

CAPITOLATO SPECIALE

POLIZZA INFORTUNI AMMINISTRAZIONE COMUNALE

Comune di Salassa

CONTRAENTE	COMUNE DI SALASSA CANAVESE
CF	03702990015
INDIRIZZO	Piazza Umberto 1°, 5 10080 – Salassa (TO)

CIG	Z812A1EFA8
-----	------------

EFFETTO: ore 24.00 del 31/12/2019

SCADENZA I RATA: ore 24.00 del 31/12/2020

SCADENZA: ore 24.00 del 31/12/2022

SITUAZIONE SINISTRI ULTIMI 5 ANNI

NESSUNO

CAPITOLATO SPECIALE

“POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI”

Le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice eventualmente allegati alla polizza, che quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'eventuale Coassicurazione.

ART.1 - DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'Assicurazione;

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è tutelato dall'Assicurazione;

SOCIETÀ: l'Impresa Assicuratrice, nonché le eventuali Coassicuratrici;

BROKER: GREEN srl Independent Insurance Broker quale mandataria incaricata dalla Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società;

ASSICURAZIONE: il contratto di Assicurazione;

POLIZZA: il documento che prova l'Assicurazione;

PREMIO: la somma dovuta dalla Contraente alla Società;

RISCHIO: la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne;

SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

INDENNIZZO O INDENNITÀ: la somma dovuta dalla Società all'Assicurato o Beneficiario in caso di sinistro;

RISARCIMENTO: la somma dovuta dalla Società al terzo danneggiato in caso di sinistro;

BENEFICIARIO: il soggetto, che può essere diverso dalla Contraente e dall'Assicurato, al quale spetta la prestazione contrattualmente stabilita;

FRANCHIGIA: la parte di danno che la Contraente tiene a suo carico;

SCOPERTO: la parte percentuale di danno che la Contraente tiene a suo carico;

MASSIMALE PER SINISTRO: la massima esposizione della Società per ogni sinistro;

ANNUALITÀ ASSICURATIVA: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'Assicurazione;

DIPENDENTI: il personale in servizio a qualsiasi titolo a tempo determinato e/o indeterminato;

RIVALSA: il diritto della Società in virtù dell'Art. 1916 del Codice Civile, di recuperare nei confronti del terzo responsabile quanto erogato in conseguenza del contratto di Assicurazione;

CAPITALI O VALORI: le somme che rappresentano il limite massimo dell'indennizzo e/o del risarcimento contrattualmente stabilito;

INFORTUNIO: qualunque evento fortuito, violento ed esterno che provochi una lesione corporale obiettivamente constatabile che abbia per conseguenza la morte od un'invalidità permanente o temporanea, totale o parziale;

MORTE: la perdita della vita; è considerata morte anche lo stato di coma irreversibile conseguente ad infortunio;

INVALIDITÀ PERMANENTE: la perdita o la diminuzione totale della capacità della persona assicurata a svolgere in tutto o in parte un qualsiasi lavoro proficuo;

INABILITÀ TEMPORANEA: la perdita o la diminuzione parziale della capacità della persona assicurata a svolgere in tutto o in parte un qualsiasi lavoro proficuo;

DIARIA: la somma assicurata per ogni giorno di inabilità temporanea.

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

CONTRAENTE	COMUNE DI SALASSA CANAVESE
CF	03702990015
INDIRIZZO	Piazza Umberto 1°, n° 5 10080 – Salassa Canavese (TO)
EFFETTO	31/12/2019
SCADENZA	31/12/2022
FRAZIONAMENTO	ANNUALE
PREMIO	VEDASI ART. 43 "CALCOLO DEL PREMIO"

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea.

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il periodo di validità della polizza nell'espletamento delle attività professionali, la cui principale è dichiarata in polizza.

La presente polizza vale per le categorie di Assicurati, ed i relativi capitali, di cui all'Art. 43 ed alle condizioni di seguito specificate.

PARTITE - SOMME ASSICURATE

Si conviene che l'Assicurazione comprende gli infortuni subiti dagli Assicurati durante la loro temporanea utilizzazione, da parte del Contraente, anche per mansioni diverse da quelle dichiarate.

