre 30 giorni, provvederà all'emissione dei conseguenti documenti relativi al contratto assicurativo e li farà avere al Broker, il quale curerà che il Cliente provveda al perfezionamento degli stessi nonché al pagamento dei relativi premi. Il Broker è responsabile dell'autenticità delle firme apposte sui documenti contrattuali;
- ☒ le polizze e le appendici emesse dalla Società ed inviate al Broker, dovranno essere da questi restituite alla stessa dopo il perfezionamento; le copie di spettanza dell'Ente Contraente verranno da questo trattenute all'atto del perfezionamento;

- ⊞ le polizze, le appendici e le quietanze emesse dalla Società, in caso di mancato perfezionamento o incasso, dovranno essere restituite alla stessa;
- ⊞ il Broker (o il Contraente con c.p.c. al Broker) provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Compagnia comunicherà al Broker (o al Contraente con c.p.c. al Broker) il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato);
- ⊞ la Società incarica il Broker dell'esazione dei premi di competenza del Contraente. Il Broker si impegna a comunicare alla Società tramite fax, telegramma, l'avvenuto pagamento da parte del Contraente, dopodiché sarà debitore in proprio dell'importo del premio comunicato che si impegna a versare alla Società entro il 10 del mese successivo a quello della comunicazione di avvenuto incasso;
- ⊞ il Broker comunicherà inoltre tramite mail, PEC, telefax o telegramma la decorrenza di garanzia che non potrà essere anteriore alla comunicazione stessa ed alla data di effetto prevista nei documenti contrattuali. Pertanto,
- ⊞ il Broker sarà debitore in proprio, eventualmente in solido con il Contraente, dell'importo del premio che si impegna a versare alla Società entro il 10 del mese successivo a quello della comunicazione di avvenuto incasso. Nell'eventualità in cui non vengano perfezionati i relativi documenti contrattuali, il Broker sarà debitore in proprio, eventualmente in solido con il Contraente, di una somma pari a tanti trecento sessantesimi del premio annuo concordato quanti sono i giorni intercorsi tra la data di inizio della garanzia e quella di comunicazione di annullamento della medesima;
- ⊞ in caso di coassicurazione, quanto previsto nei due punti precedenti verrà gestito dal Broker, nello stesso modo, nei confronti di ciascun coassicuratore;
- ⊞ la Società e/o i suoi incaricati, nei limiti del possibile, condurranno gli accertamenti e la liquidazione in contraddittorio con il Broker.
- ⊞ la Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.
- ⊞ La Società accorda al Broker la facoltà di riscuotere i premi (ex art.118 comma 2 del D. Lgs 209/2005) e a versare i premi riscossi al netto delle provvigioni (ex art. 54 Reg. Isvap n. 5 del 16.10.2006 modificato dal Provvedimento Isvap n. 2720 del 02.07.2009).

Al Broker verranno retrocesse provvigioni – che restano ad esclusivo carico dell'Agenzia e/o dell'Impresa aggiudicataria - del 8% calcolate sui premi imponibili.

ART. 20 – REGOLAZIONE E CONGUAGLIO PREMIO

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nell'Allegato (SCHEDA DI COPERTURA) alla presente polizza, e lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo o minor periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo o minor periodo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 90 giorni dalla data di ricezione da parte del broker del relativo documento, ritenuto corretto. La Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al D.Lgs. 192/2012 per il citato periodo di comporta. Se nel termine di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la

regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 60 giorni, dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata, trascorso il quale la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di adempiere ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Resta convenuto che il premio indicato nell'Allegato (Prospetto di offerta) deve intendersi premio minimo comunque acquisito dalla Società.

ART. 21 - EFFICACIA TEMPORALE DELLA GARANZIA

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

ART. 22 - LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge, dai CCNL o dai regolamenti del Contraente al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dal Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede, la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

SPAZIO LASCIATO INTENZIONALMENTE IN BIANCO, FINO ALLA FINE DELLA PRESENTE PAGINA

SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

ART. 1.1 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro 30 giorni dal fatto o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza deve essere fatta denuncia di ciascun sinistro al Broker. La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio degli infortunati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

Il Contraente deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, la ulteriore documentazione del caso.

ART. 1.2 - CONTROVERSIE

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata della inabilità temporanea, l'Assicurato e la Società, si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

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

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.

