UFFICIO ITALIANO DEI LLOYD'S
20121 Milano, Corso Garibaldi 86
Tel +39 02.637.888.1 Fax +39 02.637.888.50 – www.lloyds.com
CCIAA 1392364 – CODICE FISCALE 07585850584
PART. IVA 10655700150

LLOYD'S

Codice Ramo	Codice Correspon.	Codice Lloyd's Broker	Codice Doc. (*)	Market Reform Contract/Binder
Infortuni	*IT9041*	*595BES*	*F*	*B0595PO8335616*

(*) F = Piazzamento Facoltativo
B = Piazzamento su Binder

Tipo di assicurazione: Infortuni Dipendenti
Il presente Modulo forma parte integrante del Contratto N° 1911481

Nome dell'Assicurato o Contraente: AGID – AGENZIA PER L' ITALIA DIGITALE
Indirizzo : Via Listz, 21
CAP e Città 00144 Roma
Partita Iva 00115590671 CIG Z951CC5E44

Durata dell'Assicurazione (con esclusione del tacito rinnovo) dalle ore 24:00 del 31/12/2016 alle ore 24:00 *del* 31/12/2017

Data della Proposta che forma parte integrante del presente Contratto :

Condizioni Generali e Particolari come da seguenti stampati allegati al presente Modulo:
LSW1819D
Come da testo allegato al presente modulo

Rischi e importi assicurati, Franchigie e Scoperti, estensione territoriale e Condizioni Speciali (che prevalgono sulle Condizioni Particolari e Generali di cui sopra)
Come da testo allegato

Quota Lloyd's: «100,00%»
Numero e percentuale dei Sindacati dei Lloyd's che hanno assunto il rischio per la quota Lloyd's sopra indicata:

Antares 1274 100%

Premio Annuo:

Premio Netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Totale
29.268,27	0,00	29.268,27	731,71	29.999,98

Il premio deve essere pagato per mezzo di bonifico bancario sul conto corrente intestato ai Lloyd's.

Premio alla firma (la differenza tra premio annuo e premio alla firma verrà versato in sede di regolazione premio come indicato all'art. 5.2 sez. 5 delle condizioni):

Premio Netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Totale
28.554,41	0,00	28.554,41	713,86	29.268,27

Modalità del pagamento del Premio ed eventuali regolazioni: ANNUALE

Numero totale di pagine allegate: 18

Data	Il Corrispondente dei Lloyd's	L'Assicurato o il Contraente	Vittorio Scala Rappresentante Generale per L'Italia dei Lloyd's In nome e per conto dei Membri Sottoscrittori che assumono il rischio di cui al presente contratto
20/01/2017	S&C Insurance Brokers Srl		VITTORIO SCALA RAPPRESENTANTE GENERALE PER L'ITALIA DEI LLOYD'S IN NOME E PER CONTO DEI MEMBRI SOTTOSCRITTORI CHE ASSUMONO IL RISCHIO DI CUI AL PRESENTE CONTRATTO

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

Il Contraente : Agenzia per l'Italia Digitale
IL DIRETTORE GENERALE

Il pagamento del Premio per l'importo di ..... è stato fatto in mie mani
in data ..... L'Incaricato .....

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA DIPENDENTI

CIG : Z951CC5E44

La presente polizza è stipulata tra

AGID – Agenzia per L'Italia Digitale
Via Listz , 21
00144 Roma
CF/P.IVA 9710342058

Durata della polizza

Dalle ore 24.00 del :	31.12.2016
Alle ore 24.00 del :	31.12.2017

INDICE

1. **SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** ..... - 1 -
   - Art. 1.1 - Definizioni ..... - 1 -
   - Art. 1.2 – Identificazione degli Assicurati ..... - 2 -