L'Assicurazione opera a favore di:

1) AMMINISTRATORI (Sindaco, Assessori e Consiglieri)

Si intendono assicurati gli Amministratori della Contraente per gli infortuni derivanti esclusivamente dall'espletamento di qualsivoglia attività, esterna e/o interna, connessa all'esercizio della carica ricoperta in seno alla Contraente stessa.

Sono compresi gli infortuni verificatisi durante gli spostamenti ed i trasferimenti resi necessari dallo svolgimento delle funzioni predette, compreso il "rischio in itinere", effettuati a piedi o con l'uso dei normali mezzi di trasporto sia pubblici, sia privati, aerei compresi.

Sono compresi gli infortuni verificatisi durante le riunioni e le assemblee, nonché durante il trasferimento dal luogo di residenza per raggiungere il luogo della riunione e/o di lavoro e per tornare al luogo di residenza.

Somme assicurate pro capite:

Morte: € 200.000,00

Invalidità Permanente: € 200.000,00

Rimborso Spese Mediche: € 5.000,00

Parametro per il calcolo del premio: **n. 11 Amministratori**

2) CONDUCENTI VEICOLI AZIENDALI

Si intendono assicurati i conducenti ed i trasportati dei veicoli del parco mezzi della Contraente (in forma anonima), sia in proprietà che in locazione e/o noleggio.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni subiti a terra durante lo svolgimento delle operazioni necessarie per la ripresa della marcia, in caso di fermo del veicolo dovuto a guasto meccanico od avaria durante la circolazione.

Somme assicurate pro capite:

Morte: € 200.000,00

Invalidità Permanente: € 200.000,00

Rimborso Spese Mediche: € 2.000,00

Parametro per il calcolo del premio: **n. 3 Veicoli**

3) PRESTATORI D'OPERA OCCASIONALI, EDUCATORI, ASSISTENTI SOCIALI

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti da soggetti esterni alla Contraente che, frequentando gli uffici o le strutture di proprietà o gestite dalla Contraente, prestano la loro opera occasionalmente a favore della Contraente, volontari e non, delle quali la Contraente si avvale per lo svolgimento di varie attività, quali ad esempio: servizio di accompagnamento di minori e/o anziani, anche con l'utilizzo di mezzi di locomozione in genere, di proprietà e non dell'Ente, anche al di fuori del territorio comunale, comprese attività di carattere ricreativo, gite ed escursioni; manutenzione di aree verdi, sentieri, giardini, boschi, strade turistiche, etc.; assistenza ad anziani ed altri bisognosi; affidamento educativo di minori; assistenza sociale; assistenza handicappati; incarichi amministrativi temporanei (anche per recarsi fuori sede a riunioni e/o convegni per incarico della Contraente); indagini statistiche; consegna certificati elettorali; vigilanza stradale di minori e alunni, sorveglianza in prossimità delle scuole (es. "Nonni Vigili"); sorveglianza di edifici pubblici, parchi, giardini; servizi di pubblica utilità ed altre attività similari.

Sono compresi gli infortuni verificatisi durante gli spostamenti ed i trasferimenti resi necessari dallo svolgimento delle funzioni predette, compreso il "rischio in itinere", effettuati a piedi o con l'uso dei normali mezzi di trasporto sia pubblici, sia privati, aerei compresi.

Somme assicurate pro capite:

Morte: € 150.000,00

Invalidità Permanente: € 150.000,00

Rimborso Spese Mediche: € 2.000,00

Diaria da Ricovero: € 30,00

Parametro per il calcolo del premio: **n. 1 Assicurati**

4) VOLONTARI

L'Assicurazione vale per gli infortuni che i soggetti subiscano durante, in occasione ed in conseguenza dello svolgimento dell'attività di volontariato presso e/o per conto della Contraente.

