

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI DEGLI STUDENTI, DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Ente: UNIVERSITA' DI PISA, Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto il cui interesse e' protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula la assicurazione;

Attività dell'Amministrazione: L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, nonché di tutte le attività deliberate nel corso della durata del presente contratto di assicurazione, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili;

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale);

Inabilità temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato.

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile al rapporto lo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Amministrazione;

Rischio extra-professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24,00 del 31.12.2009 fino alle ore 24,00 del 31.12.2012, con scadenze annuali intermedie al 31.12 di ciascun anno, e non è prorogabile automaticamente.

E' facolta' di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, fermo che non e' consentito alla Societa' assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

E' facolta' della Amministrazione notificare alla Societa', 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 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

E' altresì facolta' della Amministrazione richiedere alla Societa' il rinnovo del contratto, alla sua scadenza, laddove ritenuto opportuno e secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Resta inteso tra le parti che nel corso del periodo contrattuale possono intervenire revisioni delle condizioni normative e/o economiche, laddove emergano elementi tali da giustificare la loro variazione, secondo quanto previsto dall'art. 115 del D. Lgs. n. 163/2006 .

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e esecuzione del contratto e' svolta direttamente dalla Amministrazione con mezzi propri.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto dovranno essere inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta.

Art. 3: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dal Codice Civile.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede la Amministrazione.

Art. 4: Pagamento del premio - Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, la Amministrazione pagherà alla Società:

- a. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue è antecedente all'ultimo giorno del 3° mese successivo, entro il 3° mese successivo alla data di decorrenza della copertura, il premio di prima rata convenuto, sempreché nel frattempo la Società abbia trasmesso, e siano stati ricevuti, i documenti contrattuali in originale; diversamente, il periodo di differimento viene esteso fino al 30° giorno successivo a quello del loro ricevimento;
- b. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue è antecedente all'ultimo giorno del 3° mese successivo, entro il 3° mese successivo a ciascuna data di scadenza intermedia, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- c. entro 90 giorni dalla presentazione dell'appendice:
 - il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza
 - il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio (intendendo per tale il giorno in cui la Amministrazione comunica l'avvenuta ricezione da parte della propria Tesoreria dell'ordinativo di pagamento), ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 5: Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato all'azione di surroga che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del C.C. .

Art. 6: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 30° giorno successivo alla sua definizione, ma non oltre il 90° giorno antecedente la scadenza della annualità assicurativa in corso, ogni parte può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. .

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla Amministrazione); nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo, la Società rimborserà alla Amministrazione il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 7: Soggetti assicurati

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, richiamati nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

- 1.a) i dipendenti, responsabili di strutture scientifiche, didattiche e di servizio, dirigenti della Amministrazione di ogni livello, parasubordinati, temporanei, occasionali, a progetto, accessori;
- 1.b) i componenti (anche non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali e Accademici;
- 2.a) gli studenti, i laureandi, gli studenti stranieri che in forza di scambi culturali di vario genere frequentano le strutture dell'Amministrazione e/o svolgono attività al di fuori dell'Ente;
- 2.b) i dottorandi, assegnisti di ricerca, titolari di borse di studio, frequentatori di master e altri assimilabili
- 2.c) i soggetti che frequentano la Amministrazione per tirocinio, formazione, aggiornamento, perfezionamento, specializzazione,
- 2.d) i soggetti incaricati di svolgere prestazioni d'opera in favore di studenti portatori di handicap
- 2.e) i consulenti e tutti coloro che, a qualunque altro titolo, sono in rapporto con la Amministrazione. A puro titolo esemplificativo e non limitativo si citano :
 - i soggetti impegnati a vario titolo per conto o con l'Ente in attività di didattica e di ricerca, sia presso le sedi universitarie sia presso terzi;
 - cultori della materia e frequentatori;
 - studenti delle scuole secondarie che a vario titolo svolgono attività presso le sedi dell'Ente o da quest'ultimo organizzate;
 - studenti con lavoro part-time presso le strutture dell'Amministrazione.