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 1.3– LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità e/o risarcimento dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta la notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia in valuta corrente. Il pagamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla restituzione degli atti di liquidazione firmati.

SPAZIO LASCIATO INTENZIONALMENTE IN BIANCO, FINO ALLA FINE DELLA PRESENTE PAGINA

NORME CHE REGOLANO LA ASSICURAZIONE INFORTUNI

SEZIONE 3 – RISCHI COPERTI

ART. 2.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 4 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione sopra indicata non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Per le categorie attivabili a richiesta identificate come tali alla Sezione sopra indicata, la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo. Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione (art. 20 regolazione premio e conguaglio).

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in euro (€).

ART.2.2 – RISCHI INCLUSI"

Ai sensi della presente polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- ⊖ rischio in Itinere (D.LGS 38/2000);
- ⊖ derivanti dall'uso e guida di motoveicoli e natanti;
- ⊖ derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi a parziale deroga dell'art.1900 del Codice Civile;
- ⊖ derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, eventi sociopolitici, attentati, aggressioni, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva a parziale deroga dell'art.1912 del Codice Civile;
- ⊖ derivanti da atti compiuti per dovere di solidarietà umana;
- ⊖ annegamento;
- ⊖ folgorazione;
- ⊖ effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- ⊖ assideramento e/o congelamento;
- ⊖ asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- ⊖ avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza;

- ⊖ intossicazione anche non avente origine traumatica;
- ⊖ lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- ⊖ i colpi di sole o di calore;
- ⊖ le lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- ⊖ le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- ⊖ conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- ⊖ danni estetici conseguenti ad infortunio;
- ⊖ le rotture sottocutanee dei tendini. Sono inoltre compresi i seguenti eventi:
- ⊖ infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- ⊖ infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- ⊖ infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- ⊖ infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, anche al di fuori dell'orario di lavoro, e/o fuori dai luoghi di svolgimento di mandati o di incarichi, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- ⊖ Il coma irreversibile è equiparato a morte;

ART.2.3 -ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- 1) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei salvo quanto previsto per il Rischio volo;
- 2) dalla pratica di paracadutismo;
- 3) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico;
- 4) da pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio, speleologia, pratica dello sci, bob, rugby, football americano e sport aerei in genere;
- 5) derivanti da guerra e/o insurrezioni, eruzioni vulcaniche, salvo quanto eventualmente previsto dal presente capitolato;
- 6) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- 7) da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- 8) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 9) da stato di ubriachezza alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- 10) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 11) da contaminazioni chimiche e biologiche dovute ad atti di terrorismo.
- 12) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 13) direttamente o indirettamente derivante da, contribuito o risultante da pandemie o epidemie. Per pandemia ed epidemia si intende qualsiasi malattia dichiarata come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dal Governo italiano.

ART. 2.4 - ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione, degli appositi registri e/o degli schedari del Contraente.

ART. 2.5 - ASSICURABILITÀ

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione, altresì, cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 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. 2.6 MORTE

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

ART. 2.7 - 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 una 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, (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore 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 trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia riscontrata per un grado superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

ART. 2.8 - CUMULO DI INDENNITÀ

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

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 agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 2.9 – RIMBORSO SPESE MEDICHE (operante solo se espressamente richiamata all'art. 3.1 che segue)

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 Massimali, Franchigie, Scoperti e Calcolo del Premio della presente polizza, le spese sostenute per:

a) in caso di ricovero in struttura sanitaria:

- ✓ onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- ✓ diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici;
- ✓ rette di degenza in ospedale o clinica a seguito di ricovero prescritto dal medico curante;
- ✓ trasporto all'ospedale o clinica su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso entro il limite massimo di **€ 3.000,00.**;
- ✓ nei 60 gg. prima del ricovero per accertamenti diagnostici, visite specialistiche;
- ✓ nei 120 gg. successivi alla dimissione, per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi in genere.

b) in caso di cura in regime ambulatoriale senza ricovero per:

- ✓ accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi in genere;
- ✓ trasporto all'ospedale o clinica su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso;

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, ricevute dell'Istituto di Cura, ecc.).

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 delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia supresentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto acarico dei predetti terzi.

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.

ART. 2.10 - RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE – EQUO INDENNIZZO

Qualora il Contraente, o dipendenti, siano ritenuti responsabili dell'infortunio, il Contraente ha diritto di imputare il risarcimento dovuto all'assicurato o suoi aventi diritto pari all'indennità pagata dalla società.