Somme assicurate pro capite:

Morte:

€ 150.000,00

Invalidità Permanente:

€ 150.000,00

Rimborso Spese Mediche:

€ 2.000,00

Diaria da Ricovero:

€ 50,00

Parametro per il calcolo del premio:

n. 2 Volontari

PRECISAZIONI

Le garanzie prestate dalla presente polizza sono valide esclusivamente per gli infortuni professionali che gli Assicurati possano subire durante l'espletamento delle mansioni inerenti l'attività svolta all'interno e/o all'esterno purché documentate dalla Contraente.

Le garanzie sono operative per tutti i soggetti che svolgono il servizio e/o l'attività indicati nella singola partita che possano subire infortuni a causa od in occasione dell'attività professionale svolta per la Contraente.

La garanzia vale anche per gli infortuni che colpissero gli Assicurati durante il percorso da loro effettuato per recarsi dalla propria abitazione al posto di lavoro e viceversa, sia a piedi che con l'uso e la guida di mezzi di locomozione in genere (rischio *in itinere*), purché sia riscontrabile l'orario lavorativo iniziale e finale (in assenza di timbratura cartellino).

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate, per la cui identificazione si farà riferimento ai documenti probatori che la Contraente si impegna ad esibire su semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

In caso di sinistro si dovrà fare obbligatoriamente riferimento ad una dichiarazione del responsabile dell'Ente, che il sinistro sia effettivamente avvenuto nell'ambito delle attività coperte dalla polizza.

Ai fini della liquidazione dell'indennizzo, l'Assicurato dovrà necessariamente presentare documentazione attestante il suo ricorso al presidio medico più vicino al luogo del sinistro.

C.G.A.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART.2 - DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE - BUONA FEDE

2.1 Dichiarazioni inesatte della Contraente: la mancata comunicazione da parte della Contraente di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte o le incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza e/o nel corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo né la riduzione dello stesso, sempreché la Contraente non abbia agito con dolo.

Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza, al momento del sinistro, di lavori di manutenzione e/o ristrutturazione interna dei reparti di lavoro, depositi ed uffici, nonché di lavori di costruzione ed allestimento.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio da concordarsi preventivamente corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

2.2 Deroga alle dichiarazioni della Contraente: la Contraente è dispensata dalle dichiarazioni dei precedenti danni ed annullamenti per sinistro di polizze per i medesimi rischi coperti dalla presente polizza.

ART.3 - ALTRE ASSICURAZIONI

Si dà atto che possono sussistere altre Assicurazioni per lo stesso rischio.

In tal caso, per quanto coperto da Assicurazione con la presente polizza, ma non coperto da altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza dei limiti previsti dalla presente polizza.

La Contraente è esonerata dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, la Contraente deve darne tuttavia avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 c.c.

La Contraente è tenuta a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'Assicurazione 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.

ART.4 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, sempre che il pagamento della prima rata di premio avvenga, in deroga all'Art. 1901 c.c., entro **60 (sessanta) giorni** dalla sopra citata data. In caso di pagamento del premio successivamente al sessantesimo giorno, l'effetto dell'Assicurazione decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Le rate di premio successive devono essere pagate entro le ore 24.00 del **sessantesimo giorno** dopo quello della scadenza.

Se la Contraente non paga entro tali termini, l'Assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

I premi devono essere pagati alla Direzione della Società od alla sede dell'Agenzia od al Broker al quale è assegnata la polizza.

Se il premio è convenuto, in parte, in base ad elementi di rischio variabili, 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 nei valori presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo eventualmente stabilito in polizza.

A tale scopo, entro **120 (centoventi) giorni** dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, la Contraente deve comunicare alla Società le eventuali variazioni intervenute nell'annualità precedente relativamente ai valori delle partite assicurate.

