

Autorità Garante
della Concorrenza e del Mercato

Capitolato Speciale
(CIG: BC097F8DB4)
POLIZZA INFORTUNI

Stipulata tra:

Autorità Garante della
Concorrenza e del Mercato

Piazza Giuseppe Verdi 6 A

Cap 00198 Città Roma

CF.97076950589

e

Compagnia

Via.....

Cap.....Città.....

P.IVA n°

Numero di Polizza

Durata di Polizza

Effetto: dalle ore 00.00 del 01.10.2026

Scadenza: alle ore 24 del 31.12.2028

Scadenza periodi di assicurazione 31/12
successivi al primo

Frazionamento Annuale

Premio Imponibile annuo

Imposte

Premio lordo annuo

Broker Intermediario Aon S.p.A.

Aliquota provvigionale 6,8%

Il presente contratto, emesso a seguito di procedura per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta dal Contraente è regolato:

- ✓ 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.

Sommario

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione	9
Art.1. Durata dell'assicurazione.....	9
Art.2. Pagamento del premio, decorrenza della garanzia ed aggiornamento del premio annuo di polizza	9
Art.3. Obblighi inerenti alla tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. n° 136/2010	10
Art.4. Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto.....	11
Art.5. Recesso per Sinistro.....	11
Art.6. Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione	11
Art.7. Altre assicurazioni.....	11
Art.8. Clausola Broker.....	11
Art.9. Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	12
Art.10. Oneri fiscali	12
Art.11. Foro competente	12
Art.12. Interpretazione del contratto.....	12
Art.13. Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto	13
Art.14. Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio.....	13
Art.15. Rinvio alle norme di legge	14
Art.16. Rinuncia alla surrogazione.....	14
Art.17. Estensione territoriale	14
Art.18. Coassicurazione e Delega (operante se del caso).....	14
Art.19. Trattamento dei dati.....	14
Art.20. Sanzioni Internazionali.....	14
Art.21. Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni.....	15
Art.22. Esonero denuncia generalità degli assicurati	15
Art.23. Assicurazione per conto altrui	15
Art.24. Disposizione finale	15
Sezione 3 – Condizioni speciali di assicurazione	16
Art.25. - Polizze per il personale in quiescenza o a termine mandato	16
Sezione 4 –Condizioni che regolano l'Assicurazione Infortuni	17
Art.26. Oggetto dell'assicurazione	17

Art.27. Estensioni dell'assicurazione	17
Art.28. - Estensioni di garanzia	18
Sezione 5 – Esclusioni	23
Art.29. Esclusioni	23
Art.30. Limite di età	23
Sezione 6 – Norme operanti in caso di sinistro	24
Art.31. Denuncia del sinistro e relativi obblighi	24
Art.32. Criteri di indennizzabilità	24
Art.33. Liquidazione dell'indennizzo	26
Art.34. Anticipo indennizzo	26
Art.35. – Controversie	26
Art.36. Limite per evento catastrofe	27
Sezione 7– Soggetti assicurati, somme assicurate, franchigie	28
Art.37. - Soggetti assicurati.....	28
Art.38. Categorie e capitali assicurati	28
Art.39. - Clausola di salvaguardia per le persone assicurate nella Categoria “a capitali fissi”	31
Art.40. – Disciplina delle variazioni nelle persone assicurate nella Categoria “a capitali fissi”	32
Sezione 8– Calcolo del premio e regolazione del premio	33
Art.41. - Calcolo del premio	33
Art.42. - Regolazione del premio	34

Sezione 1 – Definizioni

Ai termini che seguono le Parti attribuiscono il significato qui precisato

Annualità assicurativa:	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato:	Persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di polizza.
Beneficiario:	In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker:	Impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
Comunicazioni:	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Day Hospital	Ricovero in regime diurno che comporta il rilascio di cartella clinica
Franchigia assoluta:	La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Pertanto, non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto esclusivamente per la parte eccedente, decurtando dall'indennizzo quanto ricompreso nella franchigia.
Franchigia relativa:	La soglia di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità al di sotto della quale il sinistro non viene indennizzato. Pertanto, non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto per l'intero senza deduzione di alcuna franchigia.

Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
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.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Invalidità permanente:	La diminuzione o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di cura:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privata, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Massimale per anno:	La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo.
Massimale per sinistro:	La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Retribuzione annua lorda (RAL)/Pensione annua lorda (PAL)/compenso di fine mandato:	<ul style="list-style-type: none"> • Per gli Assicurati appartenenti alla Categoria Dirigenti e Dipendenti in servizio per retribuzione annua lorda (RAL) deve intendersi la voce retribuzione di livello desumibile dalle scritture contabili della Contraente; • per gli Assicurati in posizione di comando, distacco, fuori ruolo o aspettativa con o senza assegno, per retribuzione annua lorda (RAL) deve intendersi "retribuzione di livello figurativa" dato dalla retribuzione di livello della qualifica di riferimento liquidata al personale in esame, corrispondenti a quelle spettanti al personale dipendente. Per il personale in aspettativa per qualsiasi causa si intenderà la retribuzione virtuale equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'evento; • per gli assicurati in posizione di dipendente non di ruolo, con contratto a tempo determinato in comando, distacco e fuori ruolo presso la Contraente per retribuzione annua lorda (RAL) deve intendersi

	<p>“retribuzione di livello figurativa” dato dalla retribuzione di livello della qualifica di riferimento liquidata al personale in esame, corrispondenti a quelle spettanti al personale dipendente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • per gli assicurati appartenenti alla Categoria personale dirigente e dipendente che cessa dal servizio con diritto di pensione, per pensione annua lorda (PAL) deve intendersi l’importo annuo lordo da percepire a titolo di pensione, comunicato dall’INPS al momento dell’entrata in quiescenza nel limite di euro 720.000,00; • per gli assicurati appartenenti alla categoria Vertici cessati per compenso di fine mandato deve intendersi quello da ultimo deliberato dal Collegio nell’ultimo anno di mandato, nel limite di euro 720.000,00 <p>Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione, come definita nel comma precedente quella che l’infortunato ha percepito, <u>nei dodici mesi precedenti</u> quello in cui si è verificato l’infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.</p> <p>Resta convenuto che la retribuzione annua verrà comunicata, per il caso di Invalidità Permanente, dopo la comunicazione all’Assicurato da parte della Società del grado di invalidità permanente riconosciuto.</p>
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura (pubblici, accreditati o privati, in Italia e all’estero) che comporti almeno un pernottamento.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l’entità dei danni che possono derivarne.
Rischio Professionale:	L’evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con l’Autorità
Rischio extra-professionale:	L’evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento a situazioni di tempo e/o di luogo che non sono riconducibili al rischio professionale come sopra definito.
Rischio in itinere:	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l’attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
Scoperto:	La parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell’assicurato.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società:

L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

PREMESSA

Il presente Capitolato Tecnico disciplina gli aspetti tecnico-giuridici ed economici per l'affidamento dei servizi di Copertura assicurativa relativa al rischio morte e invalidità permanente da infortunio professionale ed extraprofessionale a favore del personale dipendente dirigente e non dirigente dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, Piazza Giuseppe Verdi 6 A Cap 00198 Città Roma CF.97076950589 **(di seguito AGCM)** ad un soggetto appositamente selezionato.

Art.1. Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per il periodo di 27 mesi, dalle ore 00.00 del 01.10.2026 alle ore 24.00 del 31.12.2028. alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà di ciascuna delle Parti recedere dal contratto in occasione di ogni scadenza anniversaria intermedia, mediante comunicazione tramite posta elettronica certificata (PEC) inviata all'altra parte almeno **180 (centottanta)** giorni prima di tale scadenza **(o migliore condizione offerta)**.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, ai sensi dell'art. 120, comma 10, del D.Lg. 36/2023 per un periodo massimo di 12 mesi.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, fatta salva l'operatività della clausola di revisione dei prezzi ai sensi e per gli effetti dell'art.9, dell'art.60 e dell'art. 120 comma 1 lett. a) del d.lgs.36/23, secondo quanto previsto nella documentazione contrattuale. Il relativo premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO, DECORRENZA DELLA GARANZIA ED AGGIORNAMENTO DEL PREMIO ANNUO DI POLIZZA*, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 12 mesi, anche nel caso in cui venga inviata il recesso annuale si cui al secondo comma. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Art.2. Pagamento del premio, decorrenza della garanzia ed aggiornamento del premio annuo di polizza

L'assicurazione decorre con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con rateizzazione annuale; il premio di prima emissione relativo al periodo 01.10.2026-31.12.2026, determinato in misura pro-rata, verrà corrisposto in un'unica soluzione alla data di effetto della polizza. Per ciascuno dei successivi periodi assicurativi della durata di un anno, il premio annuo lordo è da pagarsi anticipatamente al 31.12 di ogni anno a decorrere dal 31.12.2026.