2. **SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE** ..... - 3 -
   - Art. 2.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio ..... - 3 -
   - Art.2.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori ..... - 3 -
   - Art.2.3 - Durata del contratto ..... - 3 -
   - Art.2.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia ..... - 4 -
   - Art.2.5 - Regolazione del premio ..... - 4 -
   - Art.2.6 - Recesso a seguito di sinistro ..... - 5 -
   - Art.2.7 - Modifiche dell'assicurazione ..... - 5 -
   - Art.2.8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società ..... - 5 -
   - Art. 2.9 - Oneri fiscali ..... - 5 -
   - Art.2.10 - Foro competente ..... - 5 -
   - Art.2.11 - Interpretazione del contratto ..... - 5 -
   - Art.2.12 – Ispezioni e verifiche della Società ..... - 5 -
   - Art.2.13 - Assicurazione per conto di chi spetta ..... - 6 -
   - Art.2.14 - Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza ..... - 6 -
   - Art. 2.15 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio ..... - 6 -
   - Art. 2.16 – Associazione temporanea d'Impresa (opzionale) ..... - 6 -
   - Art. 2.17 - Clausola Broker ..... - 7 -
   - Art. 2.18 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n°. 136/2010 ..... - 7 -
   - Art. 2.19 - Rinvio alle norme di legge ..... - 8 -
   - Art.2.21 – Rinuncia alla rivalsa ..... - 8 -
   - Art.2.22 - Trattamento dei dati ..... - 8 -

3. **SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO LA POLIZZA** ..... - 8 -
   - Art.3.1 - Oggetto della copertura ..... - 8 -
   - Art.3.2 – omissis ..... - 9 -
   - Art.3.3 – Spese di trasporto a carattere sanitario ..... - 9 -
   - Art.3.4 – Rientro sanitario ..... - 9 -

- Art.3.5 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero) ..... - 9 -
- Art.3.6 – Danni estetici ..... - 10 -
- Art.3.7 – Rischio aeronautico ..... - 10 -
- Art.3.8 – Servizio militare ..... - 10 -
- Art.3.9 – Rischio guerra ..... - 11 -
- Art. 3.10 – Esposizione agli elementi ..... - 11 -
- Art.3.11 – Esclusioni ..... - 12 -
- Art.3.12 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili ..... - 12 -
- Art.3.13 – Rischi professionali – in itinere e altri casi ..... - 12 -
- Art.3.14 – Aspettativa ..... - 12 -

4. SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO GESTIONE DEI SINISTRI ..... - 13 -
- Art.4.1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi ..... - 13 -
- Art.4.2 – Criteri di indennizzabilità ..... - 14 -
- Art.4.3 – Controversie ..... - 15 -
- Art.4.4 – Liquidazione dell'indennità. Cumulo. ..... - 15 -
- Art.4.5 - Rinuncia all'azione di surroga ..... - 16 -

5. SEZIONE 5 - SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO ..... - 16 -
- Art.5.1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti ..... - 16 -
- Art.5.2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione ..... - 17 -
- Art.5.3 – Disposizione finale ..... - 18 -

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Art. 1.1 - Definizioni

- **Assicurazione:** Il contratto di assicurazione.
- **Annualità assicurativa o periodo assicurativo:** Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
- **Assicurato:** La persona fisica o giuridica il cui interesse è tutelato dall'assicurazione.
- **Beneficiario**: In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
- **Broker:** La Assigeco Srl quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
- **Contraente:** Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
- **Franchigia:** La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
- **Inabilità temporanea**: la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
- **Indennizzo :** La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **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 permanente e/o una inabilità temporanea.
- **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.
- **Istituto di cura**: Ogni ospedale, clinica o case di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.
- **Malattia**: per malattia si intende un'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che produce necessità di cure.
- **Massimale per sinistro:** La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
- **Polizza:** Il documento che prova l'assicurazione.
- **Premio:** La somma dovuta dal Contraente alla Società.
- **Prestatori di lavoro:** Con questo termine si comprendono tutte le persone fisiche di cui l'Assicurato si avvale nell'esercizio dell'attività dichiarata in polizza, quali a titolo esemplificativo:
  - Lavoratori dipendenti
  - Le persone fisiche per le quali l'obbligo di corrispondere il premio assicurativo all'INAIL ricade, ai sensi di Legge, su soggetti diversi dall'Assicurato quali:
    Prestatori di lavoro come definiti all'art. 5) del D.Lgs. 23/02/2000 n. 38 e s.m.i.
  - Prestatori di lavoro ai sensi del D. Lgs. 276/03 (c.d. Decreto Biagi) e successive modifiche e/o integrazioni.
  - Gli stagisti, i borsisti, i tirocinanti, i lavoratori socialmente utili, i dipendenti che utilizzano lo strumento del Telelavoro
  - Prestatori di lavoro temporaneo di cui l'Assicurato si avvale ai sensi della Legge 24/06/97 n. 196 e s.m.i.

