COPERTURA ASSICURATIVA
RISCHIO MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE
DA INFORTUNIO PROFESSIONALE
ED EXTRAPROFESSIONALE
RISCHIO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La presente polizza è stipulata tra

Equitalia Giustizia

e

Società

Durata del contratto

Dalle ore 24 del 02.11.2023

alle ore 24 del 02.11.2025

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati al 02.11 di ogni anno

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	**EQUITALIA GIUSTIZIA SPA**
SEDE LEGALE	**VIALE DI TOR MARANCIA 4 – 00147 ROMA**

CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	**09982061005**
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Effetto: dalle ore 24 del 02/11/2023 Scadenza: alle ore 24 del 02/11/2026
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€
FRAZIONAMENTO	ANNUALE
BROKER – INTERMEDIARIO	Aon S.p.A.
ALIQUOTA PROVVIGIONALE	13%
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	

Il presente contratto, emesso a seguito di procedura per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta dal Contraente a conclusione della quale è risultata aggiudicataria la Società …… è regolato:

- ✓ dal frontespizio di polizza e dalla scheda di polizza riportanti i dati essenziali del contratto;
- ✓ dal capitolato speciale di appalto, che si riporta integramente in allegato;

SEZIONE I
DEFINIZIONI

Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione annuale dell'assicurazione.
Attività Professionale	Quella svolta per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività svolta, nessuna esclusa ovunque e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture. L'Assicuratore dichiara quindi di essere a conoscenza di tutte le attività svolte dalla Contraente. L'attività di cui sopra può essere svolta in regime di "lavoro agile" e/o di "telelavoro", in attuazione alla disciplina legislativa e contrattuale attualmente vigente in materia.
Assicurato	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Assicuratore	L'impresa assicuratrice (o le imprese assicuratrici in caso di partecipazione alla gara in forma associata – R.T.I. / Consorzio / Coassicurazione) aggiudicataria della presente gara.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di polizza.
Beneficiario	Il soggetto o i soggetti ai quali la Società deve liquidare l'indennizzo.
Broker – Intermediario	Aon S.p.A., impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
Contraente	Equitalia Giustizia S.p.A
Capitolato di polizza	Il presente documento contenente le condizioni generali e speciali della polizza.
Cassa di Assistenza	La Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
Franchigia	L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
Indennizzo – Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Inabilità temporanea	L'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza morte e/o invalidità permanente e/o inabilità temporanea.
Invalidità permanente da infortunio	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio.
Invalidità permanente da malattia	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di malattia.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale	La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Parte o Parti	Equitalia Giustizia S.p.A. e l'Assicuratore, rispettivamente, disgiuntamente e congiuntamente intese.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio/Contributo	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dalla Contraente per la copertura assicurativa.

Retribuzioni	Tutto ciò che gli Assicurati ricevono a compenso dell'opera prestata - al lordo di ogni trattenuta - e/o gli importi pagati dalla Contraente a soggetti terzi quale corrispettivo per l'utilizzo delle stesse persone. Devono intendersi equiparati agli Assicurati eventuali figure che vengano introdotte da riforme di legge successive all'attivazione del Contratto.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne.
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.
Rischio professionale	L'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Contraente.
Scoperto	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	I verificarsi di un evento che impegna l'Assicuratore al pagamento della prestazione convenuta.

SEZIONE II

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – OPZIONE DI RINNOVO

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 6 mesi.

La Società s'impegna sin da ora a prorogare il presente Contratto, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 180 giorni, anche nel caso in cui venga inviata il recesso annuale di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE*. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

ART. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

È attribuita alla Società la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 3 mesi prima di ogni scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale.

In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi di cui all'Art.1 - *DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – OPZIONE DI RINNOVO.*

ART. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Anche in deroga al disposto dell'Art. 1901 Codice Civile, la Contraente pagherà all'Assicuratore per il tramite del Broker:

1. entro 2 mesi dalla data di effetto del Contratto di assicurazione, il premio di prima rata;
2. entro 2 mesi successivi a ciascuna data di scadenza annuale intermedia, il premio riferito al Periodo Assicurativo in corso;
3. entro 2 mesi dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) dell'Appendice:
    - il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza;
    - il premio di eventuali variazioni contrattuali, de non diversamente convenuto.

Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento indicato in *SCHEDA DI POLIZZA.*

In caso di regolazione premio passiva, l'Assicuratore sarà tenuto a rimborsare alla Contraente il premio, al netto delle imposte, entro il medesimo termine di cui al precedente punto 3 dalla data di ricezione dell'appendice sottoscritta dalla Contraente.

Se la Contraente, entro il termine di cui sopra, non provvede al pagamento del premio o della prima rata di premio, dei premi successivi o delle rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile al pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento stesso, ferme le successive scadenze (Art. 1901 C.C.).

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973. la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008, nonché della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008 ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973. costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.
L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza. Il Broker provvederà a segnalare alla Società tali situazioni.