In ogni caso, gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

ART. 2.11 – RISCHIO GUERRA

A parziale deroga di quanto previsto al precedente articolo relativo alle esclusioni, l'assicurazione si intende estesa agli infortuni occorsi all'estero derivanti dallo stato di guerra, per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici e non ne prenda parte.

ART. 2.12 – DANNI ESTETICI

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche effettivamente sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino alla concorrenza di € 10.000,00 per evento.

ART. 2.13 – SPESE DI RIMPATRIO

La garanzia viene estesa alle spese di rimpatrio che le persone assicurate (o il Contraente per esse) dovessero sostenere a seguito di infortunio grave occorso all'estero, nonché al rimborso delle spese sostenute in caso di decesso per il rimpatrio della salma.

Per tale estensione di garanzia è previsto un limite di Euro 7.500,00 per Assicurato.

ART. 2.14 – CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO CAUSATO DA INFORTUNIO E/O MALATTIA PROFESSIONALE

Nel caso di Invalidità Permanente cagionata da infortunio e/o da malattia professionale che determini la cessazione del rapporto di "lavoro", la Società corrisponderà un indennizzo in misura pari alla somma assicurata per Invalidità Permanente assoluta.

ART. 2.15 – ELEVAZIONE DELL'INDENNITÀ ASSICURATA IN CASO DI MORTE DA AGGRESSIONE

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

ART. 2.16 – CLAUSOLA DIRIGENTI / DIRETTORE

L'assicurazione copre gli infortuni in cui possono incorrere i Dirigenti 24 ore su 24 sia per rischi professionali che extraprofessionali ai sensi dell'art. 18 CCNL Dirigenti impresa di servizi di Pubblica Utilità (FEDERCASA).

L'assicurazione è prestata per gli infortuni e le malattie professionali che l'Assicurato subisca, ovunque nel mondo, nello svolgimento di:

1. delle attività professionali principali e secondarie, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, in base alle effettive caratteristiche del rischio, non avrebbero determinato alcun aumento del premio; attività derivanti da ragioni di servizio e/o di incarico e/o mandato ricevuto.
2. di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, di incarico o di mandato.

L'assicurazione è prestata, per ciascuna persona:

- a) in caso di morte: per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua (RAL), col massimo assicurato indicato nella scheda di polizza;
- b) in caso di invalidità permanente: fino ad una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione annua (RAL), col massimo assicurato indicato nella scheda di polizza.

Agli effetti del calcolo del premio per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dirigente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, le indennità di disagio, di missione, la tredicesima e la eventuale quattordicesima.

Per la liquidazione delle indennità, è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per 12.

All'importo così ottenuto si addizionano:

- le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 mesi precedenti, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione;
- la tredicesima ed eventualmente la quattordicesima mensilità, pagate al dipendente prima dell'infortunio.

Se l'infortunato ha una anzianità di servizio inferiore ai 12 mesi, è considerata retribuzione quella che egli avrebbe percepito nel primo anno di servizio in base al C.C.N.L. di categoria.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate ed il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Il tasso di premio lordo pattuito è quello che figura nella scheda di polizza e viene applicato su ogni mille euro di retribuzioni. Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzioni indicato nella scheda di polizza. La regolazione del premio definitivo viene effettuato in base a quanto previsto dalla clausola relativa alla regolazione del premio.

Malattie professionali - L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 (o comunque riconosciute dalla Magistratura) e con la franchigia relativa prevista. È fatta eccezione per le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche che si intendono escluse dalla garanzia.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'intera indennità assicurata a tale titolo.

SPAZIO LASCIATO INTENZIONALMENTE IN BIANCO, FINO ALLA FINE DELLA PRESENTE PAGINA

SEZIONE 4– SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO**ART. 3.1 - CATEGORIE E SOMME ASSICURATE (PRO-CAPITE)**

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie evidenziate e per le garanzie e capitali assicurati specifici della singola categoria.

