

CAPITOLATO DI POLIZZA

INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra

	<u>Azienda</u> USL Latina
	Centro Direzionale Latina Fiori Pal. G 2 – Viale Pierluigi Nervi snc
	04100 Latina
	P.I. 01684950593

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	_____
Alle ore 24.00 del :	_____

INDICE

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DEL RISCHIO	pag. 4
Art. 1 - Descrizione rischio	pag. 4
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	pag. 5
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	pag. 5
Art. 2 - Altre assicurazioni	pag. 5
Art. 3 - Durata e proroga dell'assicurazione	pag. 5
Art. 4 - Pagamento del premio	pag. 6
Art. 5 - Regolazione premio	pag. 6
Art. 6 - Recesso a seguito di sinistro	pag. 6
Art. 7 - Assicurazione per conto di chi spetta	pag. 7
Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	pag. 7
Art. 9 - Oneri fiscali	pag. 7
Art. 10 - Foro competente	pag. 7
Art. 11 - Interpretazione del contratto	pag. 7
Art. 12 - Coassicurazione e delega (opzionale)	pag. 7
Art. 13 - Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa	pag. 8
Art. 14 - Rinvio alle norme di legge	pag. 9
SEZIONE 3 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	pag. 9
Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione	pag. 9
Art. 2 - Estensioni di garanzia	pag. 9
Art. 3 - Infortuni aeronautici	pag. 10
Art. 4 - Limiti territoriali e di risarcimento	pag. 10
Art. 5 - Esonero denuncia generalità degli assicurati	pag. 11
Art. 6 - Limiti di età	pag. 11
Art. 7 - Esclusioni	pag. 11
Art. 8 - Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili	pag. 11
SEZIONE 4 – NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO	pag. 12
Art. 1 – Obblighi in caso di sinistro	pag. 12
Art. 2 - Criteri di indennizzabilità	pag. 12
Art. 3 - Morte	pag. 12
Art. 4 - Invalidità permanente	pag. 13
Art. 5 - Inabilità temporanea	pag. 14
Art. 6 - Cumulo di indennità	pag. 15
Art. 7 - Controversie e collegio arbitrale	pag. 15
Art. 8 - Liquidazione dell'indennità	pag. 15
Art. 9 - Rinuncia all'azione di surroga	pag. 15
Art. 10 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio	pag. 15
SEZIONE 5 - CATEGORIE E SOMME ASSICURATE - PREMIO LORDO ANNUO	pag. 16
Art. 1 - Categorie e Somme assicurate	pag. 16
Art. 2 - Premio lordo annuo	pag. 19
Art. 3 - Disposizione finale	pag. 20

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DEL RISCHIO

Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta
Assicurato	La persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società/Assicuratori	La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione
Broker	La Aon S.p.A. al quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione
Premio	La somma dovuta dalla Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate a termini della presente assicurazione
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità.
Invalidità permanente	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Art. 1 – Descrizione rischio

Le garanzie della presente polizza sono prestate per i rischi di morte ed invalidità permanente a seguito di infortunio, subito dalle diverse categorie di personale dipendente e/ convenzionato, come indicato all'interno della polizza, per le quali sussistono obblighi di copertura assicurativa in capo al Contraente.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C..

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i sinistri che avessero colpito gli assicurati con polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art.2 - Altre assicurazioni

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Art. 3 – Durata e proroga dell'assicurazione

Il presente contratto ha validità dalle ore 24,00 del _____ alle ore 24,00 del _____ e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Il contratto potrà eventualmente essere rinnovato per una ulteriore annualità alle medesime condizioni, ai sensi dell'art. 63 comma 5 del D.LGS. 50/2016 e s.m.i.

Il Contraente si riserva inoltre la facoltà di recedere dal contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia, mediante comunicazione raccomandata, inviata almeno 90 giorni prima della data di scadenza.

Si conviene infine che alla scadenza del contratto o in caso di rescissione per sinistro, al Contraente spetterà la facoltà di chiedere una proroga di ulteriori 90 giorni, al fine di consentire il regolare espletamento di una nuova procedura gara. Tale proroga sarà obbligatoriamente concessa dalla Società previo pagamento di un premio addizionale pro-rata.