Il contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, con un termine di mora di 60 giorni a decorrere dalla data di consegna del documento contrattuale, ritenuto formalmente corretto.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello dell'avvenuta consegna del documento contrattuale e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

Entro 30 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio di rinnovo calcolato sullo stato di rischio aggiornato.

Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

La Società, ricevuto l'aggiornamento dello stato di rischio, provvederà, entro 30 giorni, all'emissione dell'appendice di rinnovo.

La suddetta appendice dovrà essere pagata nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dei relativi documenti contrattuali ritenuti formalmente corretti, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs 231/2002 e s.m.i.

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

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

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40 e ss.mm.ii., ivi compreso il periodo di sospensione di 60 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
- b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

La Società conviene che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice TRN (Transaction Reference Number). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o PEC o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

Art.3. Obblighi inerenti alla tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. n° 136/2010

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

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

Art.4. Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Si considerano ininfluenti, nella reale rappresentazione del rischio globale, le circostanze oggettive di tempo, di luogo, di mansioni, di salute nonché lo stato subiettivo dei singoli assicurati in ordine alle stesse, con la conseguente incontestabilità della copertura assicurativa per i rischi di infortunio.

La Società, in deroga alle norme di cui agli artt. 1892, 1893, 1894, 1898, 1926, 1927 c.c., rinuncia espressamente a ogni diritto, eccezione e pretesa fondati su dette norme, mentre in relazione al disposto dell'art. 1900 c.c. tale rinuncia è limitata ai soli casi di colpa grave, con la conseguente esclusione dalla copertura assicurativa per i sinistri cagionati con dolo

Art.5. Recesso per Sinistro

Non si applica al presente contratto.

Art.6. Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Art.7. Altre assicurazioni

Premesso che la presente polizza non assolve ad una funzione indennitaria, bensì previdenziale (avendo ad oggetto l'impegno della Compagnia a pagare una somma di denaro convenuta fra le parti non coincidente con l'ammontare del danno alla persona ottenibile in via risarcitoria) al verificarsi degli eventi previsti in contratto e ciò allo scopo di permettere all'assicurato di sopperire ai bisogni di tipo economico insorgenti a cagione del verificarsi di una sua invalidità o il decesso, si conviene quanto segue:

- a) le regole di cui agli artt. 1907 (regola proporzionale), 1908 (obbligo di corrispondenza tra la somma assicurata ed il valore del bene al momento del sinistro), 1909 (non operatività della garanzia o rideterminazione della prestazione assicurata in caso di sovrassicurazione) c.c. non trovano applicazione nell'esecuzione del presente contratto e la Compagnia rinuncia ad invocarle in proprio favore;
- b) la Compagnia, inoltre, in caso di sinistro imputabile a responsabilità di terzi, rinuncia ad operare il diffalco delle somme ricevute dall'assicurato a titolo risarcitorio dalla prestazione dovuta ai sensi del presente contratto;
- c) parimenti, nei rapporti con la Compagnia, non trovano applicazione le disposizioni di cui all'art. 1910 (commi I, II, III) c.c., con la precisazione che l'assicurato o il beneficiario avrà, quindi, diritto di ricevere dalla Compagnia la somma prevista in contratto senza detrazioni anche se consistono altre coperture infortuni prestate da altri assicuratori, e dal canto suo la stessa Compagnia una volta pagata la propria prestazione, rinuncia ad esperire regresso verso gli eventuali altri assicuratori per la quota di riparto interno prevista al comma IV del citato articolo di legge.

Art.8. Clausola Broker

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

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

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Società) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

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

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

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

La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura pari al 6,8% dei premi imponibili e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

Art.9. Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte a mezzo PEC indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art.10. Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art.11. Foro competente

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.