ART. 4 PROVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
L'Assicuratore è obbligato a rilasciare alla Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla data di effetto di ciascun documento.
Il Contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale dell'Assicuratore che concede la copertura assicurativa.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, salvo quanto previsto al successivo ART. *BUONA FEDE.*

Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).
Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.
Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.
Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.
Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 1 mese dall'intervenuta conoscenza.

ART. 6 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO
L'Assicuratore accetta di ritenere in garanzia le coperture di cui al presente Contratto nel caso in cui si siano verificati aggravamenti del rischio (Art. 1898 Codice Civile) riservandosi - in contraddittorio con la Contraente - la definizione del relativo incremento di premio e rinunciando al recesso dal Contratto per tale titolo.
Alla ricezione della proposta di incremento di premio, la Contraente, entro 15 (quindici) giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del Contratto e la Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui al precedente Art. *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE.*

ART. 7 DIMINUZIONE DEL RISCHIO
Nel caso di diminuzione del rischio, l'Assicuratore è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione della Contraente ai sensi dell'Art. 1897 Codice Civile e rinuncia, ora per allora, al relativo diritto di recesso.

ART. 8 REVISIONE DEL PREZZO

a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'ART. *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO*, la Società, decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO* e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs.50/2016, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali, entro il limite massimo del 5%.
b) Il Contraente, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.
In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo *RECESSO*.

ART. 9 RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta del Contraente.
Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.
Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

ART. 10 BUONA FEDE

L'omissione da parte della Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni della Contraente all'atto della stipulazione del Contratto di assicurazione o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede (quindi esclusi i casi di dolo o colpa grave). Rimane fermo il diritto dell'Assicuratore, una volta venuto a conoscenza di circostanze aggravanti, che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza dell'Assicuratore o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per il Periodo Assicurativo in corso).

ART. 11 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

ART. 12 ONERI FISCALI

Le imposte e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio e agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

ART. 13 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

Per quanto non previsto – dal presente Contratto di assicurazione – che verrà interpretato in maniera più estensiva e favorevole per la Contraente/Assicurato - qualora le norme contrattuali fossero discordanti tra loro, valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.
Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l'assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010. La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

.

ART. 14 ASSICURAZIONI PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

La Contraente e gli Assicurati sono esonerati dalla preventiva denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

ART. 15 CLAUSOLA BROKER

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

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

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

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

La remunerazione del Broker è a carico della Società ed è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita diretta; non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Gestione del contratto in presenza di Corrispondente/Coverholder

Con la sottoscrizione del presente contratto di assicurazione si prende atto che il Contraente e/o l'assicurato conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, al Broker indicato nella scheda di polizza e di cui all'articolo precedente, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/Coverholder indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*. Pertanto:

a) ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder si considererà come effettuata all' assicurato o al Contraente;

b) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata dall'assicurato o dal Contraente.

La Società conferisce mandato al Corrispondente/Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

aa) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata alla Società;

bb) ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder al Broker, si considererà come effettuata dalla Società.

ART. 16 FORMA DELLE COMUNICAZIONI TRA LA CONTRAENTE E L'ASSICURATORE

Tutte le comunicazioni relative alla gestione del presente Contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta elettronica e/o PEC – avverranno per il tramite del Broker, che viene quindi riconosciuto dalle Parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

Tutte le comunicazioni in ordine alla validità e/o interpretazione del presente Contratto o relative a contestazioni, diffide, recesso e risoluzione del Contratto stesso dovranno essere effettuate direttamente tra le Parti a mezzo PEC.

ART. 17 DISCIPLINA DELLA RESPONSABILITA'

La presente assicurazione vale per le richieste avanzate nei confronti dell'Assicurato indipendentemente dalla sede giurisdizionale e dalla fonte giuridica invocata: norme di legge nazionali, comunitarie, usi e consuetudini, ed ogni altra norma giuridica ritenuta applicabile

ART. 18 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 3 mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli *REVISIONE DEL PREZZO* e *RECESSO* e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo *REVISIONE DEL PREZZO* dalla ricezione della citata dichiarazione.

Qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in

deroga a quanto previsto dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

ART. 19 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA
L'Assicuratore rinuncia, salvo il caso di dolo, al diritto di surrogazione derivante dall'Art. 1916 del Codice Civile nei confronti della Contraente, delle persone delle quali la Contraente debba rispondere a norma di legge, gli utenti, nonché i clienti della Contraente, le associazioni, i patronati e gli enti in genere senza scopo di lucro.
L'Assicuratore rinuncia altresì all'azione di rivalsa nei confronti di chiunque altro la Contraente o l'Assicurato abbia inteso salvaguardare con la stipula di particolari accordi scritti, salvo sempre il caso di dolo.

ART. 20 PERSONALE DISTACCATO O COMANDATO
Le garanzie si intendono operanti anche qualora gli Assicurati fossero distaccati o comandati o prestino la propria attività presso terzi, su incarico e/o disposizione della Contraente.
Devono, quindi, intendersi compresi anche i lavoratori che svolgono attività di "lavoro agile" e/o di "telelavoro" in attuazione alla disciplina legislativa e contrattuale attualmente vigente in materia.