Art. 4 – Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio viene pagato entro il 60° giorno dalla data di effetto, in caso contrario la polizza decorre dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Qualora il premio non fosse corrisposto entro i termini suindicati, i sinistri accaduti prima del pagamento del premio non potranno essere indennizzati.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi dovranno essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società o al Broker al quale è assegnata la polizza.

La Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il broker designato e che tale pagamento è liberatorio per il Contraente. Farà fede ai fini della copertura assicurativa la data di comunicazione scritta del broker alla Società.

Art. 5– Regolazione premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante il periodo riferito all'esercizio precedente negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, l'Ente Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per il conguaglio.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla presentazione all'Ente Contraente della relativa appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata o ritardata comunicazione dei dati di regolazione o di ritardato o mancato pagamento del premio di conguaglio, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

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

Art. 6- Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni da darsi con lettera raccomandata.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

Art. 7 – Assicurazione per conto di chi spetta

Poiché la presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

Art. 8- Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata anche a mano od altro mezzo (telefax, e-mail o simili) indirizzata alla Società.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta della polizza ed il recesso per sinistro che ciascuna delle Parti è tenuta ad inviare direttamente all'altra parte nei termini e modalità previsti dalla presente polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali

Sono a carico del Contraente le imposte e gli altri oneri presenti e futuri stabiliti per legge in conseguenza del contratto.

Art.10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art.11 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art.12 - Coassicurazione e delega (opzionale)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al broker designato e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dal broker, il quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento, se avvenuto per il tramite del broker, verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Art.13 – Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa

a) La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i.;

b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede il Contraente.

c) Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla Società e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, qualora, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dalla Società sia rilevato il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c.

La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola presente risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto

Art. 14 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali) compreso il rischio in itinere.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti in genere, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.

Art.2 - Estensioni di garanzia

Rischio Guerra

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Morte Presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

Danni Estetici

In caso di infortunio non escluso dal presente contratto, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 2.600,00= le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 3 - Infortuni aeronautici

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.033.000,00 per il caso di morte, € 1.033.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e € 258,23 giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di € 5.164.568,99 per il caso morte, € 5.164.568,99 per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.164,57 giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art.4 - Limiti territoriali e di risarcimento

La presente assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.164.568,99

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art.5 - Esonero denuncia generalità degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità di tutte le persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione e/o registri tenuti dal Contraente.

Art. 6 – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settantacinque anni.

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

Art.7 - Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 2 Sez. 3 - Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.
- g) i rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (NUCLEAR ENERGY RISKS EXCLUSION CLAUSE NMA 1975° 1994).
- h) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 8 - Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

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

indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE 4 – NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 1 – Obblighi in caso di sinistro

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 30° giorno dall'infortunio o dal momento in cui l'Ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi del Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Relativamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio (per le categorie di assicurati aventi diritto) il rimborso delle spese sostenute viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi quali, notule del medico, ricevute del farmacista, fatture e/o altri documenti dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili.

La domanda per il rimborso di dette spese corredata dai documenti giustificativi di cui sopra deve essere presentata alla Società entro il 90° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica.

Art. 2- Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità convenuta, in favore degli aventi diritto, in caso di decesso, di invalidità permanente e, se compresa in polizza per le singole categorie, di inabilità temporanea dell'Assicurato, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di valutazione del danno sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 3- Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Società

liquida la somma assicurata per il caso morte, indicata per ciascuna categoria nella scheda della Sezione 5

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile (vedi precedente art. 2 Sez. 3 di polizza).

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

Art. 4 - Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà a tale titolo una indennità, calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente indicata per ciascuna categoria nella scheda della Sezione 5.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvato con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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

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

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

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o

arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

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

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

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

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 7 della presente Sezione.

Art. 5 - Inabilità temporanea (valida esclusivamente per quelle categorie per le quali sia indicata la relativa somma assicurata alla Sezione 5)

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni.