  Qualora nel presente testo si faccia riferimento a "Dipendenti", tale definizione si intende sempre riferita a "Prestatori di Lavoro".
- **Retribuzione:** si considerano come retribuzione, oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se non di ammontare fisso, con

l'esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fanno parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata, le partecipazioni agli utili e le gratifiche non consuetudinarie e gli aumenti di gratifica pure non consuetudinari, corrisposti in funzione del favorevole andamento aziendale, nonché l'aumentare degli aumenti corrisposti a titolo di meccanismo di variazione automatica.

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione quella che l'infortunato ha percepito, per i titoli di cui ai precedenti commi del presente punto, nei dodici mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purchè su esse sia conteggiabile il premio di assicurazione.

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

- **Ricovero**: la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
- **Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
- **Rischio professionale:** gli infortuni che l'assicurato subisca nell'esercizio delle proprie occupazioni professionali principali e secondarie, ivi compreso il Telelavoro (intendendosi per tale il lavoro svolto fuori dalle sedi aziendali, utilizzando sistemi di telecomunicazioni)
- **Rischio extraprofessionale:** gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale
- **Scoperto:** La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
- **Sinistro:** Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
- **Società :** L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

Art. 1.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate nella Sezione 5, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte nella Sezione 5 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Per le categorie attivabili a richiesta identificate come tali alla Sezione 5, la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente e scadrà alle ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo. Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione.

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

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 2.1 - 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 danni che avessero colpito gli polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art.2.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per gli stessi enti oggetto del presente contratto esistono o venissero in seguito stipulate altre polizze direttamente dal Contraente o da terzi che ne abbiano avuto interesse, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi, fermo per la Società ogni altro diritto derivante a norma di legge (art. 1910 C.C.).
Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

Art.2.3 - Durata del contratto

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni 1 (uno) con effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2016 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2017 senza tacito rinnovo.
E' comunque facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza , richiedere alla Società il rinnovo per uno stesso periodo.
La Società, si impegna sin d'ora a rinnovare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche..

Art.2.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze di una mora di 60 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro i 60 giorni successivi.
Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, direttamente dalla Contraente senza transitare attraverso il Broker.
Per regolazioni e/o variazioni che comportino un pagamento di premio, il Contraente potrà pagare tale premio, nei modi di cui sopra, entro 60 giorni dal ricevimento delle relative appendici, salvo termini a lui più favorevoli previsti altrove in polizza.
Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.".

Art.2.5 - Regolazione del premio

Se 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 lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.
A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Art.2.6 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 (centottanta) giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 180 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente.
In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Art.2.7 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il

pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Art.2.8 - 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 (pec, telefax o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 2.9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art.2.10 - Foro competente

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

Art.2.11 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art.2.12 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc... L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benestare dell'Assicurato.

Art.2.13 - Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

Art.2.14 - Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza possono essere esercitati dal Contraente, dall'Assicurato e dalla Società.