Le differenze, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei **60 (sessanta) giorni** successivi alla relativa comunicazione da parte della Società.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti alcuna comunicazione di variazione dei valori, si intenderà che gli stessi non hanno subito variazione.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante formale atto di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a **30 (trenta) giorni**, 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 assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del

giorno in cui la Contraente abbia adempiuto 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 la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Qualora le eventuali verifiche effettuate dalla *Contraente* presso **Equitalia Servizi S.p.A.**, ai sensi del Decreto 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 dalla *Contraente* alla predetta **Equitalia Servizi S.p.A.**

ART.5 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata del presente contratto è fissata in **mesi 36 (trentasei)**, con effetto alle ore 24.00 del giorno **31/12/2019**, scadenza alle ore 24.00 del giorno **31/12/2022**, scadenza della prima rata di premio alle ore 24.00 del **31/12/2020** e **frazionamento annuale**.

Alla relativa scadenza, il contratto cesserà automaticamente, senza obbligo di preventiva comunicazione tra le parti.

È facoltà delle Parti rescindere il contratto al termine di ogni annualità assicurativa, con un preavviso di **90 (novanta) giorni**.

Su richiesta della Contraente, la Società si impegna a prorogare l'Assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di **180 (centottanta) giorni**, oltre la scadenza contrattualmente prevista o la cessazione per qualunque motivo, per consentire alla Contraente il completo espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione di una nuova polizza.

ART.6 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART.7 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico della Contraente.

ART.8 - ASSICURAZIONI CUMULATIVE

Poiché la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo che quelli che per la loro natura non possano essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

ART.9 - ESTENSIONE TERRITORIALE

La validità dell'Assicurazione è estesa al mondo intero.

ART.10 - FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello della sede legale della Contraente.

ART.11 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene tra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole alla Contraente su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

ART.12 – COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora risulti dalla polizza che l'Assicurazione è divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle condizioni di assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate dall'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori ed imposte spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto inserito in polizza.

Viene convenuto che la Società Delegataria provvederà al pagamento dell'intero ammontare dei risarcimenti spettanti agli aventi diritto, fermo restando l'obbligo delle Coassicuratrici a rimborsare alla Società Delegataria tutti gli importi da questa corrisposti per loro conto.

ART.13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART.14 – INTERMEDIAZIONE

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione e l'esecuzione del presente contratto in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs 209/2005 e s.m.i., a **Green srl Independent Insurance Broker**, che la Società accetta e riconosce.

Si precisa che le commissioni d'uso sono a carico della Società e pertanto non costituiscono costo aggiuntivo per il Contraente.

Tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti per conto del Contraente/Assicurato dal Broker, il quale tratterà con la Società Delegataria informandone le Società Coassicuratrici.

Le Società Coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Società Delegataria per conto comune.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di Assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto del Contraente/Assicurato alla Società, s'intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. Parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker s'intenderà come fatta alla Società.

Ogni modifica al contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, diviene efficace solo dopo la firma del relativo atto da parte del Contraente e della Società Delegataria.

Il Broker provvede alla gestione il contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale revoca dell'incarico al Broker.

Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente/Assicurato, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 15 (quindici) giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga opportuno, essere presente.

La Società provvederà all'emissione dei documenti di quietanza relativi alle rate di Premio e li farà pervenire, almeno **30 (trenta) giorni** prima della scadenza al Broker.

Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti.

Il pagamento effettuato dal Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso.

Il Broker invierà alla Società, a mezzo lettera raccomandata, telefax o telegramma le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dal timbro postale o la data di invio del telefax o telegramma.

Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.

I Premi incassati dal Broker verranno versati separatamente alla Società Delegataria ed a ciascuna delle Società Coassicuratrici a regolarizzazione dei rapporti contabili.

Il Broker provvederà ad inoltrare alla Società regolare denuncia dei Sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, i nomi ed i riferimenti degli eventuali periti e/o legali incaricati.

La Società comunicherà al Broker periodicamente, o in riscontro ad ogni sua richiesta, lo stato e/o l'esito dei Sinistri (es.: chiusura senza seguito, importo riservato, importo liquidato).

Si dà atto che le comunicazioni si intendono valide esclusivamente da quando pervengono alla Società od all'Agenzia a cui è allibrata la Polizza.

