

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI SOGGETTI VARI CIG B374541712

La presente polizza è stipulata tra

FONDAZIONE ISTITUTO ITALIANO DI TECNOLOGIA - IIT

Via Morego n. 30 – 16163 Genova (GE)

C.F. 97329350587 – P.I. 09198791007

Società

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del 31.12.2024

Alle ore 24.00 del 30.06.2027

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	FONDAZIONE ISTITUTO ITALIANO DI TECNOLOGIA - IIT
SEDE LEGALE	VIA MOREGO N.30 – 16163 GENOVA (GE)
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	C.F. 97329350587 – P.I. 09198791007
ATTIVITA' SVOLTA	Promozione dello sviluppo tecnologico del Paese e dell'alta formazione tecnologica in coerenza con gli indirizzi della politica scientifica e tecnologica nazionale, favorendo così lo sviluppo del sistema produttivo nazionale
DURATA DELLA POLIZZA	Effetto: dalle ore 24.00 del 31.12.2024 Scadenza: alle ore 24.00 del 30.06.2027
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€
FRAZIONAMENTO	SEMESTRALE
BROKER - INTERMEDIARIO	Aon S.p.A.
ALIQUOTA PROVVIGIONALE BROKER	0,00% La remunerazione del broker è a carico del Contraente
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	
<p>Il presente contratto, emesso a seguito di procedura per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta dal Contraente a conclusione della quale è risultata aggiudicataria la Società xxxx, è regolato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ dal frontespizio di polizza e dalla scheda di polizza riportanti i dati essenziali del contratto; ✓ dal capitolato speciale di appalto, che si riporta integralmente in allegato; ✓ dalle varianti al capitolato speciale d'appalto presentate in sede di offerta, approvate dal Contraente, che modificano le disposizioni al capitolato stesso e che si riportano integralmente in allegato. 	

SEZIONE I DEFINIZIONI	
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo, pari od inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o cessazione annuale dell'assicurazione.
Assicurato	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di polizza.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
BROKER – INTERMEDIARIO	AON S.p.A., impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Durata dell'assicurazione – polizza	Il periodo che ha inizio con la data di effetto della polizza e termina con la data di scadenza della polizza.
Franchigia	L'importo previsto dalle condizioni contrattuali che in caso di sinistro è detratto dalla somma liquidata e che rimane a carico esclusivo del Contraente.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Indennizzo - Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità permanente	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Polizza	Il documento che prova e regola l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Retribuzioni	Retribuzione annua lorda costituita dalle voci retributive erogate ai dipendenti, e cioè tutto quanto al lordo delle ritenute, l'Assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue retribuzioni (a esempio, stipendio, altri elementi a carattere continuativo, provvigioni, premi di produzione, l'equivalente del vitto e alloggio eventualmente dovuti all'Assicurato). Sono esclusi i rimborsi spese e emolumenti a carattere eccezionale, le eventuali indennità sostitutive di preavviso e le somme corrisposte a titolo transattivo
Ricovero	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rischio extraprofessionale	Gli eventi che si verificano nello svolgimento di qualsiasi attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari, il tempo libero, la

	pratica di hobby e in genere di qualsiasi manifestazione della vita quotidiana.
Rischio in itinere	<p>Infortunio che si verifichi a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione (compresa anche la salita e la discesa dai mezzi stessi e gli infortuni subiti dagli assicurati mentre attendono, in caso di fermata del mezzo, alle operazioni necessarie per la ripresa dalla marcia) e anche a piedi, dall'abitazione (abituale od occasionale) dell'assicurato e il luogo di lavoro (abituale od occasionale), ove si rechi a svolgere attività, mansioni o incarichi per conto del Contraente, e viceversa.</p> <p>La definizione di "itinere" comprende, a titolo esemplificativo ma non limitativo, il tragitto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ dalla dimora abituale al lavoro e viceversa (sia prima e dopo l'orario di lavoro, che durante la pausa pranzo); ✓ dal luogo di lavoro ai luoghi di ristoro per consumare il pranzo e per il pernottamento (diversa dalla dimora abituale), e viceversa; ✓ dalla dimora abituale e/o dal luogo di lavoro ad altro luogo se il lavoratore presta servizio presso società o entità esterne (sedi della società diverse dalla propria sede di lavoro, clienti, fornitori, azionisti, sedi di meeting, convention, sedi corsi di formazione, e simili); <p>dal luogo di lavoro ad altro luogo durante il servizio prestato fuori dal normale orario di lavoro, purché il Contraente dichiari per iscritto che l'assicurato svolgeva le sue mansioni su incarico del Contraente stesso.</p>
Rischio professionale	Gli eventi che si verificano nell'esercizio delle occupazioni professionali principali e/o accessorie e/o occasionali, svolte dall'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che ha assunto il presente rischio.
Somma assicurata	il massimo esborso della Società per ogni persona assicurata e relativo indennizzo della prestazione garantita.