Art. 2.15 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso, si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

a) il numero identificativo attribuito dalla Società *(in formato "numero")*;
b) la data del sinistro *(in formato "data")*;
c) la data di accadimento dell'evento se non coincidente con quella del sinistro *(in formato "data")*;
d) il nominativo del reclamante o, qualora non divulgabile, un codice identificativo univoco *(in formato "testo")*;
e) l'indicazione se trattatasi di danneggiamento a cose o a persone o se trattatasi di evento mortale *(in formato "testo")*;

f) la descrizione dettagliata dell'evento *(in formato "testo")*;
g) lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia) *(in formato "testo")*;
h) la sede di trattazione (stragiudiziale, giudiziale civile, giudiziale penale, accertamento tecnico non ripetibile) *(in formato "testo")*;
i) l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società) *(in formato "valuta")*;
j) l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo *(in formato "valuta")*;
k) la data di avvenuto pagamento *(in formato "data")*.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- ✓ la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;

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

Art. 2.16 – Associazione temporanea d'impresa (opzionale)

L'assicurazione può essere ripartita per quota esclusivamente tra le Società all'uopo costituitesi in associazione temporanea d'imprese ai sensi di legge. Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore. La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.
Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile.....
..... la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 2.17 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza al broker incaricato Assigeco SRL con sede legale in Milano -, ai sensi del D. Lgs. 209/2005.
La Società riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo.
L'opera del medesimo broker verrà remunerata dalla Società aggiudicatrice in misura pari al 13,50% dei premi imponibili incassati. Inoltre si prende atto che il pagamento del premio annuo di polizza, come di eventuali ratei e/o regolazioni, verrà effettuato direttamente dal Contraente al broker. I premi versati dalla Contraente al broker verranno versati entro il 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini della copertura.

Art. 2.18 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n°. 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, 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 la Stazione appaltante.

La Contraente 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.
La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.
Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola 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. 2.19 - Rinvio alle norme di legge

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

Art.2.21 – Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia, salvo il caso di dolo e colpa grave, al diritto di surrogazione derivante dall'art. 1916 del c.c. verso il personale in rapporto di dipendenza o servizio con il contraente.

Art.2.22 - Trattamento dei dati

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO LA POLIZZA

Art.3.1 - Oggetto della copertura

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio *in itinere*, nonchè in ogni attività che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente o una inabilità temporanea. L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3 e 4 della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati nella Sezione 5.
Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti artt. 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.10, 3.11, 3.12, 3.13, 3.14, della presente Sezione.
Sono compresi in garanzia anche:

a) l'asfissia non di origine morbosa;
b) soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
c) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
d) ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
e) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi o di vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) e le alterazioni patologiche (esclusa la malaria) conseguenti ad infortunio indennizzabile a termine di polizza;
f) l'annegamento;
g) l'assideramento o congelamento;
h) la folgorazione;
i) i colpi di sole o di calore o di freddo;

j) le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
k) ernie addominali da sforzo;
l) gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
m) 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;
n) gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;
o) gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
p) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
q) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
r) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
s) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici;
t) gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
u) gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
v) gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali;
w) le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.

Art.3.2 – omissis

Art.3.3 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 6.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato.

Art.3.4 – Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 6.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art.3.5 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 6.000.00.

Art.3.6 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque 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, il tutto entro il limite di € 6.000,00 per evento.

Art.3.7 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.
Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.
Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- €.2.500.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €.2.500.000,00.= per il caso morte

per persona e di:

- €.10.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €.10.000.000,00.= per il caso di morte

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

Art.3.8 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso ed i richiami per esercitazione, l'assicurazione resta valida ma con l'esclusione degli infortuni derivati dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi.
L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale o altre forme previste dalla legge in materia.

Art.3.9 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'articolo denominato "Esclusioni", 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 no), 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.

Art. 3.10 – Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, incagliamento, sommersione, naufragio, atterraggio e ammaraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte ed invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio, ma in conseguenza delle zone, del clima o di altre situazioni concomitanti, l'assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art.3.11 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio Aeronautico";
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. dalla pratica del paracadutismo e degli sport aerei in genere.
8. Sono comunque escluse guerre nucleari e gli atti di terrorismo perpetrate mediante l'utilizzo di armi nucleari chimiche e/o batteriologiche.

Art.3.12 – 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.

Art.3.13 – Rischi professionali – in itinere e altri casi

La garanzia assicurativa si intende prestata per gli infortuni che le persone assicurate subiscano nell'esercizio delle occupazioni professionali principali e secondarie proprie della categoria di appartenenza, compresi i viaggi "in itinere".

La garanzia stessa comprende anche gli infortuni subiti in occasione di viaggi, trasferimenti e/o missioni di qualsiasi natura, compreso il tempo libero, in occasione di tutte le attività svolte per incarichi specifici al di fuori della normale sede di lavoro, inerenti alle occupazioni professionali, compresa la pausa pranzo ed eventuali missioni fuori sede del dipendente ovunque esse siano.
La copertura decorre dall'effettivo inizio del viaggio e termina al ritorno alla sede di appartenenza od alla propria abitazione.
Sono considerati infortuni professionali anche quelli avvenuti in permesso retribuito per l'espletamento di incarichi specifici, dati dalla Contraente, presso Associazioni Sindacali, assistenziali e Dopolavoristiche

Art.3.14 – Aspettativa

La garanzia assicurativa si intende estesa al personale dipendente che per qualsiasi motivo possa essere in aspettativa per malattia, infortunio o maternità o possa essere soggetto ad altre forme di prestazioni lavorative parziali, quali ad esempio part-time, orario ridotto, telelavoro, cassa integrazione; sia esso senza retribuzione o con retribuzione ridotta. Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio. Per retribuzione di fatto virtuale si intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortuni

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO GESTIONE DEI SINISTRI

Art.4.1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

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 lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il 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, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.
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.
Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente da quello dell'infortunio. Il giorno delle dimissioni non è indennizzabile

Art.4.2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità 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 comprese nell'assicurazione.

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'evento.
Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.
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) MORTE PRESUNTA
La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.
Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.
Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) 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'evento 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.1124 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.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

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.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o 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 nella Sezione 5 della presente polizza. Le diarie non sono cumulabili tra loro.

In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

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 nella Sezione 5, le spese sostenute.

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.

testamentaria o legittima successione

Art.4.3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle

condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.
Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.
Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art.4.4 – Liquidazione dell'indennità. Cumulo.

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. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.
Se dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso in caso contrario.
Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile ai beneficiari. 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 ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Art.4.5 - Rinuncia all'azione di surroga

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

SEZIONE 5 - SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art.5.1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.
La Società, per uno o più sinistri che colpissero uno o più assicurati con la presente polizza nell'ambito di un periodo assicurativo non corrisponderà somma superiore a € 7.500.000,00.=.

Garanzia	Somma assicurata procapite €
Caso Morte	€ 300.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 310.000,00

L'Assicurazione è efficace per le garanzie ed i massimali sotto riportati per il Direttore Generale e i Dirigenti della contraente, sia per i rischi professionali connessi e correlati alle attività svolte, sia per rischi extraprofessionali (copertura 24 ore su 24) ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo incluso aeromobili, nonché il rischio in itinere.

Per le categorie assicurate con la presente polizza le garanzie si intendono prestate senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Si conviene che per l'identificazione degli assicurati e della loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli apposti atti del Contraente.

Art.5.2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per la categoria di assicurati calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.
Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'articolo denominato "Regolazione del Premio" della presente polizza.
Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.5.1 della presente Sezione, la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni del dato variabile.

Scomposizione e calcolo del premio

Impiegati n° 90 persone
Premio imponibile annuo per persona = € 325,203
Premio annuo imponibile complessivo =€ 325,203x90= € 29.268,27
Premio annuo lordo complessivo = € 29.999,98
Si prende atto che la Contraente versa alla firma un premio lordo pari ad Euro 29.268,27 e che la differenza di € 731,71 verrà versata in sede di regolazione del premio

Art.5.3 – 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.

