



REGIONE UMBRIA
LOTTO 1
CAPITOLATO SPECIALE
POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA
CODICE CIG: _____

Stipulata:

Tra: Regione Umbria
Partita I.V.A./C.F.: 01212820540
con sede in: VIA MARIO ANGELONI, 61 – 06124 PERUGIA

e la Spett.le Compagnia Assicuratrice:

si stipula la presente:

POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA Numero

Contraente: Regione Umbria
Assicurato: Come da condizioni di polizza
Broker: Willis Italia S.p.A.
Decorrenza della copertura: Ore 24:00 del xx/xx/xxxx
Scadenza della copertura: Ore 24:00 del xx/xx/xxxx
Scadenze annuali: Ore 24:00 del xx/xx
Frazionamento: ANNUALE
Tacito rinnovo (SI/NO - indicare): NO



INDICE

DEFINIZIONI
SEZIONE 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE
ART. 1 - IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI
ART. 2 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO
ART. 3 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI
ART. 4 - DURATA DEL CONTRATTO
ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA
ART. 6 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE
ART. 7 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO
ART. 8 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO
ART. 9 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO
ART. 10 - ONERI FISCALI
ART. 11 - FORO COMPETENTE
ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
ART. 13 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO
ART. 14 - COASSICURAZIONE E DELEGA
ART. 15 - CLAUSOLA BROKER
ART. 16 - REVISIONE DEI PREZZI
ART. 17 - TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI
ART. 18 - TRATTAMENTO DEI DATI
ART. 19 - MISURE RESTRITTIVE (Sanctions Limitations Exclusion Clause) - Territorialità
ART. 20 - DISPOSIZIONI FINALI
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI
ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
ART. 2 - ESCLUSIONI
ART. 3 - RISCHIO AERONAUTICO
ART. 4 - SERVIZIO MILITARE
ART. 5 - LIMITE DI ETÀ
ART. 6 - PERSONE NON ASSICURABILI
ART. 7 - ESTENSIONI TERRITORIALI
ART. 8 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ
ART. 9 - MORTE
ART. 10 - INVALIDITÀ PERMANENTE
ART. 11 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO
ART. 12 - RIENTRO SANITARIO
ART. 13 - RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)
ART. 14 - MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE
ART. 15 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI
ART. 16 - DIRITTO DI SURROGAZIONE
ART. 17 - UFFICIO SPECIALE DI RICOSTRUZIONE
SEZIONE 3 - RISCHI ASSICURATI - CATEGORIE E SOMME ASSICURATE
CAT. A - DIPENDENTI IN MISSIONE CON MEZZI DI PROPRIETÀ DEL CONTRAENTE
CAT. B - DIPENDENTI IN MISSIONE CON MEZZI PRIVATI
CAT. C - PRESIDENTE, CONSIGLIERI E ASSESSORI
CAT. D - PILOTI DRONE
CAT. E - SOGGETTI VARI 1
CAT. F - SOGGETTI VARI 2
CAT. G - ALTRI ASSICURATI
CALCOLO DEL PREMIO
SEZIONE 4- CONDIZIONI PARTICOLARI
SEZIONE 5 - PROCEDURA SINISTRI
ART. 1 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI
ART. 2 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ
ART. 3 - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO



DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- Assicurazione:** il contratto di assicurazione
- Polizza:** il documento che prova l'assicurazione.
- Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione in nome proprio e nell'interesse proprio ed altrui.
- Assicurato:** i soggetti indicati nelle Categorie di Polizza.
Rientrano in tale definizione tutti coloro che hanno un rapporto di dipendenza, di servizio o di mandato o che partecipino alle attività della Regione Umbria, Giunta Regionale e Assemblea Legislativa (Contraente). Nonché altro personale non dipendente ed i soggetti equiparati di cui il Contraente si avvale. Tutti gli aventi diritto alla presente garanzia in virtù dei vigenti C.C.N.L. o di disposizioni di legge, ivi compresi i soggetti che prestano la propria attività per conto del Contraente anche presso altre strutture.
- Società:** la Compagnia Assicuratrice.
- Broker:** Willis Italia S.p.A.
- Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società.
- Sinistro:** Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
- Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalità permanente.
- Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- Scoperto/franchigia:** la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato.
- Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro.
- Beneficiario:** in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
- Invalità 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 Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza ed il soggiorno.
- Ricovero:** la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.