Art.12. Interpretazione del contratto

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

Art.13. Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

Art.14. Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società, entro 15 giorni solari successivi al termine di ciascun trimestre, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire alla Contraente per il tramite del broker, l'evidenza dei sinistri denunciati. I dati saranno di volta in volta aggiornati a partire dalla data di decorrenza della polizza. In particolare, dovrà essere prodotta una tabella in formato Excel, tramite file modificabile, in cui dovranno essere indicati per ciascuna tipologia dei sinistri, specificando se si tratta di Morte o Invalidità permanente e la relativa causa (professionale, extra-professionale, itinere):

- Numero di sinistro
- Grado di invalidità riconosciuto
- Categoria
- Data di accadimento
- Data di denuncia
- Importo riservato
- Importo liquidato
- Numero di polizza
- Stato del sinistro (senza seguito, pagato, aperto)
- Per i sinistri aperti, lo stato d'avanzamento della pratica (ad esempio "attesa esito visita medico legale")
- Per i sinistri senza seguito, la causale (ad esempio "in franchigia")
- Per i sinistri senza seguito e pagati, la data di chiusura

Inoltre, l'Assicuratore si impegna a fornire entro 60 giorni lavorativi dalla fine dell'annualità assicurativa, il rapporto aggregato sinistri/premi dell'esercizio appena trascorso.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere, ed ottenere, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di 250 euro a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art.15. Rinvio alle norme di legge

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

Art.16. Rinuncia alla surrogazione

La Società, in deroga all'art. 1916 c.c., rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surrogazione verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art.17. Estensione territoriale

Salvo limitazioni specificamente indicate in polizza, l'assicurazione vale per il mondo intero.

Art.18. Coassicurazione e Delega (operante se del caso)

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso.

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art.19. Trattamento dei dati

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

La Società agisce quindi in qualità di "autonomo titolare" del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell'Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.

Art.20. Sanzioni 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.

Art.21. Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente assicurazione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'Articolo "Criteri di indennizzabilità e liquidazione dell'Infortunio".

Art.22. Esonero denuncia generalità degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

Art.23. Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

Art.24. Disposizione finale

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

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

Art.25. - Polizze per il personale in quiescenza o a termine mandato

La garanzia per rischio extraprofessionale prevista dalla polizza collettiva è estesa anche ai dipendenti in copertura che maturino diritto alla pensione durante il periodo di validità della polizza (pensionati) e ai Vertici in copertura che terminino il proprio mandato durante il periodo di validità della polizza (cessati), fermo il limite di età di 75 anni e la scadenza della polizza collettiva base.

Gli assicurandi in polizza per il personale quiescenza o a termine mandato, entro 30 giorni dalla risoluzione del rapporto per quiescenza/ fine mandato, potranno esercitare presso il Contraente il diritto di “non accettazione della copertura” e il Contraente, entro i successivi 15 giorni, comunicherà i nominativi di coloro che hanno esercitato tale diritto alla Compagnia, che provvederà ad escludere gli stessi con effetto immediato dalla copertura, fatta salva la restituzione del premio che fosse già stato eventualmente versato.

L’ingresso in copertura dei pensionati e dei Vertici cessati opera automaticamente, senza soluzione di continuità, dalle ore 00:00 del giorno successivo al giorno di risoluzione del rapporto, per quiescenza o per fine mandato, fermamente inteso che la permanenza in copertura è subordinata al pagamento del premio dovuto da parte degli stessi.

La medesima estensione opera anche in favore dei pensionati e dei Vertici cessati nel corso della Polizza in oggetto in data anteriore alla sottoscrizione del presente Atto e gli effetti decorrono dalla data di detta sottoscrizione.

I capitali da assicurare, da determinare in funzione dell’ammontare della pensione annua lorda (PAL) per i dipendenti in quiescenza e in funzione del compenso da ultimo deliberato dal Collegio dell’Autorità nell’ultimo anno di mandato (compenso di fine mandato) per i Vertici cessati, non potranno superare il limite di euro 720.000,00 e dovranno essere comunicati dal Contraente entro 30 giorni dalla risoluzione del rapporto, nonché all’inizio di ogni annualità assicurativa.

Il premio annuo dovuto è determinato applicando alla somma dei capitali assicurati, che non potranno eccedere il massimale di euro 720.000,00, il tasso offerto. Il premio relativo alla presente estensione di copertura è a carico dei Pensionati e dei Vertici cessati interessati; il Contraente provvede per mera funzione amministrativo-contabile, al versamento alla Compagnia dei premi dovuti dagli stessi, senza alcun onere economico diretto a proprio carico.

I premi dovuti dagli Interessati saranno corrisposti dal Contraente secondo quanto previsto dall’art. 2 del capitolato speciale di polizza. In caso di omesso o insufficiente versamento del premio da parte del Pensionato o del Vertice cessato, l’Interessato è escluso dalla copertura con effetto dalle ore 24:00 del giorno di scadenza del premio non pagato.