IL CONTRAENTE **LA SOCIETÀ**

Agenzia per l'Italia Digitale
IL DIRETTORE GENERALE

Agli effetti degli artt. 1341/1342 C.C. il sottoscritto Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- Art. 3 sez. 2 – Durata del contratto;
- Art. 6, sez. 2 – Recesso a seguito di sinistro ;
- Art. 10, sez. 2 – Foro competente;
- Art. 1, sez. 4 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

IL CONTRAENTE

Agenzia per l'Italia Digitale
IL DIRETTORE GENERALE

ALLEGATO AL MODULO DI POLIZZA (ITALIA)

Clausola Europea Di Notifica Atti e Giurisdizione

Salvo che sia diversamente specificato nel testo di polizza, si conviene che il presente contratto d'assicurazione sarà regolato esclusivamente dalla legge e dagli usi italiani, e che qualsiasi controversia derivante da, inerente a, o connessa al presente contratto d'assicurazione sarà esclusivamente soggetta alla giurisdizione del competente Foro in Italia.

Pertanto i Membri Sottoscrittori di Lloyd's che hanno assunto il rischio di cui al presente contratto concordano che tutte le citazioni, gli avvisi o i procedimenti che debbano essere loro notificati al fine di promuovere azioni legali nei loro confronti in relazione al presente contratto d'assicurazione saranno correttamente notificati se a loro indirizzati e consegnati loro presso

Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano

che, in questo caso, ha il potere di accettare la notifica per loro conto.

I Membri Sottoscrittori nel fornire tale potere non rinunciano ad avvalersi di ogni speciale termine o periodo di tempo al quale abbiano diritto ai fini della notifica di tali citazioni, avvisi o procedimenti in virtù della loro residenza o domicilio in Inghilterra.

Reclami

Ogni reclamo dovrebbe essere in prima istanza indirizzato a:

Servizio Reclami
Ufficio Italiano dei Lloyd's
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano
Italia
Fax no.: +39 02 6378 8857
E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com

Laddove il reclamo come sopra indirizzato riguardi una polizza emessa in regime di Libertà di Prestazione di Servizi, l'Ufficio Italiano dei Lloyd's procederà ad inoltrare il reclamo al *Managing Agent* competente, il quale avrà l'onere di accertare che la doglianza sia presa in gestione. Il fatto che l'Ufficio Italiano dei Lloyd's funga da collettore per i reclami concernenti polizze emesse in Libertà di Prestazione di Servizi non apporta tuttavia alcuna variazione alla natura della polizza medesima.

Il soggetto deputato alla gestione del reclamo ne confermerà ricezione per iscritto entro cinque giorni lavorativi dall'effettiva data di ricevimento. Un riscontro formale circa l'esito del reclamo verrà fornito al reclamante entro quarantacinque giorni lavorativi dalla data di ricezione.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, ovvero non abbia ricevuto riscontro alcuno decorso il termine di quarantacinque giorni, potrà avvalersi della procedura prevista dall'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), trasmettendo la propria doglianza al Regolatore, come segue:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)
via del Quirinale 21
00187 Roma
Italia
Tel.: 800 486661 (dall'Italia)
Tel.: +39 06 42021 095 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353
E-mail: ivass@pec.ivass.it

Maggiori informazioni oltre ai dettagli circa le modalità di presentazione dei reclami all'Istituto sono disponibili sul sito IVASS, accessibile tramite il seguente link.
http://www.ivass.it

Il dipartimento responsabile presso i Lloyd's della gestione dei reclami è il seguente:

Complaints Team
Lloyd's
One Lime Street
London
EC3M 7HA
United Kingdom
Telephone no.: + 44 (0)207 327 5696
E-mail: complaints@lloyds.com

La procedura sopra illustrata non pregiudica in alcun modo il diritto del reclamante di adire le vie legali od affidarsi a strumenti alternativi di mediazione o a quanto contrattualmente previsto.

Clausola Di Responsabilita Disgiunta

ATTENZIONE – la seguente clausola contiene informazioni importanti – SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE

La responsabilità di un Assicuratore nell'ambito del presente contratto è disgiunta e non solidale con altri Assicuratori che partecipano al presente contratto. Un Assicuratore è responsabile soltanto per la parte di responsabilità che ha sottoscritto. Un Assicuratore non è solidalmente responsabile per la parte di responsabilità sottoscritta da un altro Assicuratore. Un Assicuratore non è altresì responsabile per qualsiasi responsabilità assunta da un altro Assicuratore che possa aver sottoscritto il presente contratto.