SEZIONE 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

La presente polizza viene stipulata per tutte le Categorie riportate alla Sezione 3, precisando che la garanzia opera nei limiti delle leggi in vigore e pertanto anche in occasione di missioni, trasferimenti, partecipazioni a riunioni, incarichi svolti al di fuori della normale sede di lavoro e relativo rischio "In itinere", così come definito dall'art. 12 del D.lgs 38/2000.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 3 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Per le categorie attivabili a richiesta identificate come tali alla Sezione 3 la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente tramite il Broker e scadrà alle ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo.

Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione.

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

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 (€).

ART. 2 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del codice civile, l'omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte dell'assicurato di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore ed omissione non intenzionale od involontario dello stesso e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione. Resta inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

ART. 3 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera, raccomandata e non, raccomandata a mano, telegramma, telefax, PEC o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

ART. 4 - DURATA DEL CONTRATTO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del xx/xx/xxxx anche nelle more degli adempimenti propedeutici alla stipula del contratto, e scadrà alle ore 24 del xx/xx/xxxx, senza tacito rinnovo alla scadenza finale.

È facoltà delle Parti rescindere il contratto al termine di ogni periodo assicurativo annuo mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 180 (centottanta) giorni prima della scadenza annuale.

Alla scadenza è facoltà del Contraente esercitare l'opzione di rinnovo ai sensi dell'art. 120, comma 1 lett.a) del D.lgs. n. 36/2023 e quindi notificare alla Società detto rinnovo dei servizi per una durata di un ulteriore anno, alle stesse condizioni normative ed economiche.

È facoltà, altresì, del Contraente ai sensi dell'art. 120, comma 10 del D.lgs 36/2023 ,esercitare l'opzione di proroga, e , quindi, notificare alla Società, entro i 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza del Contratto di assicurazione, la prosecuzione dello stesso alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 180 (centottanta) giorni immediatamente successivi a tale scadenza , a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/360 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

In casi eccezionali, il contratto di assicurazione in corso di esecuzione può essere prorogato per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo aggiudicatario ai sensi



dell'art. 120, comma 11, del D.lgs. n. 36/2023. In tal caso la Società è tenuta all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto di assicurazione agli stessi prezzi, patti e condizioni previsti nel contratto.

ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1901 del c.c., l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il premio o la prima rata di premio non è stata pagata. Il Contraente è obbligato a pagare la prima rata di premio alla Società, per il tramite del Broker incaricato, entro 60 giorni dalla ricezione del documento originale di polizza ritenuto formalmente corretto.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60mo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c..

I termini di cui sopra valgono anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma e qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga; tali termini decorrono dalla data di ricevimento del documento formalmente ritenuto corretto.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso l'Agenzia delle Entrate Riscossione, ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agenzia delle Entrate Riscossione costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

ART. 6 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 7 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento 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 (art. 1898 codice civile).

Si conviene tuttavia che l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

ART. 8 - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 9 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 180 giorni. Nel caso di recesso intimato dalla Società, questa, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. La Società è tenuta a documentare, contestualmente alla notifica del recesso "l'avvenuto pagamento dell'indennizzo o il rifiuto del medesimo" restando inteso, in caso contrario, che il recesso è inefficace.

Nella comunicazione di recesso, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al Contraente tutti i dati di cui all'art. 4 della sezione Norme che regolano la gestione dei sinistri



Regione Umbria

– “Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio” necessari per la redazione del bando di gara per l’affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che in assenza dei dati richiamati la comunicazione della facoltà di recesso deve intendersi come non perfezionata.

ART. 10 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all’assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 11 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell’Assicurato.

ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 13 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di dubbio, le clausole contenute nel presente capitolato nonché le norme in esso richiamate e/o comunque applicabili saranno interpretati sempre in senso più favorevole al Contraente/Assicurato.

ART. 14 – COASSICURAZIONE ATI E DELEGA

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Società assicuratrici componenti l’Associazione Temporanea di Imprese:

⇒ Compagnia _____	Società mandataria	_____	Quota xx%
⇒ Compagnia _____	Società mandante	_____	Quota xx%
⇒ Compagnia _____	Società mandante	_____	Quota xx%

Il termine “Società” indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l’Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l’incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione all’Associazione Temporanea di Imprese.