ART. 21 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE
Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

ART. 22 COASSICURAZIONE E DELEGA
In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato. In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata*, ferma restando la responsabilità solidale in capo a ogni coassicuratore*. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

ART. 23 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI E CLAUSOLA RISOLUTIVA
La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.
Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'art. 3 comma 8 della L. 136/2010.

ART. 24 TRATTAMENTO DEI DATI
Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003), ciascuna delle parti (Contraente, Società assicuratrice, , Broker) effettuerà il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.
I dati personali degli assicurati necessari per le attività legate al servizio di gestione dei sinistri saranno trattate dalla Società assicuratrice in qualità di Titolare autonomo e dal Broker in qualità di Responsabile del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 in relazione alla gestione delle anagrafiche degli assicurati e come Titolare autonomo per la gestione dei sinistri.

ART. 25 DISPOSIZIONE FINALE
Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme di cui al presente Capitolato di polizza.
La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dall'Assicuratore vale solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le società che costituiscono l'Assicuratore, in caso di partecipazione alla gara in forma associata (R.T.I. – Consorzio - Coassicurazione).

ART. 26 SANZIONI E RESTRIZIONI INTERNAZIONALI
In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base della presente assicurazione, qualora detta

copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la Società (o un suo dipendente o collaboratore) a divieti, sanzioni o restrizioni o possa comportare violazioni di divieti, sanzioni o restrizioni, secondo quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi o sanzioni economiche e commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

SEZIONE III
CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 REGOLAZIONE E CONGUAGLIO DEL PREMIO
Il premio per ogni Periodo Assicurativo viene anticipato, in base a quanto indicato all'articolo *ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO,* e sarà regolato alla fine del medesimo Periodo Assicurativo.
Le eventuali variazioni in aumento o in diminuzione non verranno considerate modifiche o aggravamenti di rischio.
A tale scopo, entro 90 (novanta) giorni dalla data di scadenza di ciascun Periodo Assicurativo, la Contraente comunicherà all'Assicuratore, per iscritto per il tramite del Broker, il valore delle Retribuzioni effettivamente erogate e il numero effettivo delle persone da assicurare nel Periodo Assicurativo di riferimento. Se, nel termine di scadenza di cui sopra, la Contraente non provvede alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, l'Assicuratore fisserà un ulteriore termine di 30 (trenta) giorni dandone comunicazione alla Contraente.
Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa nei confronti della Contraente, fermo l'obbligo di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.
L'Assicuratore, sulla base dei menzionati dati, provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale entro e non oltre il termine di 30 (trenta) giorni dalla comunicazione stessa. Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate, rispettivamente dalla Contraente e dall'Assicuratore, nei termini di cui al precedente articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA,* nel rispetto della normativa di natura contabile/fiscale applicabile in materia.
L'Assicuratore ha il diritto di effettuare verifiche e controlli sui dati forniti dalla Contraente a fronte dei quali la Contraente è tenuta a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.
Si conviene che, ove la Contraente abbia in buona fede omesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, l'Assicuratore riconoscerà comunque la piena validità del Contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

ART. 2 ESTENSIONE TERRITORIALE
La presente assicurazione vale per tutto il mondo.

ART. 3 EFFICACIA TEMPORALE DELLA GARANZIA
Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente Contratto.

ART. 4 INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI
Relativamente agli infortuni extraprofessionali la polizza verrà stipulata attraverso una Cassa di Assistenza, che dovrà essere disponibile al momento della sottoscrizione del Contratto e dovrà avere le caratteristiche di cui all'art. 51 del D.P.R. 917/1986 e s.m.i.

Con la sottoscrizione del contratto, pertanto, l'Assicuratore dovrà comunicare la designazione della Cassa di Assistenza.
In assenza di tale designazione, la Contraente potrà scegliere la Cassa di Assistenza per la stipula del contratto di cui sopra.
Si precisa che gli eventuali costi di adesione alla Cassa resteranno comunque a carico dell'Assicuratore.

SEZIONE IV
CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle condizioni che regolano l'assicurazione in generale di cui ai precedenti articoli 1 e 2.
L'eventuale discordanza tra le condizioni che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare e/o le condizioni del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole alla Contraente e/o agli Assicurati.

La Società si impegna a produrre per ogni rischio oggetto del presente Capitolato (infortuni professionale, infortuni extraprofessionale ed Invalidità Permanente da Malattia) un documento di polizza a sé stante.

SEZIONE INFORTUNI

ART.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata, entro i limiti e alle condizioni indicati in polizza, per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali (rischi professionali), ivi compreso il rischio in itinere, ed extra-professionali.