SINISTRI

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

ART.15 – OBBLIGHI DELLA CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro la Contraente deve darne avviso all'Agenzia oppure alla Società od al Broker al quale è assegnata la polizza, entro **30 (trenta) giorni** da quando ne ha avuto conoscenza.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata, possibilmente da certificato medico.

Il decorso delle lesioni sarà documentato da ulteriori certificati medici.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 c.c., se ha costituito effettivo pregiudizio per la Società.

ART.16 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al **sessantesimo giorno** dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di recedere dalla polizza con preavviso di **90 (novanta) giorni**; in tal caso la Società, entro **30 (trenta) giorni** dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Anche la Contraente può recedere dal contratto nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il **sessantesimo giorno** dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto con le stesse modalità di cui al comma precedente, fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso dalla Società.

ART.17 – PROCEDURA DI VALUTAZIONE DEL DANNO

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 18 sono demandate per iscritto ad un Collegio di 3 Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici.

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

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.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

ART.18 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali di cui all'Art. 20 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare **complessivamente l'importo massimo di € 6.100.000,00.**

ART.19 – MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari avranno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità.

ART.20 – INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali della tabella allegata al DPR n° 1124 del 30/06/1965 e s.m.i., con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa e con l'intesa che l'indennizzo verrà effettuato in capitale e non in forma di rendita.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più arti o organi è prevista l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per

ciascuna lesione, con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

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

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro valgono per l'arto superiore sinistro e viceversa.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella citata tabella, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

Gli assicurati oltre 75 anni si intendono sempre soggetti ad una franchigia del 5% assoluta, fino e non oltre 80 anni di età, indipendentemente dalla categoria di appartenenza.

ART.21 - INABILITÀ TEMPORANEA

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza una inabilità temporanea dell'Assicurato ad attendere alle attività dichiarate in polizza, la Società liquida l'indennità per gli importi e con le modalità previste per ogni categoria di persone assicurate.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte od invalidità permanente.

ART.22 - RIMBORSO SPESE MEDICHE

In caso di evento indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurativo, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- durante il ricovero in Istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria);
- per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- per visite mediche specialistiche ed acquisto medicinali;
- per applicazioni di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- per analisi ed accertamenti:
 - a) diagnostici strumentali anche specialistici quali, ad esempio: TAC (tomografia assiale computerizzata) - ecografia - doppler - holter - scintigrafia - risonanza magnetica - risonanza magnetica nucleare;
 - b) diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologia, microscopici;
 - c) diagnostici radiologici - radioscopie - radiografie - stratigrafie- angiografie;
- per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia - chiroterapia - chinesiterapia - trazioni vertebrali - ultrasuoni - marconiterapia - massoterapia;
- per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- per il trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura o posto di pronto soccorso.

Modalità di liquidazione delle spese

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, conti dell'ospedale o clinica, etc.).

Tali documenti saranno restituiti all'Assicurato previa apposizione della data di liquidazione.

La domanda per il rimborso delle spese, corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventualmente la cartella clinica) deve essere presentata alla Società entro il centovesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica.

Il rimborso di spese inerente l'acquisto di medicinali, deve intendersi sempre escluso dalla presente garanzia.

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

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

ART.23 - DIARIA DA RICOVERO

Se in conseguenza di infortunio o malattia contratta in servizio o per causa di servizio l'Assicurato è ricoverato in istituto di cura, la Società liquida un'indennità per ogni giorno di ricovero pari al massimale assicurato, per un periodo massimo di **180 giorni** - anche non consecutivi - da quello dell'infortunio.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

ART.24 - DIARIA DA GESSO

La Società liquida l'indennità pattuita a partite dall'ottavo giorno successivo all'applicazione per il periodo dell'immobilizzazione con un massimo di **40 giorni** per infortunio. Non sono indennizzabili gli infortuni che prevedano l'applicazione di immobilizzazioni agli arti superiori.

La garanzia viene prestata con l'applicazione di una franchigia di **3 giorni** per ogni infortunio.