⇒ Società: Quota xx%

⇒ Società: Quota xx%

⇒ Società: Quota xx%

In caso di coassicurazione

L’assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel “Riparto” che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate:

⇒ Compagnia _____	Quota _____ % - Delegataria
⇒ Compagnia _____	Quota _____ % - Coassicuratrice
⇒ Compagnia _____	Quota _____ % - Coassicuratrice

In caso di sinistro la Società Delegataria (in seguito denominata Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società Coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale; la Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l’intero importo dei sinistri ed a rilasciare all’Assicurato quietanza per l’ammontare complessivo dell’indennizzo.



Regione Umbria

Con la sottoscrizione della copertura assicurativa le Società Coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto; pertanto, la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società Coassicuratrici.

Il Contraente ha affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio assicurativo Willis Italia S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla società Willis Italia S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici. Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

ART. 15 - CLAUSOLA BROKER

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al Broker di assicurazione indicato.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione, così come definita, riguardante il presente contratto avverrà per il tramite del Broker indicato.

Pertanto, tutti i rapporti inerenti il contratto, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del Broker e la Società riconosce che il pagamento dei premi effettuato dal Contraente a favore del Broker si intende come effettuato direttamente alla Società stessa ed è da considerarsi liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce inoltre al Broker un periodo di differimento per la corresponsione effettiva dei premi di sua competenza entro il decimo giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento del premio o della rata di premio per il Contraente.

La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura stabilita del 0,01%. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dell'Impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente.

ART. 16 – REVISIONE DEI PREZZI

Al verificarsi delle ipotesi di cui all'Art. 7 - "Aggravamento del Rischio" e all'Art. 8 "Diminuzione del rischio" successivamente all'aggiudicazione del contratto, si dovesse verificare una variazione del rischio, in aumento o in diminuzione, che comporta una variazione del premio di polizza superiore al cinque per cento (5%) dell'importo originario, il premio viene aggiornato, nella misura dell'ottanta per cento del valore eccedente la variazione del 5% applicata alla prestazione da eseguire. La revisione del premio può essere richiesta decorsi almeno 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto e acquisterà efficacia dall'annualità successiva, come previsto dal D.lgs. 36/2023.

ART. 17 - TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società, il Broker nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i..

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.



Regione Umbria

ART. 18 - TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle Parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

ART. 19 - MISURE RESTRITTIVE (Sanctions Limitations Exclusion Clause) - Territorialità

(Tale clausola sarà definita dall'Assicuratore aggiudicatario del presente Contratto)

ART. 20 - DISPOSIZIONI FINALI

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente, sui moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione. Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., il Contraente e la Società dichiarano di conoscere, approvare ed accettare specificamente le disposizioni degli articoli del presente capitolato di polizza.



SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della partecipazione all'attività del Contraente/Assicurato o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, e che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente; come precisato nella Sezione 3 - "Rischi assicurati e categorie assicurate".

ART. 2 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto al successivo art. 3 – Rischio Aeronautico (Sezione 2);
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, alla guida di veicoli a motore o natanti;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerre o insurrezioni; salvo quanto disposto alla Sezione 4 - D;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) da infarti e da ernie di qualsiasi tipo, salvo le ernie addominali da sforzo o traumatiche.

ART. 3 - RISCHIO AERONAUTICO

L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- € 2.600.000,00 per il caso di Morte;
- € 2.600.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;

per aeromobile:

- € 10.500.000,00 per il caso di Morte;
- € 10.500.000,00 per il caso di invalidità Permanente;

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

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.



ART. 4 - SERVIZIO MILITARE

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze del Contraente, 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. 5 - LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, 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 al Contraente.

ART. 6 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infermità mentale.

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

ART. 7 - ESTENSIONI TERRITORIALI

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ART. 8 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

ART. 9 - MORTE

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

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

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 10 - INVALIDITÀ PERMANENTE

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

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone mancine, il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

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



Regione Umbria

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

ART. 11 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa agli assicurati, **in caso di infortunio anche se non determinante la morte o invalidità permanente**, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato sulla scheda di rischio.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- noleggio di attrezzatura medica;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

ART. 12 - RIENTRO SANITARIO

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 1.000,00 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. 13 - 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 € 1.000,00.