Per "itinere" si intende, a titolo esemplificativo ma non limitativo, il tragitto:
1. dalla dimora abituale al lavoro e viceversa (sia prima e dopo l'orario di lavoro, che durante la pausa pranzo);
2. dal luogo ai luoghi di ristoro per consumare il pranzo e per il pernottamento (diversa dalla dimora abituale), e viceversa;
3. dalla dimora abituale e/o dal luogo di lavoro ad altro se il lavoratore presta servizio presso società o entità esterne (sedi della società diverse dalla propria sede di lavoro, clienti, fornitori, azionisti, sedi di meeting, convention, sedi corsi di formazione, etc) ;
4. dal luogo di lavoro ad altro luogo durante il servizio prestato fuori dal normale orario di lavoro, purché il Contraente dichiari per iscritto che l'Assicurato svolgeva le sue mansioni su incarico del Contraente stesso

L'Assicuratore prende atto che la Contraente attiverà o potrebbe attivare un programma di "lavoro agile" ai sensi della legge 81/2017 e/o di "telelavoro", in base al quale concede ai propri dipendenti la facoltà di poter lavorare fuori dalla propria sede di lavoro.
Premesso che per tale attività la Contraente si obbliga a tenere un elenco aggiornato dei nominativi e delle giornate rientranti nel programma di "lavoro agile" e/o di "telelavoro", la copertura del rischio professionale opera anche in occasione di tali giornate per gli infortuni occorsi nell'ambito del proprio domicilio o di altri ambienti durante lo svolgimento delle attività professionali.
Si precisa che durante tali giornate sarà considerata "professionale" solo l'attività necessaria per l'espletamento degli incarichi aziendali, pertanto il dipendente non dovrà effettuare attività che possano compromettere il corretto svolgimento dell'attività stessa.
Si ritiene altresì compreso il "rischio in itinere", a condizione che la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza.
Va aggiunto che ai fini dell'indennizzabilità dell'evento, l'Assicuratore potrà procedere con specifici accertamenti finalizzati a verificare la sussistenza dei presupposti sostanziali della tutela/sicurezza e, in particolare, a verificare se l'attività svolta dal lavoratore al momento dell'evento infortunistico sia comunque

in stretto collegamento con quella lavorativa, in quanto necessitata e funzionale alla stessa, sebbene svolta all'esterno.

ART. 2 RISCHI INCLUSI NELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi del presente Capitolato di polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- annegamento;
- folgorazione;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- assideramento e/o congelamento;
- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza; o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
- intossicazione anche non avente origine traumatica;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- colpi di sole o di calore;
- lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- danni estetici conseguenti ad infortunio.

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio,
- attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- aggressioni ed atti violenti.

ART.3 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei, salvo quanto previsto dal successivo articolo *RISCHIO VOLO;*
- dalla pratica di paracadutismo e sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura o di gare podistiche, di bocce, ginnastica, pattinaggio, golf, pesca senza uso di autorespiratore, squash, scherma, tennis, regate veliche (escluse quelle di altura), gare e/o partite aziendali e/o aventi carattere ricreativo o di attività ciclo amatoriali;
- derivanti da guerra e/o insurrezioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 4 SUDDIVISIONE RISCHI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI

La copertura assicurativa è prestata in forma completa ovvero per rischi professionali e rischi extra professionali. Pertanto, si prende atto che:

- il 60% del tasso indicato in polizza viene imputato al rischio professionale
- il 40% del tasso indicato in polizza viene imputato al rischio extra-professionale.

ART. 5 CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

La presente polizza è stipulata per tutte le categorie di seguito riportate, per le quali la Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli assicurati, in Italia o all'estero e che siano professionali o in itinere o extra professionali, come nel dettaglio precisato per ogni singola categoria assicurata.

Categoria	
A	Amministratore Delegato, Direttore Generale
B	Dirigenti
C	Quadri Direttivi
D	Altri Dipendenti, compresi lavoratori parasubordinati e interinali

Per le categorie identificate non si darà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.
La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate, per il computo del premio, si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

	SOMME ASSICURATE		
CATEGORIA	**MORTE**	**INVALIDITA' PERMANENTE**	**INABILITA' TEMPORANEA** (somma giornaliera garantita)
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale	6 volte la RAL	7 volte la RAL	€ 300
B. Dirigenti	6 volte la RAL	7 volte la RAL	Garanzia non operante
C. Quadri Direttivi	6 volte la RAL	7 volte la RAL	Garanzia non operante
D. Altri Dipendenti, compresi lavoratori parasubordinati e interinali	5 volte la RAL	6 volte la RAL	Garanzia non operante

	LIMITI DI MASSIMO INDENNIZZO	
CATEGORIA	**MORTE**	**INVALIDITA' PERMANENTE**
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale	€3.000.000	€3.300.000
B. Dirigenti	€2.100.000	€2.450.000
C. Quadri Direttivi	€2.100.000	€2.450.000
D. Altri Dipendenti, compresi lavoratori parasubordinati e interinali	€500.000	€600.000

	RETRIBUZIONI ANNUE LORDE PREVENTIVATE
CATEGORIA	**Retribuzioni complessive annue lorde preventivate**
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale	€ 2.057.551,68
B. Dirigenti	

C. Quadri Direttivi	
D. Altri Dipendenti, compresi lavoratori parasubordinati e interinali	€ 9.325.496,18

ART. 6 ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI

Agli effetti assicurativi, per retribuzione di fatto s'intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura, purché sul tutto sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione.