Art. 8: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte o una invalidita' permanente assoluta o parziale, e/o esborsi per cure mediche, e/o ricoveri in istituti di cura, e/o applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno.

Art. 9: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati:

- a. di cui al punto 1) dell'art. Soggetti assicurati: in relazione alla guida di veicoli (a motore e non) di proprietà o in uso a qualunque titolo agli stessi o alla Amministrazione, per motivi di servizio o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o a essi correlati; l'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile. In caso di utilizzo del veicolo per trasporto di persone inabili, le garanzie sono estese alle operazioni svolte dal conducente e/o dai trasportati (che assumono limitatamente a queste operazioni la qualifica di assicurati) al fine di prelevare o consegnare le persone oggetto del trasporto;
- b. dagli assicurati di cui al punto 2), in occasione della frequentazione della Amministrazione e partecipazione alle attività della stessa, come anche dell'attività da loro svolta in accordo con e/o per la Amministrazione, compreso lo svolgimento di attività sportiva organizzata dall'Amministrazione e/o dal Centro Universitario Sportivo Pisa, compresi i trasferimenti per, da e tra le strutture della Amministrazione stessa e compresa la guida di veicoli come sopra definita;
- c. per entrambe le categorie di Soggetti assicurati e in aggiunta a quanto sopra, la copertura assicurativa è altresì operante per la garanzia "Rischio Volo" di cui al punto 5. dell'art. "Liquidazione del Danno" che segue.

Art. 10: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi
- ◇ maleore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili volontariamente assorbite per scopi non terapeutici
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente
- ◇ calamità naturali
- ◇ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) 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 non in stato di guerra,

nonche':

- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
- ◇ l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive
- ◇ il contatto con corrosivi
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche
- ◇ i morsi di animali o punture di insetti
- ◇ la pratica di sports non a carattere professionale.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 11: Liquidazione del danno – Franchigia - Massima esposizione della Società'

1. In caso di infortunio mortale la Società' liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società' abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o di frequentazione o della residenza dell'Assicurato, la Società' rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.500,00 (euro duemilacinquecento/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

2. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidita' permanente, la determinazione dell'indennita' avverra':

a) valutando il grado di invalidita' tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:

a.1) qualora l'evento colpisca una persona la cui integrita' fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilita' fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidita' sara' determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore e' rappresentato dal grado di integrita' preesistente (100% detratta la percentuale di inabilita' preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrita' preesistente ed il grado di integrita' fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,

a.2) qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrita' fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilita' fisica permanente e totale, l'invalidita' sara' valutata in misura pari al grado di invalidita' determinato con le modalita' di cui al presente articolo, maggiorato del 50% .

In tali casi, il massimo grado di invalidita' non potra' comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidita' preesistente (della cui preventiva denuncia l'Amministrazione e l'assicurato sono esonerati) varra', se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti.

Qualora il grado di invalidita' accertato ai sensi del punto a) che precede sia inferiore o pari al 33% (trentatreper cento), verra' applicata una franchigia fissa pari a 3 (tre) punti percentuali; diversamente, non verra' applicata alcuna franchigia.

b) determinando e liquidando l'indennita' applicando il grado di invalidita' come sopra calcolato, all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio.

La Societa', qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidita' permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, paghera' agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
- ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove e' avvenuto l'infortunio, la Societa' rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo piu' idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato piu' vicino alla sua residenza.

4. In caso di infortunio che richieda ricovero in istituto di cura e/o applicazione di apparecchio gessato o di tutore immobilizzante esterno equivalente, fermo quanto previsto al punto 3. ma non in aggiunta ad esso, la Societa' corrispondera' la indennita' giornaliera indicata, conteggiata a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si e' verificato l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta dimissione o guarigione:

- per un massimo di 300 giorni (anche non consecutivi) in caso di ricovero
- per un massimo di 100 giorni in caso di applicazione di gesso o tutore.