ART. 14 - MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado e sulla loro entità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici.

Il Collegio medico risiede presso la sede del Contraente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle 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 vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 15 - 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 codice civile

ART. 16 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i Terzi responsabili dell'infortunio.



Regione Umbria

ART. 17 – UFFICIO SPECIALE DI RICOSTRUZIONE

"Ai sensi dell'art. 120, comma 1, lett.a) del D.lgs 36/2023, la Regione si riserva di modificare il contratto assicurativo in corso prevedendo l'opzione dell'estensione della prestazione assicurativa del suddetto contratto in favore dell'Ufficio Speciale di Ricostruzione Umbria (USR) qualora venga disposta la proroga dello stato di emergenza previsto dall'art. 1 del DL. N. 189/2016 convertito con modificazioni con L. n. 229/2016. dell'attività di detto ufficio"

**SEZIONE 3 - RISCHI ASSICURATI - CATEGORIE E SOMME ASSICURATE**

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

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

CAT. A - DIPENDENTI IN MISSIONE CON MEZZI DI PROPRIETA' DEL CONTRAENTE

L'assicurazione si intende prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisce in occasione della guida o trasportato di veicoli, motoveicoli, velocipedi con o senza motore e per tutti gli altri mezzi di proprietà del Contraente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo al Contraente o in locazione o comodato del Contraente.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa in marcia; sono compresi inoltre i sinistri occorsi durante la salita e discesa dai mezzi.

Garanzia	Capitali/Massimali assicurati	
Caso Morte:	€ 200.000,00	
Caso Invalidità permanente:	€ 300.000,00	
Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio:	€ 20.000,00	
Numero indicativo veicoli assicurati	60	
Numero velocipedi senza motore	2	
Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta
		NO

CAT. B –DIPENDENTI IN MISSIONE CON MEZZI PRIVATI

L'assicurazione è operante per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente subiscano in occasione di missione o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida o trasportati di velocipedi e veicoli non intestati al P.R.A. al Contraente o dallo stesso detenuti a qualsiasi titolo, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione (anche occasionale) dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi di partenza.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa in marcia; sono compresi inoltre i sinistri occorsi durante la salita e discesa dai mezzi.

Garanzia	Capitali/Massimali assicurati	
Caso Morte:	€ 200.000,00	
Caso Invalidità permanente:	€ 300.000,00	
Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio:	€ 20.000,00	
Numero chilometri percorsi	4.000 Giunta Regionale	
Numero chilometri percorsi	800 Assemblea Legislativa	
Totale chilometri percorsi	4.800	
Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta
		NO

**CAT. C - PRESIDENTE, CONSIGLIERI E ASSESSORI**

L'assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, ivi comprese quelle esercitate in enti o società collegate e/o controllate e/o partecipate dal Contraente.

È incluso il "rischio in itinere" nonché tutti gli spostamenti necessari all'espletamento degli incarichi loro assegnati, effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati o di servizio.

Sono dunque esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell'espletamento dell'attività professionale privata di ciascun assicurato, e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale comunque non collegata alla carica.

Garanzia	Capitali/Massimali assicurati
Caso Morte:	€ 300.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 400.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio:	€ 20.000,00

Numero presidente/assessori/consiglieri	1 Presidente 3 Assessori 20 Consiglieri
--	--

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

CAT. D- PILOTI DRONE

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dagli Assicurati che svolgono l'attività di pilota del drone per conto del Contraente durante il tempo di espletamento della propria attività, svolta anche fuori dalla sede abituale di lavoro.

Garanzia	Capitali/Massimali assicurati
Caso Morte:	€ 200.000,00
Caso Invalidità permanente:	€ 300.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio:	€ 20.000,00

Numero piloti	1
----------------------	----------

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

CAT. E - SOGGETTI VARI 1

La garanzia copre gli infortuni subiti da:

- operatori volontari di attività socialmente utili
- portatori di handicap
- volontari in servizio Civile

incaricati dal Contraente con appositi atti deliberativi, determinazioni dirigenziali, borse di studio e di lavoro, nonché in virtù delle apposite convenzioni con i Ministeri e/o degli altri Enti preposti, durante lo svolgimento dell'attività svolta per conto e/o su organizzazione del Contraente anche presso terzi, compresa la conduzione di veicoli in genere (ciclomotori, motocicli e cicli compresi);

Resta inteso che il premio viene stabilito per ciascun assicurato.