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione di fatto annua dell'infortunato quella percepita nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicato per le mensilità di contratto; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 (dodici) mesi precedenti per i titoli di cui sopra, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Per i dipendenti che non abbiano raggiunto il mese di servizio e per quelli assunti temporaneamente, per liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella che si ottiene moltiplicando per 365 (trecentosessantacinque) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.

Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione della Contraente, libri che questa si impegna ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore di fare accertamenti e controlli.

ART. 7 ASSICURABILITA'

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione altresì cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Le garanzie assicurative, inoltre, non valgono per le persone di età maggiore di 75 anni.

ART. 8 MORTE

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dall'Assicuratore ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile ai termini del presente Capitolato di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

ART. 9 INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, l'Assicuratore liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche eventualmente intervenute, con rinuncia da parte dell'Assicuratore all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata 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 trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

ART. 10 INABILITA' TEMPORANEA (valida solo per la Categoria A - Amministratore Delegato, Direttore Generale)

Se l'infortunio ha per conseguenza una Inabilità Temporanea dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, l'Assicuratore liquida la diaria assicurata:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate;
- al 50%, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

L'indennità per Inabilità Temporanea che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.
Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni da quello dell'infortunio.
Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'ART. 1 SEZIONE IV- *DENUNCIA DEI SINISTRI - OBBLIGHI DELLE PARTI RELATIVI ALLA SEZIONE INFORTUNI* la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Assicuratore possa stabilire una data anteriore, dandone dettagliata motivazione nella proposta di risarcimento.

ART. 11 CUMULO DI INDENNITA'
L'indennizzo per Inabilità Temporanea è cumulabile con quello per Morte o per Invalidità Permanente.
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 muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso Morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.
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, l'Assicuratore paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 12 SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO
L'Assicuratore rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio risarcibile ai termini del Capitolato di polizza, il costo delle cure mediche sostenute fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo di €20.000 (ventimila/00).
Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a 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 fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi;
- spese per uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento.

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

ART. 13 FRANCHIGIA
L'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato con le seguenti modalità:

CATEGORIA	FRANCHIGIA
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale	RISCHI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI: l'indennizzo verrà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia.
B. Dirigenti	
C. Quadri Direttivi	
D. Altri Dipendenti, compresi lavoratori parasubordinati e interinali	RISCHI PROFESSIONALI: l'indennizzo verrà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia. RISCHI EXTRAPROFESSIONALI: l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato con la deduzione di una franchigia assoluta del 3%; in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 7% la franchigia di

	cui sopra s'intende annullata.

SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

(Garanzia valida esclusivamente per la categoria A - Amministratore Delegato, Direttore Generale e per la categoria B – Dirigenti)

ART. 14 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'assicurazione si intende estesa, per l'Amministrazione Delegato, il Direttore Generale e i Dirigenti, al caso di invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi durante il periodo di copertura**.**

ART. 15 CATEGORIE E SOMME ASSICURATE
La presente polizza è stipulata per tutte le categorie riportate nella tabella seguente, per le quali la Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa.

CATEGORIA	CAPITALE GARANTITO PROCAPITE	NUMERO PREVENTIVO ASSICURATI
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale	€300.000	9
B. Dirigenti		

ART. 16 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI
Sono esclusi dalla garanzia le Invalidità Permanenti da Malattia derivanti da:

a) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o dall'uso a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, di stupefacenti, di allucinogeni;
b) trasmutazione del nucleo dell'atomo, nonché da radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
c) malattie professionali di cui al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche;
d) eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezione a carattere generale;
e) dolo dell'assicurato.

ART. 17 ASSICURABILITA'
Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, infermità mentali; l'assicurazione altresì cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.
Le garanzie assicurative, inoltre, non valgono per le persone di età maggiore di 75 anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del sessantacinquesimo anno di età.

ART. 18 CRITERI DI LIQUIDAZIONE
In caso di accertata Invalidità Permanente da Malattia si conviene che non si darà luogo ad indennizzo quando la stessa sia di grado inferiore al 25% della totale. Se invece essa risulterà superiore o pari al 25% della totale, l'Assicuratore liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
25	1
26	3
27	5
28	7
29	9
30	11
31	13

32	15
33	17
34	19
35	21
36	23
37	25
38	27
39	29
40	31
41	33
42	35
43	37
44	39
45	41
46	43
47	45
48	47
49	49
50	52
51	55
52	58
53	61
54	64
55	67
56	70
57	73
58	76
59	79
60	82
61	85
62	88
63	91
64	94
65	97
66	100
Oltre 66	100

La percentuale di invalidità permanente viene accertata con riferimento alla tabella allegata al T.U. sulla assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e per le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche non prima che sia decorso un anno dalla denuncia e comunque non oltre 18 mesi da tale data.
Nei casi di Invalidità Permanente da Malattia non specificati nella predetta tabella, l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa generica dell'Assicurato.
La visita sarà effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico dell'Assicuratore, i quali definiranno e concorderanno il grado di invalidità permanente.
In caso di controversie vale quanto previsto dall'articolo C*OLLEGIO MEDICO*.

