

Lotto 6

CIG _____

**CAPITOLATO SPECIALE DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**

ADISU Agenzia per il Diritto allo Studio Universitario dell'Umbria



EFFETTO CONTRATTO :	ore 24,00 del	30/06/2018
SCADENZA CONTRATTO:	ore 24,00 del	30/06/2020

Salvatori Broker

*STUDIO DI CONSULENZA E INTERMEDIAZIONE ASSICURATIVA
VIALE FLAVIO OTTAVIANI, 3/B
06034 FOLIGNO (PG)*

DEFINIZIONI	3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	4
Articolo 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	4
Articolo 2 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio	4
Articolo 3 - Periodo di assicurazione e proroga del contratto	4
Articolo 4 - Regolazione del premio	4
Articolo 5 - Modifiche del contratto	5
Articolo 6 - Aggravamento del rischio	5
Articolo 7 - Diminuzione del rischio	5
Articolo 8 - Recesso in caso di sinistro	5
Articolo 9 - Oneri fiscali	5
Articolo 10 - Foro competente	5
Articolo 11 - Rinvio alle norme di legge	5
Articolo 12 - Estensione territoriale	5
Articolo 13 - Esonero denuncia generalità Assicurati	5
Articolo 14 - Forma e validità delle comunicazioni	5
Articolo 14 bis - Tracciabilità dei flussi finanziari	5
NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	6
Articolo 15.1 - Obblighi caso di sinistro	6
Articolo 15.2 - Criteri di indennizzo	6
Articolo 15.3 - Liquidazione dell'indennizzo	6
Articolo 15.4 - Clausola arbitrale	6
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	6
Articolo 16.1 - Oggetto dell'assicurazione	6
Articolo 16.2 - Estensioni di garanzia	6
Articolo 16.3 - Rischio guerra	7
Articolo 16.4 - Esclusioni	7
Articolo 16.5 - Persone non assicurabili	8
Articolo 16.6 - Limiti di età	8
Articolo 16.7 - Morte	8
Articolo 16.8 - Morte presunta	8
Articolo 16.9 - Invalidità permanente	8
Articolo 16.10 - Franchigie	9
Articolo 16.11 - Inabilità temporanea per applicazione di apparecchio gessato	9
Articolo 16.12 - Diaria per degenza in Istituto di cura	9
Articolo 16.13 - Rimborso spese di cura a seguito di infortunio	9
Articolo 16.14 - Esonero dall'obbligo della denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni	10
Articolo 16.15 - Esonero dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni	10
Articolo 16.16 – Rinuncia della Società al diritto di rivalsa	10
CONDIZIONI SPECIALI SEMPRE OPERANTI	10
A - Anticipo indennizzo per invalidità permanente	10
B - Danno estetico	10
PARTITE ASSICURATE	10
A) DIPENDENTI IN MISSIONE	10
CLAUSOLA BROKER	12
ALLEGATO N.1 - ELEMENTI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO	13

DATI CONTRATTUALI	
Polizza N°	
Effetto	30/06/2018
Scadenza	30/06/2020
Durata	Anni 2
Rateazione	Annuale

DEFINIZIONI	
Apparecchio gessato	Applicazione di mezzi di contenzione costituiti da fasce gessate o da altri mezzi comunque immobilizzanti, fissi e rigidi, applicati in Istituto di Cura o da personale medico specializzato, allo scopo di favorire il processo di guarigione di lesioni scheletriche e/o capsulo legamentose. Sono compresi nei mezzi di contenzione anche gli apparecchi "don joy".
Assicurato	La persona o le persone nel cui interesse è stata stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti derivanti dal contratto.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione e quindi il complesso delle garanzie prestate in polizza.
Contraente	L'Ente - nella persona del Legale Rappresentante pro-tempore - appartenente alla Pubblica Amministrazione, che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.
Franchigia	L'importo fisso di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
Inabilità temporanea	Temporanea capacità ad attendere alle occupazioni professionali svolte.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento, dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna, che provoca lesioni obiettivamente constatabili.
Invalidità permanente	La perdita, totale o parziale, definitiva della capacità generica lavorativa dell'Assicurato indipendentemente dalla professione esercitata.
Massimale	La somma massima dovuta dalla Società per ogni sinistro e per ogni anno assicurativo.
Polizza	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione.
Ricovero ospedaliero	Degenza risultante dalla cartella clinica comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto	La percentuale di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	L'Impresa assicuratrice indicata nel frontespizio della presente polizza.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Articolo 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

La inesatte od incomplete dichiarazioni rese da parte del Contraente o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza, non comporteranno decadenza del diritto all'indennizzo né riduzione dello stesso, sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Articolo 2 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

Le garanzie prestate con il presente contratto hanno effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella polizza. La Società avrà diritto al pagamento della prima rata di premio entro i 30 giorni successivi alla data di consegna dei relativi documenti.

Per le rate di premio successive alla prima e per ogni eventuale appendice a titolo oneroso, la Società avrà diritto al pagamento entro i 60 giorni successivi alla data di effetto dei relativi documenti.

I premi devono essere pagati alla Società, all'agenzia alla quale è assegnata la polizza per il tramite del Broker incaricato che gestisce il contratto.

Se il Contraente non paga i premi alle scadenze stabilite, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società ad esigere, ai sensi dell'articolo 1901 del C.C., i premi scaduti e quelli successivi.

Articolo 3 - Periodo di assicurazione e proroga del contratto

La durata del presente contratto è fissata in anni 2 (due), con effetto alle ore 24.00 del 30/06/2018 e scadenza alle ore 24.00 del 30/06/2020 scadenza alla quale lo stesso si intende annullato senza obbligo di preventiva comunicazione tra le Parti.

La presente polizza, se stipulata per un periodo di più annualità, sarà comunque rescindibile annualmente, a scelta delle parti, mediante lettera raccomandata e/o fax da inviarsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

E' facoltà del Contraente richiedere alla Società, entro la scadenza contrattuale, una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 90 giorni decorrenti dalla scadenza. Il rateo anticipato ed il premio di regolazione afferenti la proroga dovranno essere corrisposti entro i termini stabiliti all'Art. 2) che precede.

Articolo 4 - Regolazione del premio

Se il premio di polizza è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nella misura indicata in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata dello stesso, in proporzione alle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo restando il premio minimo stabilito.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o del periodo di minor durata, l'Assicurato deve comunicare alla Società i dati definitivi delle predette variazioni.

Le differenze, attive o passive, del premio risultanti dal conteggio devono essere saldate entro 60 giorni dal ricevimento della relativa appendice di regolazione.

Se l'Assicurato non effettua – nei termini prescritti – la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento della differenza dovuta, la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi anche se ha corrisposto i premi provvisori successivi al periodo assicurativo a cui si riferisce la mancata regolazione, salvo il diritto della Società a pretendere il conguaglio del premio.

Per i contratti scaduti, se l'Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, 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 l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Articolo 5 - Modifiche del contratto

Le eventuali modifiche e/o integrazioni risultanti da appendici successive all'emissione della presente polizza devono essere provate per iscritto mediante documento sottoscritto dalle Parti.

Articolo 6 - Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento constatato del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (articolo 1898 del C.C.).

La mancata comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio non comporteranno decadenza del diritto all'indennizzo né riduzione dello stesso, sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Articolo 7 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a diminuire il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato (articolo 1897 del C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Articolo 8 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società e il Contraente possono recedere dall'assicurazione, con preavviso di novanta giorni. In caso di recesso da parte della Società, questa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Articolo 9 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 10 - Foro competente

Il foro competente è esclusivamente quello dell'autorità giudiziaria ove ha sede il Contraente.

Articolo 11 - Rinvio alle norme di legge

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

Articolo 12 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per i danni od eventi che si verifichino in tutti i Paesi del Mondo.

Articolo 13 - Esonero denuncia generalità 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 registri tenuti in regola dal Contraente o ad altri documenti probatori depositati presso il Contraente.

Articolo 14 - Forma e validità delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni intercorrenti fra la Società ed il Contraente devono essere fatte per mezzo di lettera raccomandata A.R., o telegramma. Le comunicazioni fra le Parti possono essere precedute da comunicazioni per mezzo di telefax, cui dovrà seguire l'invio della comunicazione secondo quanto precedentemente stabilito. Le comunicazioni tra le Parti possono anche avvenire anche per il tramite del Broker incaricato.

Articolo 14 bis - Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n.136/2010 e successive modifiche, al fine di garantire la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi al presente contratto.

In caso di inadempimento a tali obblighi il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

La Società si impegna a dare immediata comunicazione all'Ente contraente ed alla Prefettura della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Articolo 15.1 - Obblighi caso di sinistro

La denuncia di infortunio deve essere fatta alla Società entro 10 giorni dall'infortunio stesso o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Tale denuncia deve indicare il luogo, il giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico ed eventualmente dalla descrizione delle modalità del sinistro e dalla indicazione degli eventuali responsabili.

L'Assicurato o, in caso di morte i suoi aventi diritto, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Articolo 15.2 - Criteri di indennizzo

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio risarcibile a termini di polizza. Nel caso di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Se l'infortunio ha per oggetto l'invalidità permanente o la morte dell'Assicurato e queste si verificano entro 24 mesi dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida all'Assicurato od agli aventi diritto, l'indennità prevista per il caso.

Articolo 15.3 - Liquidazione dell'indennizzo

La Società, ricevuta la documentazione medica ed esperiti gli accertamenti del caso, si impegna a liquidare l'indennità entro 30 (trenta) giorni dalla firma dell'atto di liquidazione.

Articolo 15.4 - Clausola arbitrale

Le controversie sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, in mancanza di un accordo amichevole, verranno demandate ad un collegio arbitrale composto da tre medici, di cui due nominati ciascuno da una delle Parti ed il terzo dai primi due o, in difetto di accordo, dall'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo dove deve riunirsi il collegio arbitrale.

Il collegio arbitrale deve risiedere nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il collegio arbitrale così costituito decide a maggioranza dei voti e senza alcuna formalità di legge e le sue decisioni sono vincolanti tra le Parti anche se uno dei periti o dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le Parti rinunciano sin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio arbitro e concorre, per il 50% alle spese del terzo arbitro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Articolo 16.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati durante lo svolgimento delle rispettive attività professionali e/o mansioni per conto del Contraente, così come individuate alla successiva sezione **Partite assicurate** e con le somme dettagliate nell'**ALLEGATO n. 1**.

Articolo 16.2 - Estensioni di garanzia

Si considerano indennizzabili anche:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo, le folgorazioni, altri influenze termiche ed atmosferiche, nonché gli effetti della prolungata esposizione al caldo ed al freddo cui l'Assicurato non si sia potuto sottrarre a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza;

- b) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti ed di allucinogeni;
- c) le conseguenze di alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, maremoti, frane, valanghe od altre calamità naturali. Resta convenuto che per queste garanzie la Società mette a disposizione per uno o più sinistri un indennizzo massimo di Euro 2.582.284,50= per anno assicurativo;
- d) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di qualsiasi veicolo a motore o natante (esclusi i mezzi subacquei), a condizione che l'Assicurato sia abilitato a norma delle vigenti disposizioni di legge. La garanzia vale inoltre per gli infortuni che l'Assicurato possa subire quando, trovandosi alla guida di veicoli o natanti per i quali sia prevista dalle disposizioni di legge una patente di abilitazione, pur essendo in possesso del previsto documento, questo sia scaduto da non oltre un anno e non sia stato rinnovato o regolarizzato dall'Assicurato stesso per mera dimenticanza;
- e) le conseguenze di asfissia ed annegamento;
- f) le conseguenze di infezioni, morsi di animali e punture di insetti, escluso il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- g) le lesioni muscolari da sforzo, escluso comunque l'infarto, le ernie traumatiche nonché le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari, distaccamenti di retina traumatici ed ernie discali vertebrali traumatiche;
- h) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana ed in occasione di aggressioni e di atti violenti, rapine od attentati, terrorismo, nonché quelle sofferte in occasioni di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- i) le conseguenze di imprudenza, negligenza anche gravi;
- j) le conseguenze sofferte in stato di malore, incoscienza, colpo di sonno sempreché non determinati da abuso di alcolici, psicofarmaci, da uso di sostanze stupefacenti o da allucinogeni; la stato di ubriachezza è assicurato non durante la guida di mezzi di locomozione;
- k) le conseguenze di contatto improvviso con agenti corrosivi;
- l) l'assicurazione vale per gli infortuni aeronautici, che l'Assicurato possa subire, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento su velivoli o elicotteri da chiunque gestiti, tranne che:
 - a. da società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
 - b. da aeroclubs.