Garanzia		Massimale	
Caso Morte:		€ 200.000,00	
Caso Invalidità permanente:		€ 300.000,00	
Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio:		€ 20.000,00	
Numero dei soggetti		0	
Attivazione automatica	NO	Attivazione a richiesta	SI

CAT. - F SOGGETTI VARI 2

La garanzia copre gli infortuni subiti da:

- borse lavoro
- stagisti, borsisti, corsisti e tirocinanti e altre figure ad essi equiparate

incaricati dal Contraente con appositi atti deliberativi, determinazioni dirigenziali, borse di studio e di lavoro, nonché in virtù delle apposite convenzioni con i Ministeri e/o degli altri Enti preposti, durante lo svolgimento dell'attività svolta per conto e/o su organizzazione del Contraente anche presso terzi, compresa la conduzione di veicoli in genere (ciclomotori, motocicli e cicli compresi);

Resta inteso che il premio viene stabilito per ciascun assicurato.

Garanzia		Massimale	
Caso Morte:		€ 200.000,00	
Caso Invalidità permanente:		€ 300.000,00	
Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio:		€ 20.000,00	
Numero dei soggetti		0	
Attivazione automatica	NO	Attivazione a richiesta	SI

CAT. G - ALTRI ASSICURATI

Qualora il Contraente avesse necessità di assicurare soggetti non espressamente indicati, si conviene tra le Parti che dovranno essere comunicati di volta in volta.



CALCOLO DEL PREMIO

Il Contraente versa, a titolo di deposito quale premio minimo comunque acquisito, l'importo riportato nella seguente tabella conteggio 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 dal Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 5 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia (Sezione 1) della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili, 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 il Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

TABELLA - CONTEGGIO DEL PREMIO				
Categoria	Tipo dato variabile	Entità dato	Premio lordo pro-capite o tasso lordo	Totale €
A. Infortuni conducenti su veicoli di proprietà del Contraente	n. veicoli	60		
A2. Infortuni conducenti su velocipedi senza motore di proprietà del Contraente	n. velocipedi	2		
B. Infortuni conducenti/trasportati su veicoli privati	km percorsi	4.800 km		
C. Infortuni presidente e assessori/consiglieri	n. presidente/ assessori/ consiglieri	1 Presidente 3 Assessori 20 Consiglieri		
D. Infortuni pilota drone	n. piloti	1		
E. Soggetti vari 1	n. soggetti	0		
F. Soggetti vari 2	n. soggetti	0		
TOTALE				



SEZIONE 4- CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- lesioni determinate da sforzi con esclusione di infarti ed ernie.

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

A) EVENTI SOCIOPOLITICI

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

B) CALAMITÀ NATURALI

La garanzia è estesa anche agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, allagamenti, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve con l'intesa che l'esborso massimo della Società non potrà superare l'importo di € 5.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate, assicurate secondo la presente polizza.

C) IMPRUDENZA NEGLIGENZA IMPERIZIA ANCHE GRAVI DELL'ASSICURATO

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da imprudenza, negligenza, imperizia anche gravi dell'Assicurato/Contraente.

D) RISCHIO GUERRA

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezioni per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

E) INFEZIONI CONTRATTE DURANTE OPERAZIONI CHIRURGICHE

L'assicurazione vale anche per le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, HIV, AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o ad operazioni e trattamenti chirurgici conseguenti ad infortunio subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla denuncia dell'infortunio entro 30 giorni dal fatto e dovrà essere allegata alla denuncia analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate; l'Assicurato dovrà tenersi disponibile alle eventuali analisi successive che la Società riterrà opportuno richiederli e dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 giorni dalla denuncia di infortunio.

L'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato dal virus HIV e/o da virus EPATITICO a causa di un evento accidentale ed esterno occorsogli nello svolgimento dell'attività professionale per la quale è prestata l'assicurazione,



Regione Umbria

deve darne notizia entro 5 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento, a mezzo telegramma, pec o fax indirizzato all'Agenzia che gestisce la polizza, o al broker.