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 10.000.000,00. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Le Somme Assicurate sono quelle di seguito riepilogate:

Categoria	Morte	Invaldità Permanente	Rimborso Spese Sanitarie
A) Amministratori (la garanzia è prestata per gli infortuni occorsi nello svolgimento delle loro mansioni svolte per conto del Contraente, e in rappresentanza dell'Ente in altri organi collegiali)	€ 250.000,00	€ 250.000,00	€ 5.000,00
B) Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e C.C.N.L. - Infortuni conducenti e/o trasportati veicolo privato	€ 250.000,00	€ 250.000,00	€ 5.000,00
C) Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e C.C.N.L. - Infortuni conducenti e/o trasportati veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente, in locazione o comodato all'Ente	€ 200.000,00	€ 200.000,00	€ 5.000,00
D) Il Direttore Generale ed i Dirigenti (ove presenti) del Contraente –	5 volte le RAL con il limite di € 1.000.000	6 volte le RAL con il limite di € 1.000.000	
E) Soggetti non dipendenti che prestano la loro opera, per conto e su autorizzazione del Contraente, nell'ambito dei servizi istituzionali del Contraente stesso, nel rispetto di normative, convenzioni, contratti, regolamenti, patti od altri specifici atti amministrativi che ne prevedono la copertura assicurativa. A titolo esemplificativo e non limitativo titolari di: ✓ contratti di collaborazione ✓ incarichi a contratto; ✓ lavoratori interinali;	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 5.000,00

<ul style="list-style-type: none"> ✓ tirocinanti; ✓ soggetti occupati in lavori socialmente utili; ✓ volontari; ✓ stagisti. 			
---	--	--	--

ART. 3.2 – FRANCHIGIE E SCOPERTI

Non sono previste né franchigie né scoperti.

ART. 3.3 – CALCOLO DEL PREMIO

CATEGORIA	PARAMETRO PER IL CALCOLO DEL PREMIO	TASSO LORDO PER MILLE	PREMIO ANNUO LORDO
Amministratori	3		
Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e C.C.N.L. -Infortuni conducenti e/o trasportati veicolo privato	500		
Art.1.2 Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e C.C.N.L. - Infortuni conducenti e/o trasportati veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente, in locazione o comodato all'Ente	5		
Direttore e Dirigenti	€ 66.000,00		
Soggetti non dipendenti	6		

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

- ✓ Obblighi delle Parti Contraenti.
- ✓ Controversie.
- ✓ Informazione sui sinistri. Penali.
- ✓ Franchigie.
- ✓ Calcolo del premio

DATA
 ___/___/___

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

SCHEDA DI COPERTURA

CONTRAENTE:	E.R.P. - Edilizia Residenziale Pubblica di Massa Carrara Via Roma, 30 – Carrara P.IVA 01095200455
--------------------	--

DURATA CONTRATTUALE:	ANNI: 2 Dalle ore 24 del 30/06/2024 alle ore 24 del 30/06/2026
-----------------------------	--

SOMME ASSICURATE:			
Categoria	Morte	Invalidità Permanente	Rimborso Spese Sanitarie
A) Amministratori	€ 250.000,00	€ 250.000,00	€ 5.000,00
B) Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e C.C.N.L. – Infortuni conducenti e/o trasportati veicolo privato	€ 250.000,00	€ 250.000,00	€ 5.000,00
C) Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e C.C.N.L. – Infortuni conducenti e/o trasportati veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente, in locazione o comodato all'Ente	€ 200.000,00	€ 200.000,00	€ 5.000,00
D) Il Direttore Generale ed i Dirigenti (ove presenti) del Contraente –	5 volte le RAL con il limite di € 1.000.000	6 volte le RAL con il limite di € 1.000.000	
E) Soggetti non dipendenti che prestano la loro opera, per conto e su autorizzazione del Contraente, nell'ambito dei servizi istituzionali del Contraente stesso:	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 5.000,00

CATEGORIA	PARAMETRO PER IL CALCOLO DEL PREMIO	TASSO LORDO PER MILLE	PREMIO ANNUO LORDO
Amministratori	3		
Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e C.C.N.L. -Infortuni conducenti e/o trasportati veicolo privato	500		
Art.1.2 Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e C.C.N.L. - Infortuni conducenti	5		

e/o trasportati veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente, in locazione o comodato all'Ente			
Direttore e Dirigenti	€ 66.000,00		
Soggetti non dipendenti	6		

PREMIO ANNUO LORDO:	Premio Imponibile:	€ _____,00
	Tasse	€ _____,00
	Premio annuo lordo	€ _____,00

PREMIO RATE SUCCESSIVE:	Premio Imponibile:	€ _____,00
	Tasse	€ _____,00
	Premio annuo lordo	€ _____,00

DATA

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