Art.26. Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, compreso il rischio *in itinere*, e di ogni altra attività svolta dall'Assicurato senza carattere di professionalità e che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

La copertura viene resa, prescindendosi del tutto da franchigie temporali e da dichiarazioni o documentazioni sanitarie in ordine allo stato di salute degli assicurati.

Art.27. Estensioni dell'assicurazione

Premesso che è compreso in garanzia, salvo che non sia esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di "infortunio", sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- c) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- d) ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- e) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- f) l'annegamento;
- g) l'assideramento o congelamento;
- h) la folgorazione;
- i) i colpi di sole o di calore o di freddo;
- j) le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- k) gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, uso di armi anche non convenzionali, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- m) gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;
- n) gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- o) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di cicli, 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 abilitazione alla guida medesima;

- p) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- q) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- r) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici. Tale estensione di garanzia non si applica ai soggetti Assicurati durante lo svolgimento delle proprie mansioni professionali per conto della Contraente, ed in ogni caso non si applica a tutti i soggetti Assicurati, per gli infortuni subiti alla guida di veicoli a motore e/o natanti in genere;
- s) gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- t) gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- u) gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali;
- v) le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.

Art.28. - Estensioni di garanzia

A. Spese di trasporto a carattere sanitario

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

B. Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di **€ 5.000,00 (o migliore condizione offerta)** delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

C. Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di **€ 5.000.00 (o migliore condizione offerta)**.

D. DIARIA PER INABILITA' TEMPORANEA, RICOVERO, GESSATURA

Qualora sia provato che l'infortunio, indennizzabile ai termini della presente polizza ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società, con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida un'indennità giornaliera di **euro 75,00 (o migliore condizione offerta)**:

- integralmente, in caso di ricovero o di applicazione di gessatura, nonché per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni professionali;

- nella misura del 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali.

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

- L'indennità viene corrisposta, in caso di inabilità temporanea, per il periodo massimo previsto di 365 giorni.
- L'indennità viene corrisposta, in caso di ricovero, per il periodo massimo previsto di 180 giorni.
- L'indennità viene corrisposta, in caso di gessatura, per il periodo massimo previsto di 90 giorni.

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

E. Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente o di riduzione dell'efficienza estetica, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di **€ 5.000,00** per evento (**o migliore condizione offerta**).

F. Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso; la salita e la discesa mediante scale ed attrezzature speciali aeroportuali fanno parte del rischio

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

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

- €5.200.000,00 = per il caso di invalidità permanente
- €5.200.000,00 = per il caso morte
- € 5.200.000,00 = per il caso di invalidità temporanea

per persona e di:

- €10.000.000,00. = per il caso di invalidità permanente

- €10.000.000,00. = per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

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

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

G. Rischio guerra

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

H. Rischio sportivo

Limitatamente agli assicurati per i quali è operante l'estensione ai rischi extraprofessionali, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di quelli elencati nell'articolo denominato "Esclusioni".

I. Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa oltre alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate. Per malattie tropicali si devono intendere: Amebiasi, Bilharziosi, Dermotifo, Dissenteria batterica, Febbre itteroemoglobinurica, Meningite cerebro-spinale epidemica, Vaiolo, Febbre ricorrente africana, Infezione malarica perniciosa. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buone condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del **15%**: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il **15%** della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia. Per tale estensione di garanzia la somma assicurata per la Invalidità Permanente si intende stabilita in € **300.000,00**.

J. Responsabilità del contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità.

L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.

K. Commorienza

Qualora lo stesso evento provochi la morte, oltre che dell'Assicurato, anche del coniuge e risultino beneficiari dell'Assicurazione figli di minore età o comunque studenti in regolare corso del piano di studi, l'indennizzo ad essi spettante si intende raddoppiato. Il maggiore esborso a carico della Società per effetto della presente estensione di garanzia non potrà comunque superare € 500.000,00.

L. Decesso assicurato con figlio disabile fiscalmente a carico

In caso di decesso di un 'assicurato che abbia al momento del sinistro, almeno un figlio disabile a carico fiscale, la Società si impegna a garantire il raddoppio del capitale assicurato ai beneficiari legittimi. Si definisce persona disabile colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione anche lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale e di emarginazione. La liquidazione della maggiorazione prevista in tale circostanza presuppone la presenza del requisito previsto dall'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 in favore del figlio dell'Assicurato. Tale requisito deve essere stato riconosciuto prima dell'accadimento del sinistro.

M. Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art 26 (Oggetto dell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 37 - Controversie – della Sezione 6.