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

Entro 10 giorni dall'evento, l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test da virus HIV e/o da virus EPATITICO presso un centro specializzato indicato dalla Società Assicuratrice. Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo, l'assicurazione nei suoi confronti cesserà immediatamente ed il premio sarà diminuito dalla prima scadenza annua successiva.

Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato, entro i 180 giorni successivi, dovrà sottoporsi ad un secondo test presso il medesimo centro e, se da questo, risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, entro un anno dalla data di denuncia dell'evento la Società liquiderà:

- nel caso in cui sia stato contratto il virus HIV, l'intera somma assicurata
- nel caso in cui sia stato contratto il virus EPATITICO, un indennizzo calcolato sulla somma assicurata, in proporzione al grado di invalidità accertato, facendo riferimento ai valori riportati nella seguente tabella:

FASCE	Grado % di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo da liquidare
I°	Inferiore al 25%	0
II°	dal 25% fino al 34%	15%
III°	oltre il 34% fino al 44%	30%
IV°	oltre il 44% fino al 54%	45%
V°	oltre il 54% fino al 64%	60%
VI°	oltre il 64% fino al 74%	70%
VII°	superiore al 74%	100%

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

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato deve essere identificato, pena la decadenza della garanzia assicurativa, al momento di sottoporsi ai test immunologici.

L'Assicurato dovrà inoltre sottoscrivere, al momento della denuncia del sinistro, l'apposita "informativa consenso" in ottemperanza al Decreto Legislativo n.° 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

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

F) RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possono colpire gli Assicurati durante:

- il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo di lavoro e viceversa;
- il tragitto dalla sede dove viene svolta la loro attività o dalla abitazione fino al raggiungimento di altre sedi o luogo dove viene svolta la missione e viceversa

purché questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici che di servizio.

G) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:



Regione Umbria

- qualora l'ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

H) LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 50% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni Particolari di Assicurazione verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

I) MALATTIE PROFESSIONALI

Limitatamente alla garanzia malattia professionale non si fa luogo all'indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece risulterà superiore al 15%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia si manifesti nel corso del rapporto assicurativo o entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o, se anteriore, dalla data di cessazione del servizio. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali e le tubercolari. Vale anche per la garanzia malattia l'esclusione, prevista dalle condizioni generali di assicurazione, relativamente alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

L) ANTICIPO INDENNIZZO

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di € 51.000,00.

M) REGOLAZIONE PREMIO

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo e della minore 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 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per la regolazione del premio nel periodo di riferimento.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla ricezione da parte del Contraente della relativa appendice di regolazione, formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società dovrà provvedere a mettere in mora l'assicurato; trascorso infruttuosamente un ulteriore termine di 30 gg. dal ricevimento della comunicazione di messa in mora da parte dell'Assicurato, la Società potrà indennizzare i sinistri accaduti nel periodo per il quale non è avvenuta la regolazione nella stessa proporzione esistente tra il premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore), fermo il diritto della Società al premio di regolazione dovuto. 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.

N) MORTE PRESUNTA

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di Morte presunta ai sensi dell'art. 60 e 62 del codice civile, la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b) possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi, l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.



O) DIABETE

L'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete.

P) UBRIACHEZZA

A parziale deroga di quanto indicato nell'art. 2 – Esclusioni lettera c) (Sezione 2), l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purché non alla guida di veicoli ed esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

Q) ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITÀ MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

Il Contraente/Assicurato è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. 6 – Persone non assicurabili (Sezione 2).

R) 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.

S) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga a quanto disposto alla Sezione 1 - Norme che regolano l'assicurazione in generale, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio.

T) 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 risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese sostenute dall'Assicurato per le cure e per gli interventi, anche chirurgici effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico. La presente garanzia deve intendersi prestata sino alla concorrenza di € 6.000,00.



SEZIONE 5 - PROCEDURA SINISTRI

ART. 1 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

In deroga a quanto disposto dall'art. 1913 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato, in caso di sinistro deve darne avviso scritto alla Società per il tramite del Broker, entro 30 giorni da quando l'ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi del Contraente/Assicurato stesso ne sia venuto a conoscenza.

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

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

L'Assicurato, o in caso di morte, il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

ART. 2 - 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 al Contraente e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di Morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

ART. 3 - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri senza seguito;
- sinistri respinti.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro, di data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente, per il tramite del broker, mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso (excel o simili). Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Società

Contraente