

ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Contraente:



Scuola Normale Superiore
Piazza dei Cavalieri, 7
56126 Pisa
Codice Fiscale 8000 5050507

Periodo di efficacia dell'assicurazione:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| • Effetto dalle ore 24 del: | 31/12/2023 |
| • Scadenza alle 24 del: | 30/06/2028 |
| • Prima scadenza alle ore 24 del: | 30/06/2024 |
| • Frazionamento: | annuale |
| • Compagnia | |
| • N° Polizza | |
| • CIG | |

Sommario

1.	DEFINIZIONI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	4
2.	NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	4
1.	Variazione del rischio	4
2.	Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali	4
3.	Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo e colpa grave	4
4.	Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia	5
5.	Modifiche dell'Assicurazione	5
6.	Assicurazione presso diversi Assicuratori	5
7.	Recesso in caso di sinistro ed anticipata risoluzione del contratto	5
8.	Periodo di assicurazione	5
9.	Oneri Fiscali	5
10.	Foro competente	5
11.	Riferimento alle Norme di Legge	5
12.	Interpretazione del contratto	5
13.	Prevalenza	5
14.	Trattamento dati	6
3.	ATTIVITÀ ASSICURATA E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO	6
1.	Attività esercitata – Rischi Assicurati:	6
4.	NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	6
1.	Definizioni specifiche	6
2.	Soggetti Assicurati. Oggetto dell'Assicurazione	7
3.	Capitali Assicurati	7
4.	Determinazione e regolazione del premio	8
5.	NORME COMUNI	8
1.	Individuazione degli assicurati	8
2.	Regolazione premio	8
3.	Garanzie Incluse	8
4.	Persone non assicurabili	9
5.	Garanzie escluse	9
6.	Estensione territoriale	9
7.	Limiti di risarcimento	9
8.	Rischio volo	9
9.	Malattie tropicali	10
10.	Spese di rimpatrio	10
11.	Servizio di protezione civile	10
12.	Rimborso spese sanitarie	10
13.	Azione di rivalsa	10
14.	Esonero dichiarazione altre assicurazioni	10
15.	Esonero denuncia infermità difetti fisici e mutilazioni	10
16.	Invalidità permanente superiore al 50%	10
17.	Ernie Traumatiche	11
18.	Morte presunta	11
19.	Diaria	11
20.	Danni estetici e cure odontoiatriche	11
21.	Rischio Guerra	11
22.	Franchigie	11
23.	Anticipo dell'indennizzo	11
24.	Responsabilità del Contraente	12
6.	LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	12
1.	Denuncia dell'infortunio	12
2.	Criteri di indennizzabilità	12
3.	Liquidazione e relativa tempistica	13
4.	Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza	13
7.	NORME DIVERSE	13
1.	Clausola broker	14

	2.	Produzione di informazione sui Sinistri	14
	3.	Obbligo sulla tracciabilità dei pagamenti	14
8.		SOMME ASSICURATE - PREMIO UNITARIO	16
	1.	Somme assicurate	16
	2.	Determinazione del premio.....	16

1. DEFINIZIONI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Assicurazione:	il contratto di assicurazione;
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Beneficiario:	gli eredi dell'assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;
Broker:	il soggetto incaricato dal Contraente e riconosciuto dalla Società per la gestione ed esecuzione della polizza e cioè la società Area broker & QZ SPA di che agisce in qualità di Broker ai sensi dell'art. 109 D. Lgs. 209/2005
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione;
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Polizza:	il documento che prova l'Assicurazione;
Premio:	la somma dovuta dal contraente alla Società;
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono verificarsi;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Società:	l'impresa assicuratrice;

2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1. Variazione del rischio

1. 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 e non prevedibili, al momento della stipula del contratto.
2. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto al broker o all'Assicuratore. Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione dell'Amministrazione Contraente, (variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere dell'Amministrazione Contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte.
3. L'Amministrazione Contraente non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

2. Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda richiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Amministrazione, l'Assicuratore può segnalare all'Amministrazione contraente mediante il broker il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. Variazione del rischio e richiedere motivatamente, ai sensi dell'Art. 106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi e delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.
2. L'Amministrazione Contraente, entro 30 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, rimettendo al broker per la trasmissione alla società la propria controproposta di revisione.
3. In caso di accordo tra le parti, si provveda alla modifica del Contratto a decorrere dalla nuova annualità.

3. Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo e colpa grave

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravano il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 C.C., sempre che il Contraente e/o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

A parziale deroga all'Art. 1897 C.C., nei casi di diminuzione del rischio la riduzione di premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (al netto delle imposte) entro 60 giorni dalla

comunicazione, salvo il caso di regolazione, rinunciando allo scioglimento del contratto e alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini del sopra richiamato Art. 1897 C.C.

4. Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle **ore 24 del 31/12/2023** con copertura dallo stessa data anche se la Compagnia aggiudicataria avrà diritto al pagamento dei premi entro i 60 giorni successivi. Il termine di comporto di 60 giorni resta valido per le successive scadenze e per eventuali rinnovi, variazioni e regolazioni onerose. Decorso questo ulteriore termine l'assicurazione resta sospesa in pari data e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

5. Modifiche dell'Assicurazione

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

6. Assicurazione presso diversi Assicuratori

Se sulle medesime cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato è esonerato dall'obbligo di dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di sinistro l'Assicurato deve dare avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri.

7. Recesso in caso di sinistro ed anticipata risoluzione del contratto

Variante tabellare b a Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni. In tale caso la Società, entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso. Negli altri casi di anticipata risoluzione, sono dovuti alla Società, oltre ai premi scaduti e rimasti insoddisfatti, il premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione.

8. Periodo di assicurazione

La presente polizza decorre dalle ore 24.00 del 31/12/2023 e scadrà alle ore 24.00 del 30/06/2028. La scadenza annuale di polizza è fissata ad ogni 30/06 Il contratto cesserà irrevocabilmente e senza obbligo di disdetta alla scadenza di detto periodo.

Variante tabellare a Resta salva la possibilità del contraente e della società di disdettarlo ad ogni annualità con preavviso di 60 gg e la facoltà del Contraente di chiedere ed ottenere una proroga di **mesi 6 alla** scadenza del contratto, alle condizioni tecniche ed economiche in corso, per consentire l'espletamento della gara.

9. Oneri Fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente/Assicurato.

10. Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede la Contraente.

11. Riferimento alle Norme di Legge

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

12. 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.

13. Prevalenza

Tutte le condizioni generali, speciali ed aggiuntive dello stampato di polizza incompatibili con le presenti condizioni di assicurazione si intendono abrogate.

14. Trattamento dati

La Contraente consente al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e de D.Lgs 101/2018 anche appartenenti a categorie particolari di cui all'art.9, per l'adempimento degli obblighi contrattuali e per la difesa delle proprie ragioni per il tempo strettamente necessario.

3. ATTIVITÀ ASSICURATA E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO

1. Attività esercitata –:

La Scuola Normale Superiore, anche SNS nel proseguo, in qualità di Ente, esercita le attività che gli competono istituzionalmente per legge, per regolamento, per delibere, determine, convenzioni, nulla escluso né eccettuato. Sono comprese le attività di didattica, di formazione, di terza Missione, di ricerca anche sperimentale, pura ed applicata, ed i servizi di carattere amministrativo/gestionale, servizi di mensa e somministrazione, la proprietà e gestione degli istituti, collegi, aule e studentati, residenze per docenti anche in visita, la gestione di biblioteche, archivi e laboratori, e tutte le attività accessorie complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali comunque ed ovunque svolte, nulla escluso né eccettuato.