La garanzia di cui al presente punto non è valida per gli infortuni che l'Assicurato possa subire durante l'uso di apparecchi per volo sportivo o da diporto (quali alianti, deltaplani, ultraleggeri, parapendii o simili). Agli effetti dell'assicurazione il viaggio aereo comincia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si conclude nel momento in cui ne discende, intendendosi comprese nel rischio anche la salita e la discesa mediante l'uso di scale o altre attrezzature aeroportuali.

Resta convenuto, però, che in caso di unico evento il quale colpisca più persona assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare la somma di Euro 5.164.568,99 per aeromobile. Qualora gli esborsi complessivamente a carico della Società per i propri Assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione alle rispettive somme garantite.

Articolo 16.3 - Rischio guerra

L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non) o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o della insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero.

Restano esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause (guerra ed insurrezione popolare) che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Articolo 16.4 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- guida od uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei e di aeromobili, salvo quanto previsto ai commi d) e l) dell'Articolo 16.2;
- guerra ed insurrezioni in genere, salvo quanto previsto all'Articolo 16.3;

- stato di ubriachezza, salvo quanto previsto al comma j) dell'Articolo 16.2; uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non rese necessarie da infortunio;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- partecipazione a gare, attività sportive in genere e relative prove ed allenamenti.

Sono comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche.

Articolo 16.5 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco - depressive o psicosi in genere. L'assicurazione, per tali persone, cessa automaticamente con il manifestarsi di tali patologie.

Articolo 16.6 - Limiti di età

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 75 anni.

Articolo 16.7 - Morte

In caso di morte per infortunio dell'Assicurato, sempreché si verifichi entro due anni dall'infortunio, la Società corrisponde la somma assicurata agli eredi legittimi e/o testamentari dello stesso in parti uguali.

La somma assicurata per il caso morte non è cumulabile con l'indennizzo spettante per Invalidità Permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di detto indennizzo, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi hanno diritto alla differenza tra la somma loro spettante per la morte dell'Assicurato, se superiore - e l'indennizzo pagato all'Assicurato per Invalidità Permanente.

Articolo 16.8 - Morte presunta.

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato a seguito di annegamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto - entro 6 mesi dalla presentazione della domanda di morte presunta - il risarcimento previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio, salvo il diritto della Società alla restituzione dell'indennità pagata, in seguito a successiva ricomparsa dell'Assicurato.

Articolo 16.9 - Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con DPR 30 giugno 1965 n.1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli assicurati mancini, si conviene che le percentuali di invalidità permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado in invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino a un massimo di trenta giorni.

Se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al collegio arbitrale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura della quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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

Articolo 16.10 - Franchigie

La Società, in caso di invalidità permanente corrisponderà all'Assicurato l'indennità spettante ai sensi di polizza, secondo i seguenti criteri:

- sulla prima parte di capitale assicurato per persona e fino a Euro 150.000,00=, l'indennità verrà liquidata in relazione al grado di invalidità permanente accertato;
- sulla seconda parte di capitale assicurato per persona eccedente Euro 150.000,00= e fino a Euro 300.000,00=, l'indennità verrà liquidata in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 3% sulla percentuale di invalidità; non si farà luogo ad indennizzo nel caso che il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 3%;
- sulla terza parte di capitale assicurato per persona eccedente Euro 300.000,00= e fino a Euro 500.000,00=, l'indennità verrà liquidata in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 5% sulla percentuale di invalidità; non si farà luogo ad indennizzo nel caso che il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 5%;
- sulla quarta parte di capitale assicurato per persona eccedente Euro 500.000,00=, l'indennità verrà liquidata in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10% sulla percentuale di invalidità; non si farà luogo ad indennizzo nel caso che il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 10%.