5. In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualita' di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorita' civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attivita' turistica e di trasferimento, nonche' di societa' di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri), la somma degli indennizzi spettanti non potra' superare complessivamente per aeromobile 5 volte l'importo piu' elevato tra quelli previsti nella scheda di conteggio del premio relativi a tutti i gruppi di appartenenza degli assicurati presenti a bordo dell'aeromobile; superando questo limite, le indennita' spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all'art. Estensioni di copertura relativamente alla efficacia della stessa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa e' efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

Resta convenuto tra le parti che in caso di sinistro che coinvolga contemporaneamente piu' assicurati, la massima esposizione della Societa' per ciascuna tipologia di indennizzo non potra' essere superiore complessivamente a 50 volte l'importo piu' elevato tra quelli previsti nella scheda di conteggio del premio relativi a tutti i gruppi di appartenenza degli assicurati coinvolti nel sinistro; superando questo limite, le indennita' spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 12: Modalita' per la liquidazione dell'indennita'

La Societa', ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvedera' al pagamento delle indennita' entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Societa' effettua il rimborso delle spese mediche di cui all'art. "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidita' permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Societa' porra' a disposizione dell'infortunato un terzo della indennita' corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverra' entro 60 giorni dal ricevimento, da parte della Societa', della certificazione medica da cui risulti l'entita' presunta della invalidita'.

CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 13: Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Amministrazione;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
- ◇ atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- ◇ abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- ◇ partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ◇ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ◇ guida di mezzi di locomozione aerei;
- ◇ guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato.

Art. 14: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verterà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Amministrazione. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Amministrazione.

I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 15: Denuncia dei sinistri – Impegni della Società'

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Amministrazione entro quindici giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società'.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società'.

Entro il 31 marzo e il 30 settembre di ciascun anno, la Società' fornirà alla Amministrazione un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le sole iniziali dell'infortunato
- lo stato del sinistro
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

Art. 16: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla voce "parametri di riferimento" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Amministrazione fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società e' tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Amministrazione inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati.

A polizza scaduta, la Società non e' obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Per "parametri di riferimento" si intende il numero dei soggetti rientranti nei gruppi di rischio assicurati.

La Amministrazione e' esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Altrettanto, la Amministrazione e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Si conviene che, ove la Amministrazione abbia in buona fede ommesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 17: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza e' effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

⇒ Compagnia ... Società mandataria

⇒ Compagnia ... Società mandante

⇒ Compagnia ... Società mandante

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 della Società mandataria, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

⇒ Compagnia ... Quota xx%

⇒ Compagnia ... Quota xx%

⇒ Compagnia ... Quota xx%

Art. 18: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, 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: Altre assicurazioni - Detrazioni

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Amministrazione (quale, ad esempio, la tutela assicurativa Inail), dall'indennizzo dovuto ai sensi del presente contratto verrà' dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

Art. 20: Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.
La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Destinatari della assicurazione		Capitali assicurati				Numero assicurati	Premio imp. unitario	Premio imp. totale
Gruppi di appartenenza	caso morte	invalidità permanente	diaria ro o gesso	spese mediche				
1.a)	250.000,00	250.000,00	0,00	10.000,00	5.287			
1.b)	250.000,00	250.000,00	0,00	10.000,00	128			
2.a)	250.000,00	250.000,00	50,00	10.000,00	53.030			
2.b)	250.000,00	250.000,00	50,00	10.000,00	1.658			
2.c)	250.000,00	250.000,00	50,00	10.000,00	4.531			
2.d)	250.000,00	250.000,00	50,00	10.000,00	10			
2.e)	250.000,00	250.000,00	50,00	10.000,00	565			
Totale premio imponibile						euro		..
Imposte						euro		..
Totale premio lordo annuo						euro		..

PAGINA DA **NON** COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA