

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra

ATER UMBRIA
Via Galileo Ferraris 13, 05100 Terni
P. IVA 01457790556

e

Società

Durata del contratto

Dalle ore 24 del 31.10.2020

alle ore 24 del 31.12.2024

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati al 31.12.2020

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	ATER UMBRIA
SEDE LEGALE	Via Galileo Ferraris 13, 05100 Terni
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	01457790556
ATTIVITÀ SVOLTA	
DURATA DELLA POLIZZA	Effetto: dalle ore 24 del 31.10.2020 Scadenza: alle ore 24 del 31.12.2024 con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati al 31.12.2020
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE ESTENSIONI DI GARANZIA	Infortuni
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€ 12.000,00
BROKER-INTERMEDIARIO	Aon S.p.a
ALiquota PROVvigionale BROKER	10%
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	

**SEZIONE I
DEFINIZIONI**

Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato	La persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società	L'Impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
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.
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.
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionali, sia privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per sinistro.
Veicolo	Autoveicoli, ciclomotori, motoveicoli, macchine agricole, macchine operatrici, natanti, compresi autoveicoli per trasporti specifici, autoveicoli per uso speciale e veicoli elettrici.

RISCHI ASSICURATI - IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 del presente Capitolato, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 6 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

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

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

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

SEZIONE II

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 DURATA DEL CONTRATTO

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 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 120 giorni, anche nel caso in cui venga inviata la disdetta annuale di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE*. 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 ss.mm.ii.), 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.

ART. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

È attribuita alle parti 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 90 giorni prima di ogni scadenza annuale.

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 ss.mm.ii. la Società dà 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 ss.mm.ii., 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 ss.mm. ii. 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. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

ART. 4 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 ss.mm. ii. 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 ss.mm. ii.

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 presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

ART. 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*, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO* e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs.50/2016 ss.mm.ii., la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.
- b) Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

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

In caso di disaccordo, si applica 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 Società può recedere dal contratto di assicurazione.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 giorni dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 30 giorni 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 90 giorni. 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.

ART. 9 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione 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, congruata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

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 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.

In caso di sinistro, il Contraente dovrà denunciare l'esistenza/stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, comunicando a ciascuno il nominativo degli altri. In caso di sinistro indennizzabile ai sensi del presente contratto, la Società provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto di cui all'art. 1910, comma 4 del Codice Civile.

ART. 12 TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

La presente polizza viene stipulata dall'Ente anche a favore degli assicurati indicati alla sezione *CALCOLO DEL PREMIO*, al fine di assolvere agli obblighi derivanti dalla normativa e dalla disciplina di cui alla contrattazione collettiva.

L'Ente, pertanto, oltre all'eventuale qualità di assicurato a termini di contratto, assume la veste di Contraente, cioè della persona giuridica che stipula l'assicurazione, adempie agli obblighi a suo carico previsti dall'assicurazione stessa, ed esercita conseguentemente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, compresi quelli spettanti ai singoli assicurati ed anche in via esclusiva. Ciononostante, è data facoltà alle parti, previo accordo, di effettuare il rimborso delle spese sostenute dalle persone fisiche direttamente alle medesime.

ART. 13 GESTIONE DEL CONTRATTO

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza ad Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Andrea Ponti n. 8/10 in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'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.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii. e all'art. 55 del regolamento IVASS 05/2006 ss.mm.ii., il Broker è autorizzato a incassare i premi. La Società, pertanto, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker è a carico della Società ed è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita diretta; non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

La Società prende altresì atto che non appena scadrà il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il citato intermediario, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo dell'eventuale nuovo soggetto affidatario dell'infranominato servizio, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo.

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. 14 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. 15 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

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

ART. 16 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 ss.mm.ii.

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

ART. 17 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/o assicurato.