N. Indennità speciale per menomazioni

Se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinino deturpazioni e sfregi permanenti, la Società liquida una ulteriore indennità a titolo di invalidità permanente con una franchigia assoluta del 5%.

Pertanto, la Società non liquida alcuna indennità speciale se la deturpazione o lo sfregio determina una invalidità permanente di grado non superiore al 5% della totale; se invece tale invalidità permanente supera il 5% della totale, la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente e fino al massimo di euro **75.000,00 (o migliore condizione offerta)**.

O. Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Autorità, durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso ed i richiami per esercitazione, l'assicurazione resta valida ma con l'esclusione degli infortuni derivati dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale o altre forme previste dalla legge in materia.

Art.29. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio guerra";
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio Aeronautico";
3. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio indennizzabile;
4. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
5. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
6. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
7. alla guida di veicoli o natanti a motore in genere qualora non sia mai stata conseguita la relativa abilitazione alla guida;
8. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
9. dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni con autorespiratore, gare con utilizzo di veicoli o natanti a motore (salvo i raduni automobilistici e gare di regolarità pura) nonché relative prove ed allenamenti, alpinismo e arrampicata libera oltre il terzo grado eseguiti senza accompagnamento di Guida professionista, Istruttore del Club Alpino Italiano o comunque riconosciuto da altro Club Alpino Nazionale.

Sono altresì esclusi gli infortuni che siano conseguenze dirette di:

- alcolismo
- tossicodipendenza

ed ogni complicazione riferibile ad esse esclusa

Art.30. Limite di età

1. L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Tuttavia, per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale e cessa al compimento di detto termine.

Art.31. Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata alla Società per il tramite del Broker, entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

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

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato per il tramite del Broker di aver provveduto all'apertura del sinistro entro 15 giorni dalla ricezione della denuncia, segnalando il numero di riferimento assegnato. La Società si impegna ad individuare un unico centro di liquidazione danni per la gestione di tutti i sinistri che colpiscono la presente polizza ed a comunicare all'Assicurato per il tramite del Broker il nominativo di un unico referente per la liquidazione dei danni.

In fase di gestione del sinistro, che abbia come conseguenza un'invalità permanente, la Società si impegna a richiedere alla Contraente il dato della retribuzione, come definita, riferita all'Assicurato colpito da sinistro, unicamente dopo l'avvenuta valutazione del grado di invalidità.

Art.32. Criteri di indennizzabilità

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

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

A. MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, 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'evento. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari dell'Assicurato.

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, i beneficiari dell'Assicurato, non sono tenuti ad alcun rimborso

ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

B. MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di evento indennizzabile a termine di polizza, il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai Beneficiari il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 del codice civile. Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre 2 (due) anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

C. INVALIDITA' PERMANENTE

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

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria), con rinuncia, in caso di infortunio, alle franchigie relative stabilite, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

L'indennizzo per invalidità permanente è riconosciuto a condizione che sussistano postumi permanenti e che gli stessi si siano stabilizzati.

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;

Invalidità Permanente Grave

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

D. MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione comprende le malattie professionali riconosciute dall'INAIL, manifestatesi durante il periodo di validità della polizza.

Nel caso di invalidità che rendano obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro e la costituzione di un rapporto similare presso altre aziende, anche eventualmente con una diversa utilizzazione dell'Assicurato in occupazioni confacenti alle sue attitudini, la Società corrisponderà una indennità commisurata ad un grado di invalidità pari al 100%.

Art.33. Liquidazione dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società calcolerà gli indennizzi che risultino dovuti, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 20 giorni. L'indennità viene corrisposta in Italia in euro.

Art.34. Anticipo indennizzo

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 90 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 60% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

Art.35. – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla 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 ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed 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 l'Assicurato/Contraente. 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 rifiuti di firmare il relativo verbale.

È data facoltà del collegio di rinviare, ove se ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso, entro due anni nel qual caso il collegio può intanto concedere una somma da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'evento.

Art.36. Limite per evento catastrofe

In caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare l'importo di € 40.000.000,00.