La parte di responsabilità nell'ambito del presente contratto sottoscritta da un Assicuratore (oppure, nel caso di un Sindacato di Lloyd's, il totale delle quote sottoscritte dall'insieme dei membri del Sindacato) è indicata nel presente contratto.

Nel caso di un Sindacato di Lloyd's, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è considerato un Assicuratore. Ogni membro ha sottoscritto una parte del totale riferito al Sindacato (tale somma corrisponde all'ammontare delle parti sottoscritte dalla totalità dei membri del Sindacato stesso). La responsabilità di ogni membro del Sindacato è disgiunta e non solidale con altri membri. Ogni membro risponde soltanto per la parte di cui si è reso responsabile. Ogni membro non è solidalmente responsabile per la parte di qualsiasi altro membro. Ogni membro non è altresì responsabile per la parte di responsabilità di ogni altro Assicuratore che possa sottoscrivere il presente contratto. La sede commerciale di ciascun membro è presso i Lloyd's, 1 Lime Street, EC3M 7HA, Londra. L'identità di ciascun membro di un Sindacato di Lloyd's e l'entità della rispettiva partecipazione possono essere accertate mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's – Corso Garibaldi 86, 20121 Milano.

Sebbene in vari punti della presente clausola ci si riferisca al "presente contratto" al singolare, dove le circostanze lo richiedano tale espressione deve essere letta come riferita a più contratti, quindi in forma plurale.

Informativa Sul Trattamento dei Dati

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N.196

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (di seguito denominato "Codice"), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. **FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento

a) è diretto all'espletamento da parte dei Membri Sottoscrittori di Lloyd's of London (di seguito denominati "Lloyd's") delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui i Lloyd's sono autorizzati ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

b) può anche essere diretto all'espletamento da parte di Lloyd's delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Lloyd's stessi;

2. **MODALITÀ DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento

a) è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità tutela;

b) È effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;

c) È svolto dall'organizzazione del titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso i Lloyd's che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, subagenti, broker).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;

b) obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica Lloyd's;

c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;

b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici. Inoltre i dati potranno essere comunicati ad altri enti in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Canada), che garantiscono un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali, per che per conto dei Lloyd's effettuano controlli sull'assenza di sanzioni internazionali. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio del Rappresentante Generale, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email servizioclienti@lloyds.com, ai sensi dell'art. 7 del Codice.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della modalità e delle finalità del trattamento; di venire a conoscenza della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; di ottenere gli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2 del Codice; di essere messo a conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, o di incaricati; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della Legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso. L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere esercitato secondo quanto stabilito dall'art. 8 del Codice.

7. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolari del trattamento in ambito italiano sono i Lloyd's nella persona del loro Rappresentante Generale per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86. Il Responsabile per le istanze dell'interessato è l'IT Manager domiciliato per la funzione in Corso Garibaldi, 86, Milano, e presso la sede legale potrà essere visionato l'elenco aggiornato degli altri Responsabili del trattamento.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ed ai sensi dell'art. 23 e 26 del Codice, Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

a) il trattamento dei dati "sensibili" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati sensibili oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute[1];

b) la comunicazione dei dati sensibili alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge;

Luogo

Data

L'interessato

Agenzia per l'Italia Digitale
IL DIRETTORE GENERALE

Nome e Cognome leggibili *Firma*

c) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

Luogo

Data

L'interessato

Agenzia per l'Italia Digitale
IL DIRETTORE GENERALE

Nome e Cognome leggibili *Firma*

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati oggetto di trattamento e come essi vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ricorrendo i motivi di cui all'art. 7 del Codice richiamati nel punto 6 dell'informativa.

[1] Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte di Lloyd's di ulteriori dati sensibili, Le sarà richiesto un consenso scritto di volta in volta.