ART.25 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data dell'atto di liquidazione del danno, sempre che sia trascorso il termine di 30 giorni dalla data del sinistro senza che sia stata fatta opposizione, e comunque entro e non oltre 90 giorni dalla data del sinistro; la Contraente si impegna nei casi in cui venga espressamente richiesto dalla Società, a mezzo di clausola in quietanza, a produrre il Certificato di Chiusa Istruttoria, non appena ne verrà in possesso.

La Contraente è legittimata ad ottenere dalla Società il pagamento dell'indennizzo liquidato a termini di polizza anche in mancanza di chiusura di istruttoria giudiziaria o di altra Autorità competente se aperta, contro l'impegno di restituire quanto percepito, maggiorato degli interessi legali, e rivalutato in presenza di svalutazione monetaria secondo gli indici ISTAT, qualora dalla sentenza penale definitiva risulti una o più cause di decadenza al diritto di percepire l'indennizzo.

Il presente articolo sarà applicato a ciascuna partita di polizza singolarmente considerata come se, ai soli effetti della presente clausola, per ognuna di dette partite fosse stata stipulata una polizza distinta.

Pertanto i pagamenti così effettuati saranno considerati come semplici acconti - soggetti quindi a conguaglio - su quanto risulterà complessivamente dovuto dalla Società a titolo di indennizzo per il sinistro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART.26 – RISCHI ASSICURATI

Sono considerati infortuni:

l'asfissia, il contatto con sostanze tossiche e corrosive; gli avvelenamenti da ingestione di cibo e/o da assorbimento di sostanze; l'annegamento; l'assideramento o congelamento; colpi di sole o di calore; la folgorazione da scariche elettriche e fulmini; le affezioni conseguenti a morsi di animali; punture di insetti e aracnidi con esclusione di malaria e carbonchio; le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzo.

Sono inoltre compresi: le lesioni conseguenti ad atti di eroismo, gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza e quelli subiti per effetto di vertigini; gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze gravi e colpa grave; gli infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe e slavine; gli infortuni derivanti da aggressioni, rapine, attentati, atti di terrorismo e vandalismo, tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria; gli infortuni derivanti dall'uso, in qualità di passeggero, di velivoli nei limiti e nei termini di quanto disposto dall'Art. 31; gli infortuni subiti in occasione di dirottamenti e pirateria aerea compiuti e/o tentati; gli infortuni subiti in stato di ubriachezza ma non alla guida di veicoli e natanti a motore; gli infortuni subiti durante la pratica non professionale di qualsiasi sport, eccettuati quelli esclusi all'Art. 42.

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione.

Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l'Assicurato abbia partecipato in modo volontario.

È definito *atto di terrorismo* una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

ART.27 - NORMATIVA CONDUCENTI E TRASPORTATI

L'Assicurazione comprende inoltre gli infortuni avvenuti durante la salita e la discesa dal veicolo, nonché in caso di riparazioni di emergenza effettuate dagli Assicurati sulla strada sia per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia che per spostare il veicolo stesso dal flusso del traffico o per reinserirlo nel traffico medesimo.

ART.28 – LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore a **80 anni**.

Per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale della polizza.

L'eventuale proroga dell'assicurazione potrà essere pattuita con la Società, previa presentazione di certificato di "buona salute".

ART.29 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., le persone sieropositive per H.I.V. o affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi. L'Assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze della prima manifestazione.

ART.30 – RISCHIO VOLO

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota od altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri:

- in servizio pubblico di linee aeree regolari,
- eserciti da società che effettuano voli "charter" o comunque di proprietà e gestiti da aziende commerciali,
- nonché quelli in dotazione ai Vigili del Fuoco, alle Forze Armate, alla Polizia di Stato, alla Protezione Civile, alla C.R.I. ed analoghe istituzioni.

In ogni caso gli Assicuratori non corrisponderanno un importo superiore ad € 10.000.000,00 per il numero totale delle persone che viaggiano sullo stesso aereo al momento del sinistro.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano l'importo sopraindicato, le indennità spettanti saranno adeguate in caso di sinistro con riduzione e imputazione proporzionale sulle singole Assicurazioni.