ART. 19 CUMULO DI INDENNITA'
La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quella di Invalidità Permanente da Infortunio.

SEZIONE IV
CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 1 DENUNCIA DEI SINISTRI – OBBLIGHI DELLE PARTI RELATIVI ALLA SEZIONE INFORTUNI

A parziale deroga dell'Art. 1913 Codice Civile, i Sinistri devono essere denunciati per iscritto all'Assicuratore per il tramite del Broker entro 90 (novanta) giorni lavorativi, da quando la richiesta di risarcimento o la contestazione è pervenuta all'ufficio preposto della Contraente.

L'Assicurato, tramite il Broker, deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, una descrizione contenente le informazioni necessarie ad una corretta comprensione dei fatti, i documenti relativi al Sinistro, adoperandosi alla raccolta di tutti gli elementi utili ed a coadiuvare all'Assicuratore per la migliore soluzione della pratica.

L'Assicuratore dovrà dare comunicazione al Broker dell'apertura del Sinistro e dei relativi estremi entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della denuncia del Sinistro.

Nel suddetto termine l'Assicuratore si obbliga a comunicare al Broker l'eventuale rifiuto all'apertura del Sinistro, motivandola dettagliatamente rispetto agli obblighi contrattuali.

ART. 2 DENUNCIA DEI SINISTRI – OBBLIGHI DELLE PARTI RELATIVI ALLA SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

A parziale deroga dell'Art. 1913 Codice Civile, l'Assicurato per il tramite del Broker deve denunciare all'Assicuratore qualsiasi malattia che, secondo parere medico, abbia provocato o possa provocare una Invalidità Permanente indennizzabile ai termini del presente Capitolato di polizza; la denuncia deve essere effettuata entro 90 (novanta) giorni,dal rilascio del relativo certificato o dal giorno in cui all'ufficio competente della Contraente è pervenuta la richiesta di risarcimento o la contestazione.

L'Assicuratore dovrà dare comunicazione al Broker dell'apertura del Sinistro e dei relativi estremi entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della denuncia del Sinistro.

Nel suddetto termine l'Assicuratore si obbliga a comunicare al Broker l'eventuale rifiuto all'apertura del Sinistro, motivandola dettagliatamente rispetto agli obblighi contrattuali.

ART. 3 COLLEGIO MEDICO

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o durata della Inabilità Temporanea, l'Assicuratore e l'Assicurato si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici, di decidere a norma e nei limiti delle condizioni del presente Capitolato di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che l'Assicuratore comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto, di comune accordo tra l'Assicuratore e l'Assicurato, tra una terna di medici proposta dai primi due medici; in caso di disaccordo il terzo medico verrà designato dal Segretario dell'Ordine dei Medici della Provincia di residenza dell'Assicurato.

Costituito il Collegio Medico lo stesso svolgerà le proprie attività con le modalità che riterrà più opportune fermo restando che qualora sia necessaria la presenza dell'Assicurato, i tempi, le modalità e il luogo saranno concordati con l'Assicurato stesso. Il Collegio Medico, al termine delle attività, redigerà un verbale contenete le decisioni assunte in ordine a quanto oggetto del mandato.

L'Assicuratore e l'Assicurato sosterranno ciascuno le proprie spese, compresi gli onorari del medico da essi designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti - anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale - le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo in caso di dolo, errore, violenza o di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso ogni qualsivoglia azione od eccezione inerente l'indennizzabilità del danno**.**

ART. 4 LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore provvederà, entro 30 (trenta) giorni, ad inviare la proposta di risarcimento all'Assicurato ed al Broker.

L'Assicuratore provvederà alla liquidazione di quanto previsto dalla proposta di risarcimento, entro 20 (venti) giorni, dall'accettazione della proposta stessa e firma della relativa quietanza.

In caso l'Assicurato proponga di convocare il Collegio Medico, l'Assicuratore provvederà alla liquidazione del risarcimento, entro 20 (venti) giorni, dalla data del verbale del Collegio Medico, sempre che non sia stata fatta opposizione.

ART. 5 OBBLIGO DI FORNIRE I DATI DELL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, semestralmente ed entro il 15° giorno del mese successivo al mese di riferimento, dovrà fornire alla Contraente per tramite del Broker, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, un elenco riepilogativo dei Sinistri denunciati dall'inizio del Contratto di Assicurazione.