Con l'approvazione degli organi competenti l'Assicurato può assumere la gestione di tutti i servizi consentiti dalla legge e dal suo status giuridico.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca durante la partecipazione all'attività istituzionale organizzata dal contraente e per gli infortuni che l'assicurato subisca per la partecipazione presso terzi, in tutto il mondo, ad attività autorizzate dai responsabili di struttura del Contraente o sotto il patrocinio del Contraente stesso. A puro titolo esemplificativo e non limitativo si ritengono coperti gli infortuni subiti durante la frequenza, permanenza e trasferimento da struttura a struttura presso la Scuola Normale Superiore (sedi di Pisa, Firenze e Cortona), le altre istituzioni universitarie in Italia ed all'estero, la Scuola Superiore S. Anna di Pisa o l'Azienda per il Diritto allo Studio Universitario, la partecipazione ad iniziative o manifestazioni con esclusione di quelle a carattere agonistico sportivo, ad attività di ricerca compreso la frequentazione e l'uso di laboratori scientifici e scavi archeologici; rientrano in garanzia tutti gli infortuni occorsi nella medesima circostanza di cui sopra anche quando accaduti presso strutture equiparabili, assimilabili e/o collegate, o attraverso cui si esplica l'attività istituzionale del Contraente.

2. Soggetti assicurati

La presente polizza è stipulata dal Contraente per tutte le categorie di soggetti per le quali abbia l'obbligo o l'interesse ad assicurare e vale per gli infortuni subiti dagli assicurati in occasione di partecipazione alle attività della contraente e nell'esercizio delle mansioni dichiarate dalla Contraente.

4. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

1. Definizioni specifiche

"Infortunio": Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea;

"Invalidità Permanente": La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione;

"Morte" La perdita della vita. È considerata "morte", anche lo stato di coma irreversibile conseguente ad infortunio;

"Retribuzioni" La somma delle mercedi e degli stipendi;

"Rischi Professionali": Gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle proprie occupazioni professionali;

"Rischi Extraprofessionali": Gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

"Ricovero": Degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento;

2. Soggetti Assicurati. Oggetto dell'Assicurazione

La presente assicurazione per i capitali, alle condizioni e nei limiti nei limiti ed di seguito indicati, opera per:

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

1.a) i dipendenti, responsabili di strutture scientifiche, didattiche e di servizio, dirigenti dell'Ente di ogni livello, parasubordinati, temporanei, occasionali, a progetto, accessori;

1.b) i componenti (anche non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali e Accademici;

2.a) gli studenti, i laureandi, gli studenti stranieri che in forza di scambi culturali di vario genere frequentano le strutture dell'Ente e che partecipano alle attività organizzate dall'Ente

2.b) i dottorandi, assegnisti di ricerca, titolari di borse di studio, frequentatori di master, i laureati frequentatori, docenti in visita dagli istituti anche non Italiani e altri assimilabili

2.c) i soggetti che partecipano alle attività organizzate dall'Ente per tirocinio, formazione, aggiornamento, perfezionamento, specializzazione, sperimentazione, Terza missione;

2.d) i soggetti incaricati di svolgere prestazioni d'opera in favore di studenti portatori di handicap

2.e) i consulenti e tutti coloro che, a qualunque altro titolo, sono in rapporto con l'Ente. A puro titolo esemplificativo e non limitativo si citano:

- I. i soggetti impegnati a vario titolo per conto o con l'Ente in attività di didattica e di ricerca, sia presso le sedi universitarie sia presso terzi;
- II. cultori della materia e frequentatori;
- III. studenti delle scuole secondarie che a vario titolo svolgono attività presso le sedi dell'Ente o da quest'ultimo organizzate;
- IV. studenti anche con lavoro part time e collaborazioni ex D. Lgs 68/2012, residenti presso le strutture dell'Ente.

Relativamente agli assicurati di cui al punto 1(a e b) la copertura è operante quando si trovano alla guida di veicoli a motore e non di proprietà o in uso a qualunque titolo agli stessi o all'Ente, per motivi di servizio o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o a essi correlati; l'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile, ove non sia operante l'assicurazione obbligatoria di cui all'art 193 CdS, (art 122 D. Lgs 209/2005) la presente copertura opera anche a favore di trasportati..