Articolo 16.11 - Inabilità temporanea per applicazione di apparecchio gessato

Qualora l'infortunio comporti l'applicazione di apparecchio gessato. La Società liquiderà l'indennità giornaliera indicata nell'ALLEGATO n. 1 a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio per un massimo di giorni 60 per evento.

Articolo 16.12 - Diaria per degenza in Istituto di cura

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata, indicata nell'ALLEGATO n. 1, per ciascun giorno di degenza con pernottamento, in caso di suo ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato) reso necessario da infortunio indennizzabile dalla presente polizza.

Tale indennità viene corrisposta per la durata massima di 90 (novanta) giorni per evento.

Articolo 16.13 - Rimborso spese di cura a seguito di infortunio

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa - sino alla concorrenza della somma indicata nell'ALLEGATO n. 1, le spese effettivamente sostenute:

a) in caso di ricovero:

per la degenza in Istituto di cura (onorari dei medici, esami, diritti di sala operatoria materiale di intervento - comprese le endoprotesi, trattamento rieducativi e riabilitativi, rette di degenza)

b) per prestazioni sanitarie extra-ricovero:

per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali e spese mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie, ottiche ecc. rese

necessarie da infortunio, trasporto in ambulanza dell'Assicurato con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato.

Articolo 16.14 - Esonero dall'obbligo della denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni

Fermo il disposto dell'Articolo 16.5 - "Persone non assicurabili", il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando che la liquidazione delle indennità, in caso di sinistro, verrà effettuata tenendo conto della preesistente infermità, mutilazione o difetto fisico secondo le risultanze del referto medico.

Articolo 16.15 - Esonero dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni, stipulate autonomamente dai singoli Assicurati o da Terzi, per lo stesso rischio.

Articolo 16.16 – Rinuncia della Società al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di surroga che possa competere per l'art. 1916 cod.civ. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI SPECIALI SEMPRE OPERANTI

A - Anticipo indennizzo per invalidità permanente

L'Assicurato avrà diritto di ottenere, su esplicita richiesta, il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per invalidità permanente da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro, a condizione che:

- non esistano dubbi sull'indennizzabilità dell'infortunio, da parte della Società;
 - sia stato accertato da parte della Società come prevedibile, un grado di invalidità permanente superiore al 25%.
- Quanto sopra senza che l'acconto costituisca impegno definitivo della Società sul grado di invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo della Società sorgerà comunque non prima che siano trascorsi 60 (sessanta) giorni dal termine delle cure mediche.

B - Danno estetico

L'assicurazione vale per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza e la Società rimborsa fino alla concorrenza di Euro 5.164,57=, in caso di intervento riparatore del "danno estetico", le spese effettivamente sostenute di chirurgia plastica. Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di un Istituto di Cura) e non oltre un anno della scadenza del contratto.

Per "danno estetico" si intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

Il rimborso delle spese per "danno estetico" è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito dalla Società.

PARTITE ASSICURATE

A) DIPENDENTI IN MISSIONE

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dagli **Amministratori** e dal **Personale Dipendente in servizio** (Dipendenti di ogni ordine e grado) dell'Ente, quali conducenti e/o trasportati, autorizzati, in occasione di missioni o per adempimenti di servizio, fuori dal proprio luogo di lavoro, ad utilizzare la propria autovettura per il tempo strettamente necessario per l'esecuzione della prestazione di servizio.

Sono compresi in garanzia gli infortuni subiti durante le fermate e le salite/discese dal veicolo e le soste rese necessarie e/o compatibili con lo scopo della missione o del servizio, quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, per rifornimento carburante, per guasto meccanico, per riparazioni di emergenza, per rifocillarsi etc.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle targhe delle autovetture assicurate nonché delle generalità delle persone che usano tali autovetture.