Tale elenco sarà così articolato:

- Sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società
- Data di accadimento del sinistro
- Data di denuncia del sinistro
- Descrizione del sinistro
- Tipologia Sinistro (professionale, extraprofessionale, IPM)
- IP accertata
- Stato del sinistro così come descritto di seguito:
  - Sinistro riservato con indicazione dell'importo a riserva
  - Sinistro pagato parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento
  - Sinistro liquidato con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento
  - Sinistro senza seguito

Numero sinistro	Data di accadimento	Data di denuncia	Descrizione del sinistro	Tipologia Sinistro	IP accertata	Stato del sinistro	Importo riservato	Importo liquidato	Data di pagamento

L'Assicuratore dovrà fornire lo stesso riepilogo nel caso di ogni altra richiesta da parte della Contraente ed entro 15 (quindici) giorni dalla richiesta medesima.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono alla Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

Rimane fermo l'obbligo dell'Assicuratore di fornire tali dati, nei termini di cui sopra, anche dopo la scadenza del presente Contratto e fino al termine della chiusura dei sinistri denunciati.

SEZIONE V
CONDIZIONI PARTICOLARI

ART.1 MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai termini del presente Capitolato di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Art. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che l'Assicuratore ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

ART.2 ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

L'Assicuratore, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalla SEZIONE IV - *CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA*, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es: perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

ART.3 ERNIE TRAUMATICHE DA SFORZO

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'ART.2, SEZIONE IV, - *RISCHI INCLUSI NELL'ASSICURAZIONE*, si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

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

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'ART. 3 SEZIONE IV.

ART. 4 CALAMITÀ NATURALI

La garanzia comprende gli infortuni che gli assicurati subiscano in conseguenza di movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche. Nel caso di sinistro che colpisca più assicurati in occasione di un medesimo evento, l'onere a carico della Società non potrà superare l'importo di €20.000.000 (ventimilioni/00).

ART. 5 RISCHIO VOLO

La garanzia comprende anche gli infortuni che l'assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, tranne che

- ✓ da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri
- ✓ da Aeroclub.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa quando ne è disceso.

In caso di sinistro l'Assicuratore non potrà essere chiamato a risarcire un indennizzo complessivo superiore all'importo di € 20.000.000 (ventimilioni/00) qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile..

ART. 6 RISCHIO GUERRA
A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1912 del Codice CIvile, la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti dallo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, ordigni di guerra per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità o insurrezioni, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

ART. 7 CONTAMAINAZIONE BIOLOGICA/NUCLEARE
Per gli infortuni derivanti, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica e/o nucleare, l'Assicuratore non potrà essere chiamato a risarcire un indennizzo complessivo per sinistro e per anno (o minor periodo) superiore ad €3.000.000 (tremilioni/00).

ART. 8 ESONERO DENUNCIA DI INFERMITA' E DIFETTI
Fermo restando quanto disposto dalla SEZIONE III - *CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI*, si dà atto che la Contraente è esonerata dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del Contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.
In caso di infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal Capitolato di polizza.

ART. 9 DANNI ESTETICI
Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente Contratto, l'Assicuratore riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato allo scopo di ridurre o eliminare il danno fino a concorrenza di €40.000 (quarantamila/00) per evento.

ART. 10 RADDOPPIO DEL CAPITALE IN CASO DI COMMORIENZA
Se il medesimo infortunio provoca la morte dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato
e se i loro figli minorenni risultano beneficiari dell'assicurazione, l'Assicuratore paga una seconda volta la somma convenuta per il caso Morte con il massimo di €250.000 (duecentocinquantamila/00).

ART. 11 RADDOPPIO DEL CAPITALE IN CASO DI MORTE DA CIRCOLAZIONE STRADALE
L'Assicuratore corrisponderà il doppio dell'indennità prevista per il caso di morte, per infortuni causati dalla circolazione stradale e subiti dagli Assicurati nella loro qualità di:

- conducenti, abilitati a norma delle disposizioni in vigore, di qualsiasi mezzo pubblico o privato;
- trasportati, su mezzi di locomozione pubblici o privati, a condizione che tali mezzi siano abilitati al trasporto di persone;
- pedoni, limitatamente agli infortuni subiti per effetto della circolazione di veicoli.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse, gare, allenamenti e prove.
La somma aggiuntiva corrisposta dall'Assicuratore in base alla presente estensione non potrà superare l'importo di €250.000 (duecentocinquantamila/00), e non è cumulabile con l'estensione di cui al precedente Art. 10 - *RADDOPPIO CAPITALE IN CASO DI COMMORIENZA*.

ART. 12 RAPINA, TENTATA RAPINA, SEQUESTRO DI PERSONA
Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, l'Assicuratore corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta comunque convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggiore indennizzo da corrispondere non potrà, in ogni caso, superare l'importo di €250.000 (duecentocinquantamila/00).

ART. 13 MORSI DI ANIMALI, PUNTURE DI INSETTI
Resta convenuto tra le Parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obbiettivamente accertate ed avvelenamenti che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali con esclusione della malaria e del carbonchio, ma con l'inclusione delle infezioni carbonchiose causate da ferite e/o abrasioni risarcibili ai termini del presente Capitolato di polizza.