ART. 18 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. 19 TRATTAMENTO DEI DATI

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

ART. 20 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, ferma restando la responsabilità solidale in capo ad ogni coassicuratore. 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. 21 VALIDITÀ TERRITORIALE E GIURISDIZIONE

L'assicurazione vale per le controversie che hanno luogo nella Repubblica Italiana, nei Paesi dell'UE, e nei restanti paesi dell'Europa geografica e che in caso di giudizio sono trattate davanti all'Autorità Giudiziaria degli stessi Paesi. L'assicurazione vale anche nei restanti paesi extraeuropei, in occasioni di trasferte di lavoro e limitatamente a fatti strettamente attinenti all'attività istituzionale svolta in favore dell'Ente contraente dai soggetti assicurati. Resta esclusa ogni altra attività.

ART. 22 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.

ART. 23 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione può comprendere garanzie stipulate per conto altrui gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dall'Ente Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

**SEZIONE III
RISCHI COPERTI****ART. 24 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4 e 5 della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le restanti garanzie della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse malaria, carbonchio, malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni 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;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche.

ART. 25 RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla

concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, per il noleggio di carrozzine, nonché delle spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio, compresi eventuali ticket.

L'assicurazione si intende estesa anche alle spese odontoiatriche conseguenti all'infortunio denunciato dall'ente, con il massimo indennizzo di € 150,00= (centocinquanta) per ciascun dente. Vengono inoltre comprese in garanzia le spese per l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, apparecchi odontoiatrici, oculistici, acustici ed altre protesi che possono essere danneggiati in caso di infortunio, oltre le spese per la riparazione di carrozzini e passeggini dei portatori di handicap, purché dette spese si siano rese necessarie a seguito di eventi che abbiano causato infortunio.

ART. 26 DIARIA PER RICOVERO

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

ART. 27 DIARIA PER GESSATURA

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente.

ART. 28 DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

ART. 29 SPESE DI TRASPORTO A CARATTERE SANITARIO

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza 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 a mezzo auto-ambulanza. Il rimborso verrà limitato ad un massimo di due viaggi e comunque con il limite annuo di € 1.500,00.

ART. 30 RIENTRO SANITARIO

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 1.500,00, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

ART. 31 RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 2.500,00.

ART. 32 DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, 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.

ART. 33 RISCHIO AERONAUTICO

L'assicurazione comprende gli infortuni, compresi quelli derivanti da attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, forzato dirottamento purché non conseguenti a guerra (anche se non dichiarata), ad insurrezione o tumulti popolari 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. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclub.

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:

- €1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
 - €1.000.000,00 per il caso morte
- per persona e di:

- €3.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- €3.000.000,00 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.

ART. 34 RISCHIO GUERRA

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, 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.

ART. 35 LIMITI DI RISARCIMENTO

Qualora l'infortunio colpisse contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, si conviene che il limite massimo di risarcimento per l'intera polizza ammonta a € 4.000.000,00.

Nel caso di infortunio causato da forze della natura, compresi terremoto, maremoto, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe e slavine, il limite massimo di risarcimento per l'intera polizza è pari ad € 3.000.000,00.

ART. 36 ANTICIPO INDENNIZZI

Per invalidità Permanente di grado superiore al 10% l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo d'indennizzo. Tale richiesta deve essere presentata almeno 30 giorni dopo l'inoltro della denuncia di sinistro.

La Società entro 30 giorni successivi, provvederà all'erogazione di un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari, risulterà al momento indennizzabile.

Non si darà luogo ad erogazione di anticipi quando sussistano giustificati dubbi sull'indennizzabilità del danno.

SEZIONE IV RISCHI ESCLUSI

ART.37 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 10, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo sé dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo.;
8. direttamente o indirettamente da contaminazioni chimiche o batteriologiche se conseguenti ad atti di terrorismo.

ART. 38 PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a settantacinque anni. Tuttavia, per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;

2. 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, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE V GESTIONE DEI SINISTRI

ART.38 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, 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.

ART. 39 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:

l'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, 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:

la Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) Invalidità permanente:

se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio 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 alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente

totale.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 65%, 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) Diarie:

qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società corrisponde la somma assicurata:

- integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere le attività professionali principali e secondarie.
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte le attività professionali principali e secondarie.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo di giorni 365.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) Spese mediche:

la Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

ART. 40 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART.41 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

ART. 42 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 cc. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE VI
ASSICURATI, SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI, REGOLAZIONE DEL PREMIO,
CALCOLO DEL PREMIO

ART.43 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE E SCOPERTI

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 massimali specifici della singola categoria.

ASSICURATI

Art.43.1 Amministratori

L'Assicurazione copre, per le garanzie ed i massimali sotto riportati, gli Amministratori (Presidente, Consiglieri e componenti del Collegio Revisori e dell'ODV) limitatamente alle attività espletate in connessione con il mandato, sia in Italia che l'estero, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo, anche in qualità di conducenti, nonché il rischio in itinere.

La copertura assicurativa esplica i suoi effetti indipendentemente dal variare del numero, nel corso del tempo, degli amministratori.

Garanzia	Massimale per persona
Caso Morte	€ 300.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Rimborso Spese mediche	€ 2.600,00

Numero preventivo Amministratori	11
---	-----------

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

Franchigia in caso invalidità permanente – categoria Amministratori.

Non si applica alcuna franchigia fino ad € 200.000,00= di massimale assicurato.

Oltre € 200.000,00= di massimale assicurato la garanzia Invalidità Permanente è prestata con l'applicazione di una franchigia del 3%, ovvero non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 3% dell'invalidità totale; se invece l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 3% dell'invalidità totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o maggiore al 10% dell'invalidità totale, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata senza applicazione di alcuna franchigia.

Art.43.2 Dirigenti

L'assicurazione è prestata per il personale di ATER Umbria con la qualifica di Dirigenti per gli infortuni che gli assicurati subiscano durante lo svolgimento di ogni attività professionale ed extraprofessionale.

Garanzia	Massimale €
Caso Morte	5 volte la RAL con il massimo di € 500.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la RAL con il massimo di € 600.000,00
Rimborso Spese mediche	€ 2.600,00

Franchigia in caso invalidità permanente – categoria Dirigenti.

Non si applica alcuna franchigia fino ad € 200.000,00= di massimale assicurato.

Oltre € 200.000,00= di massimale assicurato la garanzia Invalidità Permanente è prestata con l'applicazione di una franchigia del 3%, ovvero non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 3% dell'invalidità totale; se invece l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 3% dell'invalidità totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o maggiore al 10% dell'invalidità totale, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata senza applicazione di alcuna franchigia.

RAL complessive Categoria	€ 180.000,00
----------------------------------	---------------------

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

Art.43.3 Dipendenti

L' assicurazione vale per gli infortuni subiti dai Dipendenti di Ater (esclusi gli appartenenti alla categoria Dirigenti, durante lo svolgimento dell'attività professionale ivi compresi i rischi della circolazione, nonché il rischio in itinere.

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

Garanzie	Massimale per alunno
Morte	5 volte la RAL con il massimo di € 350.000,00
Invalità permanente	6 volte la RAL con il massimo di € 420.000,00
Rimborso spese mediche	€ 2.600,00

Franchigia in caso invalidità permanente – Categoria Dipendenti

Non si applica alcuna franchigia fino ad € 200.000,00= di massimale assicurato.

Oltre € 200.000,00= di massimale assicurato la garanzia Invalidità Permanente è prestata con l'applicazione di una franchigia del 3%, ovvero non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 3% dell'invalidità totale; se invece l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 3% dell'invalidità totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o maggiore al 10% dell'invalidità totale, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata senza applicazione di alcuna franchigia.

RAL complessiva Categoria	€ 2.000.000
----------------------------------	--------------------

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

ART.44 CALCOLO DEL PREMIO E MODALITÀ DI APPLICAZIONE DELLA REGOLAZIONE

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.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.43 della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Categoria	Tipo dato variabile	Entità dato	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale €
Art.43.1 Amministratori	Numero assicurati	11	
Art.43.2 Dirigenti	RAL	€ 180.000,00		
Art.43.3 Dipendenti	RAL	€ 2.000.000		
TOTALE				

ART. 45 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio viene anticipato dal Contraente per ogni periodo assicurativo in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari, indicati alla successiva Sezione

6, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei sessanta giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

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

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.

Il contraente

.....

La Società

.....