CARATTERISTICHE DEL RISCHIO, SOGGETTI ASSICURATI

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate all'articolo *PERSONE/CATEGORIE E 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.

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, salvo quanto previsto dall'art. *NORME SPECIFICHE PER LA QUALIFICA DI DIRIGENTI*.

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

**SEZIONE III
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

Art. 1 DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – OPZIONE DI PROROGA

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga tecnica della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 giorni. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 180 giorni. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite.

L'Ente Contraente si riserva la facoltà di prorogare il contratto per una durata pari a 12 (dodici) mesi, previa adozione di apposito atto. In tal caso, la Stazione Appaltante trasmetterà la richiesta di proroga entro 180 giorni dalla scadenza contrattuale e la Società si impegna entro 30 giorni dalla richiesta a comunicare all'Ente l'accettazione o il rifiuto della richiesta.

Questa disposizione non è operante nel caso in cui la Società si sia avvalsa della facoltà di recesso annuo prevista nella presente polizza.

Art. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

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

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

In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi di cui all'articolo *DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – OPZIONE DI PROROGA*.

Art. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

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

Il Contraente pagherà all'Intermediario incaricato:

- ✓ entro 60 giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 60 giorni da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 60 giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento semestrale.

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

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023 anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, previa comunicazione del Broker alla Società.

Art. 4 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

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

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

Art. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONE DEL RISCHIO

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

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

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'Assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui al presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dal citato art.1897; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

Art. 6 REVISIONE DEL PREZZO

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO, una parte decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare all'altra il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo suddetto e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali in aumento o in diminuzione, ma solo nel caso in cui tale variazione risulti superiore al 5% del premio annuo imponibile, e operano nella misura dell'80% della variazione in oggetto;
- b) La parte che ha ricevuto la segnalazione, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate dall'altra parte, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto, in aumento o in diminuzione, a decorrere dalla nuova annualità.

In caso di mancato accordo, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione secondo quanto previsto al successivo articolo *RECESSO*.

Art. 7 RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità. La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla parte ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta del Contraente. Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.

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

Art. 8 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 90 giorni successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli *REVISIONE DEL PREZZO* e *RECESSO* e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo *REVISIONE DEL PREZZO* dalla ricezione della citata dichiarazione.

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

Art. 9 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dal contratto, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica

certificata (PEC) con preavviso di 120 (centoventi) giorni. In tal caso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della Polizza.

Qualora la comunicazione della volontà di recedere dal rischio pervenga a meno di 120 giorni dalla scadenza annuale del Contratto, la Società, su richiesta del Contraente, si impegna a concedere una proroga tecnica alle medesime condizioni economiche e normative in corso, per il periodo intercorrente tra la scadenza dell'annualità e la scadenza del periodo di 120 giorni di effetto del recesso per sinistro.

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. 10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

La polizza e le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

Art. 11 ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Si conviene tra le parti che qualora si rivelasse che per gli stessi rischi del presente contratto esistano altre coperture, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati e indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi. La Società rinuncia fin d'ora alla facoltà concessale dal disposto dell'art.1910 del Codice Civile

Art. 12 GESTIONE DEL CONTRATTO – CLAUSOLA BROKER

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

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

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Compagnia) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Compagnia, prevarranno queste ultime.