ART. 14 MALATTIE TROPICALI
Resta convenuto tra le Parti che, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, la garanzia è estesa alle malattie tropicali da cui gli Assicurati fossero colpiti durante il soggiorno in tutto il Mondo, con l'intesa che per malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. del 1938 e successive modificazioni.
Resta convenuto inoltre che:

- la valutazione dell'Invalidità permanente sarà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati ai termini del presente Capitolato di polizza per il caso di Invalidità Permanente;
- non si farà luogo ad indennizzo quando il grado di Invalidità Permanente è pari o inferiore al 15%, se invece l'Invalidità Permanente risulta superiore a detta percentuale, l'indennizzo viene liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
- il periodo utile massimo, per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma delle presenti disposizioni per il rischio delle malattie tropicali, viene fissato in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

ART. 15 MALATTIE PROFESSIONALI (valida solo per categoria A - Amministratore Delegato, Direttore Generale e per la categoria B – Dirigenti)
L'assicurazione viene estesa alle malattie professionali che si manifestino nel corso di validità del presente Contratto e che producano la Morte o riducano l'attitudine al lavoro.
La valutazione dell'Invalidità Permanente da malattia professionale sarà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati ai termini del presente Capitolato di polizza per il caso di Invalidità Permanente.

ART. 16 GRAVE INVALIDITA' PERMANENTE
Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile in base al presente Capitolato o di malattia professionale, per quest'ultima limitatamente alle categorie per cui è prevista, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta al 50%, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente viene liquidata al 100%.

ART. 17 SPORT PERICOLOSI
Si conviene che l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, escluso comunque il paracadutismo, sports aerei in genere.

ART. 18 RIENTRO SANITARIO
In caso di infortunio e/o malattia improvvisa all'Estero e qualora l'Assicurato necessiti, a giudizio dei medici curanti presso la struttura ospedaliera in cui si trova ricoverato, di un trasferimento in una struttura ospedaliera in Italia, più idonea e specializzata alle cure del caso, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato le spese per il trasporto aereo sanitario:

A. in un ospedale attrezzato in Italia per il prosieguo delle cure e/o ulteriori indagini diagnostiche;
B. presso la sua residenza.

Tale mezzo potrà essere:

- aereo sanitario (previsto solo per i Paesi Europei e per i Paesi del Bacino Mediterraneo);
- aereo di linea classe economica, se necessario con posto barellato.

Le spese per il trasporto, la sua organizzazione e l'eventuale costo del personale sanitario necessario durante il rientro, sarà a carico dell'Assicuratore fino ad €50.000 (cinquantamila/00).
La prestazione non verrà fornita in quei casi in cui si contravvenga a norme sanitarie nazionali o internazionali.

Rimpatrio della salma
Qualora il decesso dell'assicurato a seguito di infortunio avvenga durante la sua permanenza all'estero, la Società rimborserà le spese necessarie per il trasporto della salma dal luogo del decesso al luogo di sepoltura in Italia, fino alla concorrenza di €5.000 (cinquemila/00)

SEZIONE VI
CALCOLO DEL PREMIO

ART. 1 ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Il premio per ogni Periodo Assicurativo annuo (ed eventuali proroghe) è determinato in base all'applicazione dei tassi e dei premi pro-capite, risultanti dall'offerta economica presentata dall'Assicuratore, che rimangono fissi per l'intera durata del Contratto.

Il premio per ogni annualità assicurativa è determinato come segue:

SEZIONE INFORTUNI	PARAMETRO	PREMI (come risultanti dall'offerta economica presentata dall'Assicuratore)	
		Tasso lordo annuo %	Premio lordo annuo
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale B. Dirigenti C. Quadri Direttivi	2.057.551,68	‰	€
D. Altri Dipendenti, compresi lavoratori parasubordinati e interinali	9.325.496,18	‰	€

SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE	PARAMETRO	PREMI (come risultanti dall'offerta economica presentata dall'Assicuratore)	
CATEGORIA	NUMERO PREVENTIVO ASSICURATI	PREMIO PRO-CAPITE	PREMIO TOTALE
A.Amministratore Delegato, Direttore Generale	9	€	€
B.Dirigenti			

Scomposizione del premio

Premio imponibile annuo	Imposte	Premio lordo annuo
€	€	€

SEZIONE VI
CONDIZIONI SPECIALI

L'aggiudicatario dovrà riportare in questa sezione le varianti migliorative concesse.

Dichiarazione
Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, Equitalia Giustizia S.p.A. e l'Assicuratore dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

ART. 1 SEZIONE II - DURATA DEL CONTRATTO;
ART. 3 SEZIONE II - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA
ART. 6 SEZIONE II- AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO
ART. 13 SEZIONE II - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE
ART. 14 SEZIONE II - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI
ART. 15 SEZIONE II - CLAUSOLA BROKER
ART. 19 SEZIONE II- RINUNCIA ALLA RIVALSA

Disposizione finale
Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.
La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione**.**

La Società **Il Contraente**