Relativamente agli assicurati di cui al punto 2(a, b, c, d, e) la copertura è operante in occasione della frequentazione dell'Ente e partecipazione alle attività dello stesso, come anche nel corso delle attività da loro svolte in accordo e/o per l'Ente e/o autorizzate dall'Ente, anche al di fuori dell'Ente e presso terzi, in tutto il mondo (ad Es programma Erasmus o simili) compresa l'attività sportiva non agonistica organizzata dall'Ente e/o svolta nell'ambito di accordi e convenzioni con altri soggetti, compresa la partecipazione ad attività sportive nazionali ed internazionali, compresi i trasferimenti per, da e tra le strutture dell'Ente (Pisa, Firenze e Cortona), , la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, nonché qualsiasi altra struttura di didattica e laboratori anche di terzi per lo svolgimento delle suddette attività, compresa la guida di veicoli per lo svolgimento delle attività sopra descritte;

Capitali Assicurati

Ciascuna persona si intende assicurata per le seguenti somme e garanzie:

Tabella riepilogativa

Cat.	Qualifica	Parametro	Caso Morte	Caso I.P.	RSMO	Diaria	Franchigia IP
1	Amministratori e dipendenti	€ 17 milioni retribuzioni	€ 300.000,00	€ 360.000,00	€ 5.000,00	No	0 fino a € 100,000, 3% oltre € 100,000
2	Varie categorie	600 teste	Fino a 4 volte la retribuzione col massimo di € 300.000,00	Fino a 5 volte la retribuzione col massimo di € 360.000,00	€ 5.000,00	no	0 fino a € 100,000, 3% oltre 100,000

3. Determinazione e regolazione del premio

Il premio lordo annuo pro capite è determinato in base al Parametro indicato per ogni categoria di assicurati come risulta dal seguente conteggio. I parametri possono essere:

- Teste - il numero delle persone assicurate;
- Retribuzioni - la retribuzione lorda annua erogata alle persone, esclusi premi di produzione degli Assicurati;
- Giornate - il numero di giornate di attività svolte da ciascun soggetto;

Si conviene che il premio venga calcolato in base al parametro indicato, risultanti dalle scritture dell'Ente. Non si darà luogo a regolazione ove l'Ente dichiari una variazione inferiore al 20% in aumento o diminuzione dei parametri indicati

5. NORME COMUNI

1. Individuazione degli assicurati

L'Ente è esonerato dalla preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati, in quanto per l'individuazione degli stessi si farà riferimento agli appositi registri che la Contraente si obbliga a dare in visione in qualsiasi momento a persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

In caso di errore od omissione riguardante l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente ai singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione è dovuta a norma di legge o di CCNL, le parti convengono che l'assicurazione si intenderà comunque operante nei termini previsti dalle legge o dal CCNL con l'intesa che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura o del sorgere dell'obbligo, se successivo.

2. Regolazione premio

Considerato che il premio è calcolato su elementi variabili, si conviene che entro 120 (centoventi) giorni dalla scadenza dell'annualità assicurativa il Contraente fornirà alla Compagnia il consuntivo numerico degli Assicurati.

Il Contraente, in caso di regolazione attiva, procederà al pagamento del relativo premio nei termini stabiliti (90 giorni) che decorreranno dal ricevimento del documento di conguaglio inviato dalla Società.

La Società, In caso di regolazione passiva rimborserà Il Contraente entro 90 giorni dall'emissione della relativa appendice.

In caso di ritardata comunicazione dei dati di regolazione o di ritardato 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).

3. Garanzie Incluse

La garanzia è estesa ai seguenti eventi anche relativamente alla sezione B, ove compatibili:

- colpi di sole e di calore e altre conseguenze termiche;
- l'annegamento;
- l'asfissia anche di origine morbosa;
- l'assideramento ed il congelamento;
- la folgorazione;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;

- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- le alterazioni patologiche conseguenti a lesioni, morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- gli infortuni subiti in stato di maleore di incoscienza o conseguenti a colpi di sonno;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche grave;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, vandalismo, attentati a condizione che assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- infortuni derivanti da inondazioni e/o alluvioni;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di tutti i veicoli a motore e natanti;
- le lesioni causate da sforzi esclusi gli infarti;
- le lesioni corporali subite per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- La morte ed invalidità permanente in conseguenza di contaminazione da patogeni sul luogo di lavoro ove sia riconosciuto da Inail l'infortunio sul lavoro.