In ragione delle delega all'incasso dei premi conferita dalla Compagnia il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker e alle persone di cui deve rispondere si considera effettuato direttamente alla Compagnia ai sensi dell'art. 118 comma 2 del D. Lgs. 209/2005.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato. Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt.120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n.40/2018.

La remunerazione del Broker è a carico del Contraente.

Gestione del contratto in presenza di Corrispondente/Coverholder

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

- a) ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder si considererà come effettuata all'Assicurato o al Contraente;
- b) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata dall'Assicurato o dal Contraente.

La Società conferisce mandato al Corrispondente/Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

- aa) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata alla Società;
- ab) ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder al Broker, si considererà come effettuata dalla Società.

Art. 13 ONERI FISCALI

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

Art. 14 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte per iscritto mediante email, lettera raccomandata, PEC (posta elettronica certificata).

Art. 15 FORO COMPETENTE – ELEZIONE DI DOMICILIO

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

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

Art. 16 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

Art. 17 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti.

Art. 18 TRATTAMENTO DEI DATI

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

Art. 19 COASSICURAZIONE E DELEGA

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

Art. 20 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione è operante per i danni che avvengano nei territori di tutti i Paesi del Mondo.

Art. 21 SANZIONI E RESTRIZIONI INTERNAZIONALI

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

SEZIONE IV OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 22 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata, entro i limiti e alle condizioni indicati in polizza, per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali (rischi professionali) per conto del Contrante e di ogni altra attività legata alla vita privata (rischi extraprofessionali), che ne abbiano causato la morte o l'invalidità permanente, ad eccezione delle categorie C, D, E,F,G,H per la quali l'assicurazione è limitata ai soli rischi professionali.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni:

- ✓ derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- ✓ subiti in stato di malore, vertigini o incoscienza;
- ✓ conseguenti a colpi di sonno;
- ✓ subiti in stato di ubriachezza, esclusi gli infortuni occorsi alla guida di veicoli, o natanti a motore;
- ✓ derivanti da influenze termiche e atmosferiche;
- ✓ derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- ✓ derivanti da aggressioni in genere;
- ✓ derivanti dall'utilizzo di armi da fuoco;
- ✓ subiti come conducente di qualsiasi veicolo o natante a motore, purché l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, o come trasportato sugli stessi;
- ✓ derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- ✓ che, durante il viaggio aereo, derivassero da attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, forzato dirottamento purché non conseguenti a guerra (anche se non dichiarata), insurrezione o tumulti popolari.

Sono considerati infortuni anche:

- ✓ le malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia;
- ✓ l'asfissia, purché non dipendente da malattia;
- ✓ gli avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- ✓ il soffocamento;
- ✓ le intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- ✓ l'annegamento;
- ✓ l'assideramento o congelamento, i colpi di sole o di calore;
- ✓ la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- ✓ le ustioni anche da contatto con corrosivi;

- ✓ le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni (quelle tetaniche) conseguenti a eventi risarcibili a termini di polizza;
- ✓ le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie non traumatiche (intendendosi per "ernie traumatiche" quelle provocate da un trauma conseguente a infortunio), delle rotture sottocutanee dei tendini;
- ✓ le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici o trattamenti medici resi necessari a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli e gli infortuni subiti dagli assicurati mentre attendono, in caso di fermata del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa dalla marcia.

SEZIONE V ESCLUSIONI

Art. 23 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall' assicurazione gli infortuni derivanti:

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

Art. 24 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 25 LIMITI DI ETA'

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

**SEZIONE VI
PRECISAZIONI ED ESTENSIONI DI GARANZIA**

Art. 26 RISCHIO VOLO

A parziale deroga di quanto indicato all'art. ESCLUSIONI l'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa quando ne è disceso. La salita e la discesa, mediante scale o altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio volo. Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione e da eventuali analoghe estensioni (riguardanti il rischio volo) contemplate da altre assicurazioni infortuni da chiunque stipulate in favore degli stessi assicurati, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali indicati alla sezione SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE.

Nel caso di sinistro che colpisca più assicurati, l'onere a carico della Società per aeromobile non potrà superare comunque l'importo indicato all'art. LIMITI CATASTROFALI. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 27 DANNI ESTETICI

In caso di infortunio non escluso dal presente contratto, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 3.000 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 28 RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO

A parziale deroga di quanto indicato dall'art. ESCLUSIONI l'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 29 RISCHI SPORTIVI

L'assicurazione comprende gli infortuni verificatisi durante la pratica non professionistica di tutte le attività sportive con esclusione di:

- ✓ paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- ✓ salto dal trampolino con sci e idrosci, sci acrobatico, bob;
- ✓ pugilato e atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, speleologia, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala Monaco;
- ✓ corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura (cfr. articolo ESCLUSIONI).

Art. 30 CALAMITA' NATURALI

L'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.

Nel caso di sinistro che colpisca più assicurati, l'onere a carico della Società non potrà superare comunque l'importo indicato all'art. LIMITI CATASTROFALI. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 31 CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE E ATTIVITA' PROFESSIONALI DIVERSE

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che il Contraente e/o Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta proporzione esistente tra il premio pagato ed il premio che avrebbe dovuto pagare in base alla nuova attività esercitata.

SEZIONE VII NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 32 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio sarà presentata, per il tramite del Contraente, alla Società entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui il competente ufficio del Contraente stesso ne sia venuto a conoscenza. La denuncia indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà possibilmente corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Se non viene adempiuto intenzionalmente all'obbligo della denuncia ed altri altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 33 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

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

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

Art. 34 MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se 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 invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso e hanno diritto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 34 BIS MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano emersi nel frattempo elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non

avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 c.c.

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

A restituzione avvenuta da parte dell'Assicurato dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 35 INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue.

La valutazione del grado di invalidità permanente sarà effettuata facendo riferimento alla tabella INAIL di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 come in vigore fino al 24 Luglio 2000, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

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

Accertamento del grado di invalidità permanente

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

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

Il diritto alla indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore per cause non dipendenti dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in maniera determinata la Società paga i beneficiari l'importo liquidato od offerto

Art. 36 NORME SPECIFICHE PER LA QUALIFICA DI DIRIGENTI

A parziale modifica di quanto specificato dalle condizioni precedentemente richiamate si conviene tra le parti quanto segue:

- a) per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento alla legge infortuni sul lavoro di cui al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 T.U. e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza;
- b) le percentuali di invalidità indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del decreto di cui al precedente comma, vengono riferite ai capitali assicurati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e l'indennizzo verrà liquidato in contanti anziché sotto forma di rendita;
- c) quando, in conseguenza di infortunio l'attitudine del dirigente assicurato venga ridotta in misura tale che non sia più obiettivamente possibile la prosecuzione dell'attività di dirigente in genere e quindi del rapporto di lavoro con il Contraente, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza per il caso di invalidità permanente, fermo restando in ogni caso il disposto dell'art. CRITERI DI INDENNIZZABILITA'.

Si conviene inoltre che:

- l'assicurazione si intende estesa alle malattie professionali intendendosi come tali quelle riconosciute dal D.P.R. 1124/1965 e/o contemplate ai sensi della vigente normativa di legge che si manifestino nel corso della validità del presente contratto, nonché quelle malattie che fossero riconosciute dalla magistratura come professionali e/o dovute a causa di servizio, fermo quanto previsto al punto f) dell'art. ESCLUSIONI, e che producano la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10%.
Agli effetti di tale estensione il Contraente dichiara che i dirigenti da assicurare non presentano alcuna manifestazione morbosa che possa farli ritenere affetti da qualsiasi delle malattie professionali, mentre si impegna, nel caso di inclusione in garanzia di altre persone, a ragguagliare preventivamente la Società sulle condizioni dei singoli.
Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno "malattie professionali" viene fissato in due anni dal giorno della denuncia della malattia.
Si intendono confermati agli effetti dell'assicurazione "malattie professionali" i precedenti punti b) e c).