ART.31 – ERNIE E LESIONI MUSCOLARI DETERMINATE DA SFORZI

Fermi i criteri di indennizzabilità di cui agli Art. 17, 18 e 20, l'Assicurazione è estesa, limitatamente al caso di invalidità permanente, alle ernie traumatiche ed alle lesioni muscolari determinate da sforzi, con l'intesa che:

- qualora l'ernia non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente un'indennità non superiore al 10%, senza deduzione, della somma assicurata per invalidità permanente;
- qualora l'ernia risulti operabile verrà corrisposta solamente l'indennità assicurata per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 150 giorni;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 17.

ART.32 – ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio 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 (come ad esempio la perdita di orientamento), si verifichi che l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

ART.33 – MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società pagherà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali, il capitale previsto per il caso morte.

In caso di scomparsa dell'Assicurato il pagamento del predetto capitale, avverrà decorsi 6 mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (Artt. 60

e 62 del Codice Civile), mentre in caso di affondamento o naufragio oppure in caso di caduta di velivoli, il pagamento avverrà decorsi 6 mesi dal sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente Autorità la presenza a bordo dell'Assicurato e quest'ultimo sia stato dato per disperso a seguito del sinistro stesso (Artt. 211 e 838 del Codice della Navigazione).

Resta inteso che se dopo il pagamento dell'indennizzo risulterà che l'Assicurato sia vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata e, a restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere gli eventuali diritti derivatigli dalla polizza.

ART.34 - INFEZIONI

Obblighi dell'Assicurato relativi alle modalità di accertamento del danno:

L'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato dal virus HIV a causa di un evento accidentale ed esterno occorsogli nella svolgimento dell'attività scolastica per la quale è prestata l'assicurazione, deve darne notizia entro 5 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento, a mezzo telegramma o fax indirizzato all'Agenzia che gestisce la polizza.

Contemporaneamente deve inviare alla Società, a mezzo raccomandata, descrizione dettagliata dell'infortunio, certificata dall'Ente presso il quale si è verificato l'evento accidentale o per il quale l'assicurato svolge la sua attività.

Entro 10 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test HIV presso un centro specializzato indicato dalla Società Assicuratrice.

Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo, l'assicurazione nei suoi confronti cesserà immediatamente ed il premio sarà diminuito dalla prima scadenza annua successiva.

Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test presso il medesimo centro e, se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, entro un anno dalla data di denuncia dell'evento la Società liquiderà l'intera somma assicurata indicata all'Art. 1) delle Condizioni Particolari di polizza.

Tutte le spese mediche relative al test HIV restano a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese verranno rimborsate dalla Società.

L'assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. L'Assicurato deve essere identificato, pena la decadenza della garanzia assicurativa, al momento di sottoporsi al test immunologico.

L'assicurato dovrà inoltre sottoscrivere, al momento della denuncia del sinistro, l'apposita "informativa consenso" ai sensi della legge sulla *privacy* del 31/12/1996, n. 675.

Il rispetto dei termini della denuncia dell'infortunio e degli altri obblighi sopra indicati è essenziale per la validità della copertura assicurativa e pertanto l'inosservanza dei predetti termini comporta la decadenza da ogni diritto all'indennizzo.

ART.35 - RISCHIO GUERRA

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni all'estero derivanti da atti di guerra (dichiarata e non) o di insurrezione popolare per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, in un paese sino ad allora in pace ed a condizione che non vi abbia preso parte attiva.

ART.36 - NUOVE INCLUSIONI

Alla Contraente è concessa la facoltà di includere in garanzia ulteriori gruppi di Assicurati, previa richiesta preventivo alla Compagnia, che li valuterà di volta in volta.