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità totale o parziale dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 5, se prevista per la categoria, fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità

Relativamente alla categoria Medici Specialistici Ambulatoriali, la Società corrisponderà per i primi tre mesi durante i quali l'Assicurato non ha potuto attendere alle sue occupazioni una indennità giornaliera pari al 50% della somma per essi assicurata ed indicata alla successiva Sezione 5; per i mesi successivi l'indennità è liquidata al 100% della somma assicurata.

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

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

Art. 6 - Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella 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, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il 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, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 7 - Controversie e collegio arbitrale

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso il domicilio dell'Assicurato. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

Art. 8 - Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione da parte della Società.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 9 - Rinuncia all'azione di surroga

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

Art.10 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso e completo dei dati identificativi del danneggiato e del numero di repertorio assegnato:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato e data liquidazione);
- d) sinistri respinti.

E' fatto inoltre obbligo alla Società entro 180 giorni dalla ricezione di ogni denuncia segnalare l'esistenza di eventuali scoperture assicurative in quanto in assenza di tale dichiarazione il sinistro sarà considerato in garanzia ed assoggettato alle ordinarie procedure di liquidazione.

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

SEZIONE 5 - CATEGORIE E SOMME ASSICURATE – PREMIOLORDO ANNUO**Art.1 – Categorie e Somme assicurate**

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie di seguito indicate, per rischi, prestazioni e somme riportate nelle relative tabelle.

Cat. A) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

Rischi assicurati come da Accordo collettivo nazionale del 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78 e dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.033.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 155,00.= giornaliera (ridotta al 50% per i primi 3 mesi) per un massimo di 300 giorni

Cat. B) MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI E FISCALI

Rischi assicurati come da DPR 484 del 22/07/1996 - Accordo collettivo nazionale 23 Marzo 2005 : infortuni professionali.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 775.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00.= giornaliera per un massimo di 300 giorni

CAT. C) MEDICI CHE ESPLICANO IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Rischi Assicurati: come da DPR270 del 28/07/2000 - Accordo collettivo nazionale 23 Marzo 2005.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 775.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 775.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00.= giornaliera per un massimo di 300 giorni

Cat. D) BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI

Rischi assicurati: come da Accordo collettivo nazionale del 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art.8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.033.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 155,00.= giornaliera (ridotta al 50% per i primi 3 mesi) per un massimo di 300 giorni

Cat. E) MEDICI VETERINARI AMBULATORIALI

Rischi assicurati: come da Accordo collettivo nazionale del 23 Marzo 2005 con correzioni del 3 novembre 2005 ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art.8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.033.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 1.033.000,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 155,00.= giornaliera (ridotta al 50% per i primi 3 mesi) per un massimo di 300 giorni

Cat. F) VOLONTARI

Rischi Assicurati: la garanzia è riferita agli infortuni subiti dai volontari durante l'attività di volontariato presso tutte strutture della Contraente.

Per la loro identificazione si farà riferimento all'apposito registro tenuto dall'associazione di Volontariato nel rispetto di quanto previsto dalla Legge Quadro n. 266 dell'11.08.1991 e relativo DM del 14.02.1992.

Tra le attività di volontariato rientrano, tra gli altri, anche i seguenti servizi:

- accompagnamento in auto al domicilio di pazienti dimessi dalle strutture della Contraente;
- accompagnamento di pazienti dal loro domicilio alle strutture della Contraente per terapie ambulatoriali;
- accompagnamento di pazienti dimessi presso istituti di riabilitazione in genere fuori dalle strutture della Contraente.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali la Contraente è tenuta ad esibire in qualsiasi momento l'elenco dei volontari che hanno accesso alle strutture tutte della Contraente.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 55.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 77.500,00
Diaria da ricovero	€ 26,00 giornaliera

Cat. G) DONATORI DI SANGUE, DONATORI DI PIASTRINE, DI PLASMOFERESI E DI CELLULE STAMINALI

Rischi assicurati : Infortuni avvenuti durante la donazione sia durante le visite di controllo negli ambulatori, inclusi il rischio in itinere e le conseguenze derivanti dalla donazione, compresa la plasmafelisi del sangue e le conseguenze derivanti dalle operazioni di citoafelisi e leucoafelisi.