Superato detto limite gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art.37. - Soggetti assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e precisamente:

- a) Dipendenti di ruolo dell'Autorità, il personale in servizio presso l'Autorità, il personale in posizione di distacco, comando, fuori ruolo o aspettativa. Dipendenti in aspettativa per malattia, infortunio o maternità; sia essa senza retribuzione o con retribuzione ridotta, nonché i dipendenti in aspettativa non retribuita che si recano presso altri Enti a svolgere incarichi similari, anche all'estero. Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio;
- b) Dipendenti non di ruolo in servizio in AGCM, comprendendo in detta categoria sia il personale con contratto a tempo determinato che il personale in comando, distacco o fuori ruolo presso AGCM;
- c) Presidente Componenti del Collegio dell'AGCM, Segretario generale e Capo di Gabinetto;
- d) Vertici cessati (ad adesione volontaria);
- e) Dipendenti che hanno maturato diritto alla pensione (ad adesione volontaria);

In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è prevista, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dal contratto, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.

Art.38. Categorie e capitali assicurati

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

Si conviene che per l'identificazione degli Assicurati e del loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli apposti atti del Contraente.

A. ASSICURATI A CAPITALI FISSI

N° 1 Presidente

Garanzia	Somma assicurata procapite		Franchigie	
	Professionali	Extra-professionali	Professionali	Extra-professionali
Rischi coperti				
Caso Morte	€ 1.558.000,00	€ 1.558.000,00	Non applicabile	Non applicabile

Caso Invalidità Permanente	€ 1.870.000,00	€ 1.870.000,00	Nessuna	3%
----------------------------	----------------	----------------	---------	----

N° 2 Componenti dell'Autorità

Garanzia	Somma assicurata procapite		Franchigie	
	Professionali	Extra-professionali	Professionali	Extra-professionali
Rischi coperti				
Caso Morte	€ 1.402.000,00	€ 1.402.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente	€ 1.683.000,00	€ 1.683.000,00	Nessuna	3%

N° 1 Segretario Generale,

Garanzia	Somma assicurata procapite		Franchigie	
	Professionali	Extra-professionali	Professionali	Extra-professionali
Rischi coperti				
Caso Morte	€ 1.558.000,00	€ 1.558.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente	€ 1.870.000,00	€ 1.870.000,00	Nessuna	3%

N° 1 Capo di Gabinetto dell'Autorità

Garanzia	Somma assicurata procapite		Franchigie	
	Professionali	Extra-professionali	Professionali	Extra-professionali
Rischi coperti				
Caso Morte	€ 1.558.000,00	€ 1.558.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente	€ 1.870.000,00	€ 1.870.000,00	Nessuna	3%

B. ASSICURATI IN BASE A MULTIPLI DI RETRIBUZIONI

B1) Dirigenti

Garanzia	Somma assicurata procapite		Franchigie	
	Professionali	Extra-professionali	Professionali	Extra-professionali
Rischi coperti				
Caso Morte	5 v la RAL con il limite di € 1.369.000,00	5 v la RAL con il limite di € 1.369.000,00	Non applicabile	Non applicabile

Caso Invalidità Permanente	6 v la RAL con il limite di € 1.643.000,00	6 v la RAL con il limite di € 1.643.000,00	Nessuna	3%
----------------------------	--	--	---------	----

B2) Funzionari

Garanzia	Somma assicurata procapite		Franchigie	
	Rischi coperti	Professionalisti	Extra-professionali	Professionalisti
Caso Morte	5 v la RAL con il limite di € 1.089.400,00	5 v la RAL con il limite di € 1.089.400,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente	6 v la RAL con il limite di € 1.307.300,00	6 v la RAL con il limite di € 1.307.300,00	Nessuna	3%

B3) Impiegati

Garanzia	Somma assicurata procapite		Franchigie	
	Rischi coperti	Professionalisti	Extra-professionali	Professionalisti
Caso Morte	5 v la RAL con il limite di € 815.000,00	5 v la RAL con il limite di € 815.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente	6 v la RAL con il limite di € 978.000,00	6 v la RAL con il limite di € 978.000,00	Nessuna	3%

B4) Esecutivi

Garanzia	Somma assicurata procapite		Franchigie	
	Rischi coperti	Professionalisti	Extra-professionali	Professionalisti
Caso Morte	5 v la RAL con il limite di € 619.000,00	5 v la RAL con il limite di € 619.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente	6 v la RAL con il limite di € 743.000,00	6 v la RAL con il limite di € 743.000,00	Nessuna	3%

B5) Vertici Cessati

Garanzia	Somma assicurata procapite		Franchigie		
	Rischi coperti	Professionalisti	Extra-professionisti	Professionalisti	Extra-professionisti
Caso Morte	escluso	5 v il compenso da ultimo deliberato con il limite di € 720.000,00	escluso	Non applicabile	
Caso Invalidità Permanente	escluso	6 v il compenso da ultimo deliberato con il limite di € 720.000,00	escluso	3%	