ART.37 – RESPONSABILITÀ DELLA CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o i diversi beneficiari non accettino a completa tacitazione dell'infortunio l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto ed avanzino verso la Contraente maggiori pretese a titolo di risarcimento di danni per responsabilità civile, detta indennità viene accantonata in accordo con la Contraente per essere computata nel risarcimento che la Contraente fosse tenuta a corrispondere per sentenza o transazione. In nessun caso una tale sentenza o transazione potrà incrementare l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto o potrà influire sui termini, le condizioni o le esclusioni di questo contratto. Tanto meno in nessun caso l'indennità dovuta potrà eccedere la somma assicurata per il caso di invalidità permanente o morte della persona assicurata in questione come evidenziato in polizza. Qualora l'infortunato o i diversi beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore della Contraente, delle spese dalla stessa sostenute per resistere alla loro azione.

ART.38 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia al diritto di surroga che le compete a norma dell'Art. 1916 del Codice Civile nei confronti del responsabile del sinistro, salvo il caso di dolo, e sempre che la Contraente non eserciti a sua volta azioni di rivalsa verso il responsabile.

ART.39 – INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Con la sottoscrizione della Nota Informativa pre-contrattuale allegata e/o con la sottoscrizione della presente Polizza, il Contraente/Assicurato dichiara di aver preso atto di tutti gli obblighi degli Assicuratori in ottemperanza e nel rispetto del Regolamento ISVAP n. 35 del 26/05/2010.

ART.40 – GESTIONE SINISTRI

la Società si impegna ad inviare alla Contraente, con **cadenza annuale**, l'elenco dei sinistri denunciati con il relativo esito e gli eventuali importi liquidati e/o a riserva.

ART.41 – RISCHI ESCLUSI

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole clausole che precedono, sono esclusi gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo che per legittima difesa, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- c) dalla partecipazione a corse o gare e relative prove comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- d) dalla partecipazione a corse e gare e relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche che non abbiano carattere dilettantistico;
- e) da pratica di paracadutismo, parapendio e di altri sport aerei;
- f) dalla pratica di alpinismo e speleologia che comportino l'uso di funi o guide;
- g) da guida ed uso di mezzi di locomozione subacquei e dalla guida di velivoli in genere;
- h) dall'abuso di psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni;

- i) da guerra e, guerra civile, salvo quanto previsto dall'Art. 36;
- j) da trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a raggi ionizzanti.

Sono infine esclusi gli infarti e le ernie non traumatiche e le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART.42 - NORMATIVA ANTIMAFIA

Si precisa che per assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari finalizzata a prevenire infiltrazioni criminali, ogni e qualsivoglia pagamento dovrà essere effettuato esclusivamente nelle forme e con le modalità di cui all'Art 3 della Legge "Anti-Mafia" n. 136 del 13/08/2010 e s.m.i.

Qualora le transazioni non siano eseguite nelle forme di cui alla già citata Legge "Anti-Mafia" n. 136 del 13/08/2010 e s.m.i., il contratto si considererà risolto di fatto di diritto, senza necessità di ulteriori comunicazioni.

ART.43 - CALCOLO DEL PREMIO

Il premio annuo, finito di accessori ed imposte, risulta così determinato:

1	AMMINISTRATORI	N. AMMINISTRATORI	11	X	€...	=	€
2	CONDUCENTI VEICOLI AZIENDALI	N. VEICOLI	2	X	€	=	€
3	PRESTATORI D'OPERA OCCASIONALI, EDUCATORI, ASSISTENTI SOCIALI	N. ASSICURATI	1	X	€	=	€
4	VOLONTARI	N. VOLONTARI	2	X	€	=	€
PREMIO COMPLESSIVO					€		

Salassa Canavese (TO),/2019.

CONTRAENTE

SOCIETÀ

Ai fini degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, la Contraente dichiara di aver attentamente letto e di approvare espressamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli:

- Art. 2 Dichiarazioni della Contraente - Buona fede.
- Art. 3 Altre Assicurazioni.
- Art. 5 Durata dell'Assicurazione.
- Art. 10 Foro competente.
- Art. 15 Obblighi in caso di sinistro.
- Art. 16 Recesso in caso di sinistro.
- Art. 17 Procedura di valutazione del danno.
- Art. 18 Criteri di indennizzabilità.
- Art. 25 Pagamento dell'indennizzo.

Salassa (TO),/2019.

CONTRAENTE

SOCIETÀ