Per l'identificazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri od altri documenti equipollenti sui quali il Contraente si impegna a registrare in modo analitico:

- data della trasferta;
- generalità del dipendente autorizzato alla trasferta e numero di targa del veicolo;
- numero dei chilometri percorsi.

Tale registri od altri documenti equipollenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati e messi a disposizione, in qualsiasi momento, del personale incaricato dalla Società assicuratrice di effettuare accertamenti e controlli.

Il premio minimo anticipato, che sarà anche il minimo di polizza, sarà computato sulla base della percorrenza annua indicata nell'**allegato n. 1**.

B) TUTOR 150 e 200 ore

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dagli studenti, definiti "Tutor", per lo svolgimento di collaborazione a tempo parziale per attività connesse ai servizi resi dall'Agenzia per il Diritto allo Studio Universitario di Perugia, di cui all'Art. 4, comma 17, del DPCM 9 aprile 2001.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità dei Tutor e del periodo di prestazione del loro servizio.

Per l'identificazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri od altri documenti equipollenti sui quali il Contraente si impegna a registrare in modo analitico:

- Nome, Cognome e Codice Fiscale dello studente "Tutor"
- periodo di prestazione del servizio (data inizio e data fine)

Tale registri od altri documenti equipollenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati e messi a disposizione, in qualsiasi momento, del personale incaricato dalla Società assicuratrice di effettuare accertamenti e controlli.

Il premio minimo anticipato, che sarà anche il minimo di polizza, sarà computato sulla base del numero di studenti "Tutor" indicati nell'**allegato n. 1**.

CLAUSOLA BROKER

Ad ogni effetto di legge le Parti contraenti riconoscono alla SALVATORI BROKER di Fabrizio Salvatori (in seguito detta più semplicemente Broker), il ruolo di cui alla legge n.792/84 come modificata dal D. Lgs.07/09/2005 n. 209 (Nuovo Codice delle Assicurazioni Private), relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

L'opera del Broker sarà remunerata dalla Società nella misura del 9% (nove per cento) del premio imponibile di polizza.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- a) che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- b) di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, l'Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- c) di riconoscere validità ed inopponibilità a tutte le comunicazioni fatte al Broker, limitatamente a quelle – o alle sole parti di esse – che abbiano per oggetto la tutela di interessi dell'Assicurato;
- d) che il pagamento dei premi sia effettuato tramite il Broker sopra indicato, riconoscendo l'efficacia liberatoria del pagamento effettuato dal Contraente al Broker, anche ai sensi dell'art.1901 del C.C.
- e) che la Società s'impegna a fornire semestralmente al Broker, i dati inerenti l'andamento della polizza in corso (elenco analitico dei sinistri denunciati con indicazione dei liquidati, riservati e senza seguito).

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE

ALLEGATO N° 1 ALLA POLIZZA N° _____

ELEMENTI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO

SOMME ASSICURATE

PARTITA A) DIPENDENTI IN MISSIONE:

- Capitale Morte €. 250.000,00
- Capitale I.P. €. 250.000,00
- Rimborso spese di cura a seguito di infortunio €. 5.000,00

DIPENDENTI IN MISSIONE	Km percorsi	Tasso Lordo per KM	Premio Annuo Lordo
	2.000		

PARTITA B) TUTOR 150 e 200 ORE:

- Capitale Morte €. 100.000,00
- Capitale I.P. €. 100.000,00
- Diaria per degenza in Istituto di cura €. 50,00
- Inabilità temporanea per applicazione di apparecchio gessato €. 50,00

TUTOR 150 e 200 ORE	Numero Tutor	Premio lordo cadauno	Premio Annuo Lordo
	30		

CONTEGGIO DEL PREMIO

PRIMA RATA		Dal	30/06/2018	Al	30/06/2019
PREMIO IMPONIBILE			<i>EURO</i>		
IMPOSTE			<i>EURO</i>		
PREMIO LORDO ALLA FIRMA			<i>EURO</i>		

....., li

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE