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

4. Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione sullo stato di salute persone cui sia stata diagnosticato, precedentemente all'infortunio una delle seguenti affezioni:

- Tossicodipendenza;
- alcolismo;
- disturbi schizofrenici o paranoidi;
- sindromi e disturbi mentali organici.

Sono inoltre escluse le persone che al momento della stipula del presente contratto, **abbiano già superato la soglia di 80 anni di età**. Coloro che superassero detta soglia in costanza di contratto saranno da ritenere assicurati fintanto che la polizza sarà in corso, compresi eventuali proroghe o rinnovi.

5. Garanzie escluse

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- dalla partecipazione a competizioni di velocità organizzate comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- da abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
- da proprie azioni delittuose;
- le conseguenze dirette e indirette di trasformazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto di terroristico o guerra.

6. Estensione territoriale

Le garanzie prestate valgono per i sinistri verificatisi in tutto il mondo.

7. Limiti di risarcimento

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate dalla presente polizza in conseguenza di un unico evento, si conviene che il limite massimo di risarcimento ammonta a € 5.000.000,00.

8. Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'assicurato subisca durante i viaggi in aereo, per motivi connessi all'attività lavorativa, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque esercitati tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclub.

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

9. Malattie tropicali

Le garanzie sono prestate per il rischio delle malattie tropicali da cui gli assicurati fossero colpiti durante soggiorni in tutto il mondo, con l'intesa che per malattie tropicali debbano intendersi quelle contemplate nel R.D. 28 del 07/03/1938 e ss.mm.

La validità della presente garanzia è subordinata al fatto che gli assicurati si siano sottoposti alle pratiche di profilassi prescritte dalle autorità sanitarie italiane.

10. Spese di rimpatrio

La garanzia viene estesa alle spese di rimpatrio che le persone assicurate (o l'Ente per esse) dovessero sostenere a seguito di infortunio occorso all'estero, nonché al rimborso delle spese sostenute in caso di decesso per il rimpatrio della salma.

Per tale estensione di garanzia è previsto un limite di € 12.500,00 per assicurato.

11. Servizio di protezione civile

L'assicurazione è estesa all'espletamento di attività e/o servizi di protezione civile svolte dagli assicurati per incarico del Contraente.

12. Rimborso spese sanitarie

Ove la garanzia sia prestata e nei limiti della somma indicata, nel caso che l'Assicurato, in conseguenza di infortunio, necessiti di prestazioni sanitarie, la Società di Assicurazione si impegna a rimborsare all'avente diritto, e fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, le spese sanitarie sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico-legali;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto in ambulanza alla casa di cura o all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari.

La Società di assicurazione effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

13. Azione di rivalsa

La Compagnia rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

14. Esonero dichiarazione altre assicurazioni

L'Ente Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di dichiarare l'esistenza di altre polizze assicurative per gli stessi rischi fermo restando che la polizza è operante indipendentemente dall'esistenza di altre stipule.

15. Esonero denuncia infermità difetti fisici e mutilazioni

li Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità, i difetti fisici e le mutilazioni di cui i singoli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito sopraggiungere.

16. Invalidità permanente superiore al 50%

Nel caso l'invalidità permanente accertata a termini di polizza fosse superiore al 50% della totale, la Compagnia liquiderà un importo pari al 100% del capitale assicurato per invalidità permanente totale.

17. Ernie Traumatiche

La garanzia è estesa alle ernie traumatiche ed in genere alle lesioni conseguenti a sforzi.

Per le Ernie operabili viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2 % della somma assicurata alla partita invalidità permanente.

Per le ernie non operabili, l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (DPR 30/06/1965 e successive modifiche), fermo restando un limite massimo di risarcimento del 10% della somma assicurata per l'invalidità permanente.

18. Morte presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso la Società liquiderà ai Beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la liquidazione di morte presunta ai sensi dell'articoli 60 e 62 del C.C. Resta inteso che se dopo che la Società ha pagato l'indennizzo risultasse che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subito.