B6) Dipendenti che hanno maturato il diritto alla pensione

Garanzia	Somma assicurata procapite		Franchigie		
	Rischi coperti	Professionalisti	Extra-professionisti	Professionalisti	Extra-professionisti
Caso Morte	escluso	5 v la PAL con il limite di € 720.000,00	escluso	Non applicabile	
Caso Invalidità Permanente	escluso	6 v la PAL con il limite di € 720.000,00	escluso	3%	

Art.39. - Clausola di salvaguardia per le persone assicurate nella Categoria "a capitali fissi"

I capitali assicurati previsti dalla presente polizza per le persone assicurate nella categoria "a capitali fissi", sono parametrati ai compensi ad essi spettanti, come deliberati dall'Autorità in conformità al quadro normativo e regolamentare vigente in materia di trattamento economico a carico delle finanze pubbliche.

Considerata la complessità e la mutevolezza della disciplina in materia di trattamento economico degli amministratori pubblici (derivanti da leggi, decreti, regolamenti statali o regionali, linee guida e atti di indirizzo delle competenti Autorità), la Società si impegna ad adeguare i capitali assicurati alle variazioni dei compensi di riferimento, senza che ciò comporti pregiudizio per i diritti già maturati dall'Assicurato o dai Beneficiari alla data di ciascuna modifica.

Il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Società ogni variazione, fornendo la documentazione ritenuta necessaria dalla Società per l'aggiornamento dei capitali assicurati ed il conteggio del nuovo premio che verrà regolato con le modalità indicate all'art. 44 Regolazione del Premio.

Ove le modifiche normative o regolamentari determinino un'alterazione sostanziale del valore economico del contratto per una delle Parti, la Società e il Contraente potranno recedere dal contratto alla prima scadenza anniversaria utile, fermo restando la possibilità di proroga di cui all'art. 1.

Art.40. – Disciplina delle variazioni nelle persone assicurate nella Categoria “a capitali fissi”

Le variazioni del personale assicurato nella forma “a capitali fissi” devono essere comunicate alla Società restando inteso che:

- il relativo premio verrà calcolato in ragione di 1/365 dei giorni residui alla prima scadenza anche annuale di polizza.
- Le variazioni comportanti un aumento di premio, saranno regolati in sede di emissione di appendice di regolazione premio come disciplinati all'art. 44 Regolazione del premio.
- La cessazione dei singoli Assicurati che comunque deve essere documentata idoneamente, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla prima scadenza successiva.

Sezione 8– Calcolo del premio e regolazione del premio

Art.41. - Calcolo del premio

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'articolo denominato "Regolazione del Premio" della presente polizza.

Categoria A) Assicurati a capitali fissi

GARANZIA	CAPITALI TOTALI ASSICURATI
Caso Morte	€ 7.478.000,00 (settemilioniquattrocentosettantottomila)
Caso Invalidità Permanente	€ 8.976.000,00 (ottomilioninovecentosettantaseimila)
Totale capitali assicurati	€ 16.454.000,00 (sedicimilioniquattrocentocinquantaquattroimila)

RISCHI ASSICURATI	TASSO ANNUO LORDO
Professionale	
Extra-professionale	
Premio annuo Lordo Cat. A)	

Categoria B) Assicurati su multipli di retribuzione

RISCHI ASSICURATI	PREVENTIVO RETRIBUZIONE	TASSO ANNUO LORDO
Professionale	€ 40.501.797,00	
Extra-professionale	€ 41.926.665,00 di cui € 1.424.869,00 per pensionati/cessati	
Premio annuo Lordo Cat. B)		

--	--

Art.42. - Regolazione del premio

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile. Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto 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 e precisamente:

- Assicurati a capitali fissi: N. Assicurati
- Assicurati in base ai multipli delle retribuzioni: Retribuzioni, PAL, Compenso di fine mandato erogati
- Personale in aspettativa: Retribuzioni virtuale così come definita

A tale scopo, come indicato all'articolo precedente, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo entro 30 giorni successivi alla scadenza. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

La Società, contestualmente all'emissione dell'appendice di rinnovo, procederà con l'emissione dell'appendice di regolazione premio entro 30 giorni dalla ricezione dei dati necessari. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione ritenuta corretta emessa dalla Società, e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs 231/2002 e smi.

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

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

Il Contraente

La Società

.....

.....