Inoltre è garantito il rimborso delle spese mediche sostenute in Istituti di cura non accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale, fino a concorrenza del massimale assicurato ed in eccedenza alle spese non riconosciute, in tutto o in parte, dal Servizio Sanitario Nazionale, per:

- onorari dei medici, chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami di laboratorio ed altri accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso;

- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure e 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 dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'assicurato.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 258.500,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 258.500,00.=
Caso Inabilità Temporanea	€ 52,00.= giornaliera
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 2.600,00.=

Cat. H) DIPENDENTI IN MISSIONE

Rischi assicurati: come da DPR 384 del 28/11/1990 e successivi CCNL comparto stipulato il 07.04.1999 – art. 25 e CCNL Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica ed Amministrativa stipulato il 08.06.2000 – art. 24: Infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di conducente di veicoli, per incidenti di circolazione dal momento in cui sale a bordo del veicolo a quello in cui ne discende; l'assicurazione vale anche mentre egli, in caso di fermata accidentale, si trova a terra per eseguire le operazioni necessarie a consentire al veicolo di riprendere la marcia.

Sono assicurati nella presente categoria:

1. i dipendenti autorizzati dalla Contraente a servirsi in occasione di missioni e per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio di veicoli propri o di altro familiare convivente, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio; per la identificazione degli Assicurati e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti della Contraente attestanti:

- I. data e luogo della missione e/o servizio;
- II. generalità dell'assicurato autorizzato alla missione/servizio;
- III. numero dei chilometri percorsi limitatamente alla missione – adempimento di servizio effettuati con utilizzo di veicoli privati (esclusi quelli della Contraente);
- IV. dichiarazione redatta dalla Contraente, e da presentare alla Società in caso di sinistro, attestante che il conducente era in missione/servizio con il proprio veicolo per conto e su autorizzazione della stessa Contraente

2. i conducenti dei veicoli in proprietà o in locazione, uso, comodato alla Contraente.

La presente garanzia è estesa al Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario della Contraente.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 155.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 155.000,00.=

Cat. I) SOGGETTI CHE EFFETTUANO LAVORI DI PUBBLICA UTILITA' A SEGUITO DI CONDANNE

Rischi Assicurati: la garanzia è riferita agli infortuni subiti dagli assicurati durante l'attività svolta presso tutte le strutture della Contraente.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 155.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 155.000,00.=

Per tutte le categorie assicurate con la presente polizza le garanzie si intendono prestate senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto per il caso Invalidità Permanente

Art. 2 – Premio annuo lordo

Il premio conteggiato in base ai costi finiti (inclusa l'imposta) sottoindicati, viene anticipato in via provvisoria sui seguenti preventivi annui denunciati dalla Contraente.

Categoria	Dato variabile	Premio annuo lordo o tasso annuo lordo	Totale premio annuo lordo
CAT. A) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	Numero Assicurati 90	Per ogni Assicurato €.....	€.....=
CAT. B) MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI E FISCALI	Numero Assicurati 54	Per ogni Assicurato €.....	€.....=
CAT. C) MEDICI CHE ESPLICANO IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	Numero Assicurati 127	Per ogni Assicurato €.....	€.....=
CAT. D) BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI	Numero Assicurato 1	Per ogni Assicurato €.....	€.....=
CAT. E) MEDICI VETERINARI AMBULATORIALI	Numero Assicurati 45	Per ogni Assicurato €.....	€.....=
CAT. F) VOLONTARI	Numero Assicurati 1	Per ogni Assicurato €.....	€.....=
CAT. G) DONATORI DI SANGUE ecc.	Numero Donazioni 14.000	Per ogni Donazione €.....	€.....=
CAT. H) DIPENDENTI IN MISSIONE	a) km percorsi con mezzo proprio 237.000 b) mezzi della Contraente 99	€.....per km percorso €per ogni mezzo della Contraente	€..... €.....
Cat. I) SOGGETTI CHE EFFETTUANO LAVORI DI PUBBLICA UTILITA' A SEGUITO DI CONDANNE	Numero Assicurato 1	Per ogni Assicurato €.....	€.....=
Totale Premio Lordo Annuo comprensivo di imposte			€.....=

PREMIO LORDO ANNUO: € _____

Premio annuo imponibile	€	
Imposte	€	
TOTALE	€	

Art.3 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.