19. Diaria

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata nella tabella riepilogativa, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno. La Società corrisponde inoltre, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata nella tabella riepilogativa, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente. Il primo giorno e l'ultimo giorno sono considerato unico giorno. La presente garanzia è rilasciata con un limite massimo di 90 giorni complessivi per ricovero e/o gessatura.

20. Danni estetici e cure odontoiatriche

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, o odontoiatrico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Compagnia rimborserà comunque le spese sostenute dall'Assicurato per le cure e gli interventi, anche chirurgici, effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico o odontoiatrico.

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 5.200,00.

21. Rischio Guerra

Le garanzie valgono anche per gli Infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

22. Franchigie

Categorie 1 e 2,

Nel caso di invalidità permanente accertata ed indennizzabile a termini di polizza, agli assicurati verrà corrisposto l'indennizzo previsto dal presente contratto senza applicazione di franchigia per la somma assicurata fino € 100.000,00. Si applicherà una franchigia del 3% alla somma eccedente € 100.000,00.

In caso la percentuale d'invalidità accertata sia superiore al 10% nessuna franchigia sarà, applicata a valere per tutte le somme e categorie. In caso la percentuale d'invalidità accertata sia superiore al 50% sarà liquidato l'intero capitale garantito a valere per tutte le categorie.

23. Anticipo dell'indennizzo

A richiesta dell'assicurato, in caso di sinistro risarcibile a termini di polizza e di comprovata gravità (I.P.> = 10%) la Compagnia anticiperà all'assicurato entro 90 giorni dall'accadimento dell'infortunio, una somma pari a 1/3 dell'indennizzo

corrispondente all'invalidità permanente ipotizzata fino ad un massimo di Euro 50.000,00 a titolo di anticipo dell'indennizzo e anticipo spese di cura.

La Compagnia erogherà direttamente all'Assicurato l'ammontare dell'anticipo, e l'Ente contraente visterà per conoscenza l'atto di quietanza dell'Assicurato, impegnandosi, nei confronti della Compagnia a restituire a quest'ultima quanto anticipato, qualora l'accertamento definitivo dell'infortunio abbia dimostrato che l'indennizzo dovuto dalla società sia inferiore alla somma anticipata.

24. Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, **detto indennizzo viene accantonato nella sua totalità per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.**

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del contraente, delle spese di causa sostenute dal Contraente stesso.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta del Contraente alla Società.

6. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

1. Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta al Broker entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'ufficio preposto della Contraente od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare periodicamente certificati medici sul decorso delle lesioni.

2. Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'indennità convenuta soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da malattie o difetti fisici preesistenti o sopravvenuti; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver 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.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, 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 derivato dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

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

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

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per 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.

b) INVALIDITA' 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 per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali

modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, 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, tutta via, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque determinata, la Società paga l'importo liquidato o comunque determinato ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente.

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 viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla tabella riepilogativa. Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc. . La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'assicurato.

3. Liquidazione e relativa tempistica

La Società si impegna a far sottoporre a visita per la valutazione dei postumi l'infortunato entro trenta giorni dal conseguimento della guarigione clinica risultante dal certificato del medico curante. La Società si impegna altresì a proporre l'offerta di indennizzo o a contestare l'indennizzo stesso entro trenta giorni dalla visita dell'Assicurato presso il proprio Fiduciario, salvo che quest'ultimo non ritenga ancora consolidati i postumi permanenti, nel qual caso sarà inviata all'interessato ed alla Contraente formale comunicazione con l'indicazione dei motivi del rinvio e della data della nuova visita.

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida le indennità che risultano dovute, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, procede al pagamento.

L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta italiana.

4. Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza

Il pagamento sull'indennizzo si effettua:

- in caso di morte: non oltre 30 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili,
- in caso d'invalidità permanente: non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito al grado d'invalidità;
- in caso d'invalidità temporanea: non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito all'importo dovuto.

7. NORME DIVERSE

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato a un raggruppamento temporaneo di imprese, costituitesi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art.1911c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente.

1. Clausola broker

L'Assicurato dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker Area Broker & QZ Spa che agisce in qualità di Broker ai sensi dell'art. 109 D. Lgs. 209/2005 e di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente polizza saranno svolti per conto del Contraente dal Broker.

Per quanto concerne il pagamento dei premi di polizza e le regolazioni, verranno effettuati dal Contraente al Broker che provvederà al versamento agli Assicuratori secondo prassi assicurativa.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento verrà effettuato dal Contraente al Broker (su conto separato e dedicato di cui all'art. 117 del d.lgs. 209/2005, in ossequio alla vigente normativa art. 3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136, giusta determinazione A.V.C.P. 18 novembre 2010 n. 8 paragrafo 4° punto quinto), che provvederà al versamento agli Assicuratori. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento effettuato dal Contraente al broker, pertanto si dà atto che esiste accordo di collaborazione con la compagnia /agenzia ed esso è, nel caso dell'agenzia, ratificato dalla mandante ai sensi dell'art 55 reg Ivas 05/2006.

Il broker sarà remunerato dagli Assicuratori aggiudicatari dell'appalto, tale compenso sarà costituito da una parte dell'aliquota provvigionale dovuta dalle Compagnie di Assicurazione alla propria rete di vendita diretta e le Compagnie stesse dichiarano che tale compenso non costituirà pertanto un aumento dei premi per l'Ente/Contraente. A gli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione ogni comunicazione fatta dal Broker, per conto della Contraente, agli Assicuratori si intenderà come fatta dalla Contraente; parimenti ogni comunicazione fatta dalla Contraente al suddetto Broker sarà considerata come eseguita agli Assicuratori.

Il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna delle Parti le comunicazioni ricevute dall'altra Parte.

Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna le Parti solo dopo il consenso scritto alle modifiche al contratto stesso.

Al Broker spetteranno provvigioni pari al 14,00% del premio netto e di eventuali diritti od accessori.

2. Produzione di informazione sui Sinistri

1. Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità ed in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 2, L'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato standard digitale aperto tramite file modificabili e dovrà riportare per ciascun sinistro:
 - il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
 - la data di accadimento dell'evento;
 - la data della denuncia;
 - la tipologia dell'evento;
 - la tipologia di indennizzo (se diretto o indiretto) ;
 - l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) sinistri liquidato, in data con liquidazione pari a €
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a €.....
2. In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari al 1 per mille del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari di € 300,00.
3. L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministratore, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.
4. Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui comma 1.

3. Obbligo sulla tracciabilità dei pagamenti

Il contraente (stazione appaltante) e la Società (appaltatore) sono tenuti ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

Ai sensi dell'art 3 comma 5 della l. 136/2010 le transazioni finanziarie inerenti il presente contratto devono essere effettuate avvalendosi di uno o più conti correnti accesi secondo le modalità stabilite dall'art 3 comma 1 L 136/2010 riportando nella causale di pagamento il codice identificativo di gara (CIG) seguente..... Ed ove

obbligatorio il Codice Unico Pogetto (CUP). Per i pagamenti effettuati all'intermediario assicurativo potranno essere utilizzati i conti correnti aperti ai sensi dell'art 117 D. Lgs 109/2005 come da indicazione dell'Autorità di Vigilanza sui contartti pubblici.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

Il mancato utilizzo del bonifico bancario ovvero degli strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità dei flussi finanziari può determinare la risoluzione di diritto del presente contratto.

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

4. Art. Clausola CONSIP

Qualora, successivamente alla stipula del contratto in oggetto, venissero attivate Convenzioni stipulate da CONSIP S.p.A., o da altre centrali di committenza ex art. 26 L. n. 488/1999 e ss.mm.ii., ritenute adeguate alle esigenze della Scuola, l'Amministrazione si riserva sin d'ora il diritto di recesso, nei termini ed alle condizioni previste dall'art. 1, comma 13 del D.L. n. 95/2012 (convertito dalla L. n. 135/2012).

5. Art. Clausola di Partecipazione all'utile per buon andamento del rischio

Premesso che per rapporto tecnico sinistri/premi (S/P) di ogni annualità assicurativa si intende il risultato della somma degli indennizzi liquidati più i sinistri denunciati ma non ancora pagati, e delle relative spese di perizia e liquidazione, diviso il premio imponibile di polizza, la Società riconosce al Contraente una partecipazione agli utili nella misura di seguito riportata, da liquidarsi entro 2 mesi dalla scadenza annuale di polizza tramite bonifico bancario:

- rapporto S/P pari a 0 = bonus 15% del premio imponibile di polizza
- rapporto S/P pari o inferiore a 15% = bonus 10% del premio imponibile di polizza
- rapporto S/P pari o inferiore a 25% = bonus 5% del premio imponibile di polizza

resta inteso che in presenza di un rapporto tecnico superiore al 25% non verrà riconosciuta alcuna partecipazione agli utili.

Il Contraente dovrà utilizzare le somme corrisposte a titolo di bonus per realizzare attività di formazione assicurativa del proprio personale o di miglioramento del rischio, quali a titolo esemplificativo ma senza pretesa di esaustività:

- Stime del patrimonio immobiliare, mobiliare, artistico
- Attività di risks assesment per rischi specifici
- Attività di risk management per rischi specifici
- Attività di cyber security
- Attività di loss prevention
- Attività di pianificazione di disaster recovery
-

Gli interventi realizzati in toto od in parte con l'utilizzo del Bonus saranno comunicati alla Società che avrà la facoltà di renderli pubblici.

6. Limitazioni ed esclusioni, embargo e sanzioni

In ogni caso gli Assicuratori non forniranno copertura assicurativa e non saranno tenuti a pagare alcun Indennizzo né comunque alcuna somma in base alla presente Assicurazione nei casi in cui tale copertura o pagamento possa esporre gli Assicuratori o qualsiasi suo dipendente o collaboratore a sanzioni, o possa comportare violazione di divieti o restrizioni, secondo quanto previsto da risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi e sanzioni economiche o commerciali, o da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

8. SOMME ASSICURATE - PREMIO UNITARIO

1. Somme assicurate

Ciascuna persona non nominata così come risultante dalle scritture contabile dell'ente si intende assicurata per le seguenti somme:

2. Tabella riepilogativa

Cat.	Qualifica	Parametro	Caso Morte	Caso I.P.	RSMO	Diaria	Franchigia IP
1	Amministratori e dipendenti	€ 17 milioni retribuzioni	€ 300.000,00	€ 360.000,00	€ 5.000,00	No	0 fino a € 100,000, 3% oltre € 100,000
2	Varie categorie	600 teste	Fino a 4 volte la retribuzione col massimo di € 300.000,00	Fino a 5 volte la retribuzione col massimo di € 360.000,00	€ 5.000,00	no	0 fino a € 100,000, 3% oltre 100,000

3. Determinazione del premio

Il premio lordo annuo pro capite è determinato in base al numero degli Assicurati come risulta dal seguente conteggio:

Cat.	Qualifica	Parametro	Tasso/ Premio Lordo pro Capite	Premio Lordo complessivo
1	Amministratori e dipendenti	Retribuzioni € 17 milioni		
2	Categorie Varie	600 teste		

Premio Netto _____ Accessori _____ Premio tassabile _____

Imposte _____ Premio Lordo finito _____

Fatto in Quattro originali a _____ il _____ .

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

OFFERTA TECNICA

Eventuali modifiche al normativo di polizza

I Varianti tabellari

4

	Calusola	Variante	Punti	Selezione
a	Disdetta annuale	Nessuna	0	
		Rinuncia alla facoltà di disdetta annuale	1,5	
b	Disdetta per sinistro	Nessuna	0	
		Rinuncia alla facoltà di disdetta per sinistro	1,5	
	Ove si rinunci ad ogni facoltà di disdetta		5	
c	Franchigia garanzia IP	Nessuna variazione	0	
		Azzeramento franchigie	5	

II Varianti libere in numero massimo di 4

		Migliorativa	Peggiorativa
1			
2			
3			
4			

Denominazione sociale offerente :

Sede Legale :

Firma e qualifica :

Data :