Art. 37 DETERMINAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

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

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

Art. 38 CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se e in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un collegio di 3 medici, nominati uno per parte e il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

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

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

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

Art. 39 OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società o l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, entro 60 giorni dal termine di ogni scadenza semestrale, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente per il tramite del Broker il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, della data dell'evento, del nome dell'Assicurato, della data di denuncia, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);
- b) sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Tali report dovranno essere forniti anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker, fermo restando che la semplice richiesta scritta del Contraente e/o del Broker attiva gli obblighi di cui sopra. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (formato excel), utilizzabile dal Contraente stesso; gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 30 giorni dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica dal Contraente e/o dal Broker. Le predette statistiche potranno essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di disdetta di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE*, la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui il recesso è stato inviato.

SEZIONE VIII
SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE
Art. 40 PERSONE/CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

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

A) MEMBRI DEL COMITATO ESECUTIVO

L' Assicurazione è prestata per i rischi professionali ed extraprofessionali, incluso il rischio in itinere.

Garanzia	Capitali per persona
Caso Morte	€ 1.600.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 1.600.000,00

NUMERO DEGLI ASSICURATI	5
-------------------------	---

B) DIRIGENTI

L' Assicurazione è prestata per i rischi professionali ed extraprofessionali, incluso il rischio in itinere.

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in maniera superiore al 60%, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100% (cento per cento).

Si precisa che limitatamente alla presente categoria i tassi di premio indicati in polizza si intendono così imputati:

Rischi Professionali 60%
 Rischi Extraprofessionali 40%

Garanzia	Capitali per persona
Caso Morte 5 volte la R.A.L. con il massimo di	€ 1.300.000,00
Caso Invalidità Permanente 6 volte la R.A.L. con il massimo di	€ 1.600.000,00

PREVENTIVO RETRIBUZIONI	€ 9.200.000,00
-------------------------	----------------

C) QUADRI

L'assicurazione è prestata per i soli rischi professionali, incluso il rischio in itinere.

Garanzia	Capitali per persona
Caso Morte 5 volte la R.A.L. con il massimo di	€ 600.000,00
Caso Invalidità Permanente 6 volte la R.A.L. con il massimo di	€ 700.000,00

PREVENTIVO RETRIBUZIONI	€ 9.000.000,00
-------------------------	----------------

D) PERSONALE AMMINISTRATIVO, TECNICO E SCIENTIFICO ASSUNTO CON CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE AL I-II-III LIVELLO

L'Assicurazione è prestata per i soli rischi professionali, incluso il rischio in itinere.

Garanzia	Capitali per persona
Caso Morte 3 volte la R.A.L. con il massimo di	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente 4 volte la R.A.L.con il massimo di	€ 350.000,00

PREVENTIVO RETRIBUZIONI	€ 21.000.000,00
-------------------------	-----------------

E) SENIOR RESEARCHER, RESEARCHER, RESEARCHER TECHNOLOGIST, TEAM LEADER

L'Assicurazione è prestata per i soli rischi professionali, incluso il rischio in itinere.

Garanzia	Capitali per persona
Caso Morte 5 volte la R.A.L. con il massimo di	€ 500.000,00
Caso Invalidità Permanente 6 volte la R.A.L.con il massimo di	€ 700.000,00

PREVENTIVO RETRIBUZIONI	€ 3.500.000,00
-------------------------	----------------

F) POSTDOCFELLOW, EXTERNAL COLLABORATOR ED ALTRI COLLABORATORI

L'Assicurazione è prestata per i soli rischi professionali, incluso il rischio in itinere.

Garanzia	Capitali per persona
Caso Morte 3 volte la R.A.L. con il massimo di	€ 300.000,00
Caso Invalidità Permanente 4 volte la R.A.L.con il massimo di	€ 400.000,00

PREVENTIVO RETRIBUZIONI	€ 20.000.000,00
-------------------------	-----------------

G) DOTTORANDI, BORSISTI, OSPITI, AFFILIATI, VISITING PROFESSOR

L'Assicurazione è prestata per i soli rischi professionali, incluso il rischio in itinere.

Garanzia	Capitali per persona
Caso Morte	€ 300.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 400.000,00

NUMERO GIORNATE PREVENTIVATE DA ASSICURARE	GIORNI 350.000
--	----------------

H) OPERAI

L'Assicurazione è prestata per i soli rischi professionali, incluso il rischio in itinere.

Garanzia	Capitali per persona
Caso Morte 3 volte la R.A.L. con il massimo di	€ 200.000,00

Caso Invalidità Permanente 4 volte la R.A.L.con il massimo di	€ 300.000,00
---	--------------

PREVENTIVO RETRIBUZIONI	€ 300.000,00
-------------------------	--------------

Art. 41 FRANCHIGIA SU INVALIDITA' PERMANENTE

Limitatamente alla categoria A, a parziale deroga dell'articolo 35 la liquidazione verrà determinata come segue: in caso di infortunio extraprofessionale sulla parte della somma assicurata oltre € 750.000,00 non si farà luogo a risarcimento per l'invalidità permanente quando questa non sia di grado superiore al 3% della totale. Se l'invalidità permanente supera il 3% della totale verrà corrisposto il risarcimento solo per la quota eccedente.

Art. 42 LIMITI CATASTROFALI

In caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare l'importo di € 20.000.000,00.

Con riferimento all'articolo RISCHIO VOLO, in caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare l'importo di € 10.000.000,00.

**SEZIONE IX
COSTITUZIONE DEL PREMIO**

Art. 43 COSTITUZIONE DEL PREMIO E REGOLAZIONE

Poiché il premio è convenuto, in tutto o 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 negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza ed indicati nella sezione CALCOLO DEL PREMIO.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione premio devono essere pagate dal Contraente o dalla Società entro 60 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice, che verrà spedita entro 30 giorni dalla ricezione dei dati.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 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 o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il 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 il 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 e ciò sino all'adempimento di tali obblighi.

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

**SEZIONE X
CALCOLO DEL PREMIO**

Art. 44 CALCOLO DEL PREMIO

Il premio della presente polizza è convenuto in tutto o in parte in base a elementi variabili, ed è costituito nel modo sottoindicato.

Categoria	Tipo dato variabile	Entità dato	Premio lordo pro-capite o Tasso lordo applicato	Totale
A) Amministratori	Numero assicurati	5		€,00
B) Dirigenti	R.A.L.	9.200.000,00 €		€,00
C) Quadri	R.A.L.	9.000.000,00 €		€,00
D) Personale amministrativo	R.A.L.	21.000.000,00 €		€,00
E) Senior Researcher...	R.A.L.	3.500.000,00 €		€,00
F) PostDocFellow, External Collaborator...	R.A.L.	20.000.000,00 €		€,00
G) Dottorandi, Borsisti...	Numero giornate	350.000		€,00
H) Operai	R.A.L.	300.000,00 €		
TOTALE				€,00

**SEZIONE XI
CONDIZIONI SPECIALI**

Formazione

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di € 2.000,00 per annualità di polizza e per l'intera durata contrattuale, le spese per interventi di formazione e/o consulenza volti all'analisi dei rischi in ambito di Infortuni, le modalità operative di gestione e di contenimento dei sinistri, gli strumenti di governance e le best practices di settore.

Il progetto è rivolto a tutti gli uffici dell'Ente preposti alla gestione delle coperture assicurative e al processo di gestione dei sinistri. L'attività, svolta per il tramite di soggetti qualificati appositamente incaricati dal Contraente, deve concludersi entro la data di scadenza della presente polizza (esclusi proroghe tecniche, proroghe). Il rimborso viene eseguito dalla Società in favore del Contraente, se richiesto viene eseguito direttamente dalla Società a favore del Soggetto incaricato per l'attività in oggetto.

Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

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

DATA

LA SOCIETA'