

SCRITTURA PRIVATA

TRA

Regione Marche (CF 80008630420), in persona del Dott. Giovanni Santarelli, nato a Cocuta (Colombia) il 01/10/1956 (cod. fiscale SNTGNN56R01Z604Y), e domiciliato per la carica ad Ancona, presso gli Uffici della Regione Marche – via Gentile da Fabriano, 3, quale Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport,

e

AssiAdriatica SRL - Agenzia Generali UnipolSai di Ancona, in persona del Sig. Pesaresi Giorgio, nato ad Ancona, il 03/06/1942 codice fiscale PSRGRG42H03A271S, che interviene in qualità di presidente dell'Impresa con sede legale a Ancona (AN) in Via Mamiani Terenzio 4 - P. IVA 02560640423.

PREMESSO

- I. Che con legge regionale n. 15/2005 è stato istituito il sistema di Servizio Civile Regionale (di seguito SCR) e che con Deliberazione n. 738/2018 il SCR è stato inserito all'interno del POR Marche FSE 2014/2020 - Asse I – Priorità di investimento 8.1 – Risultato atteso 8.5 – Tipologia di azione 8.1.AM.
- II. Che al fine di garantire la copertura assicurativa INFORTUNI e RCT dei volontari in SCR prevista dall'art. 8 della legge regionale n. 15/2005, la Regione Marche si è avvalsa del broker assicurativo contrattualizzato dalla P.F. Provveditorato, economato e sicurezza sui luoghi di lavoro, Aon S.p.A. Insurance & Reinsurance Brokers Il quale ha provveduto a contattare n. 6 agenzie assicurative comunicando loro i termini contrattuali di massima.
- III. Che a parità delle condizioni proposte, è stata selezionata l'offerta della AssiAdriatica SRL - Agenzia Generali UnipolSai di Ancona – P.I. e C.F. 02560640423, in quanto è risultata economicamente più vantaggiosa per l'Amministrazione regionale.
- IV. Che al fine di garantire la copertura assicurativa INFORTUNI e RCT di cui sopra, gli Enti iscritti all'albo regionale degli enti di servizio civile coinvolti nelle progettazioni saranno tenuti a fornire alla Regione Marche – Servizio Politiche Sociali e Sport quanto necessario ai fini del perfezionamento della copertura assicurativa dei singoli volontari in SCR.
- V. Che le condizioni minime assicurative si rifanno alla scheda tecnica del rischio, allegato "A" del DDS n. 271/SPO del 20/12/2018.
- VI. Che le condizioni generali di cui al presente atto costituiranno patto essenziale del contratto volto ad accordare garanzie assicurative relative agli INFORTUNI, alle SPESE di CURA, alla RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI a favore e per conto:
 - a. della Regione Marche;
 - b. dei giovani impiegati in progetti di servizio civile, realizzati dagli Enti, dagli organismi e dalle Associazioni iscritte all'Albo degli enti di servizio civile Marche.
- VII. Che con DDS n. 271/SPO del 20/12/2018 è stata affidata ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera a) del D.Lgs. 50/2016 la copertura assicurativa INFORTUNI e RCT dei volontari in SCR di cui legge regionale n. 15/2005, per gli anni 2019, 2020 e 2021 (due annualità), a favore dell'AssiAdriatica SRL - Agenzia Generali UnipolSai di Ancona – P.I. e C.F. 02560640423, per l'importo di € 9.950,00 (imposta di legge inclusa).

tutto ciò premesso, si conviene e si stipula quanto segue

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE – INFORTUNI

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.3 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non vengono pagati il premio o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art. 1901 del Codice Civile).

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

Art. 1.4 - Frazionamento del premio

Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Società può concederne il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di premio, trascorsi quindici giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del premio. L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del premio arretrato.

Art. 1.5 - Aggravamento del rischio (valido per garanzie infortuni)

Il Contraente, o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. La Società può non accettare il rischio aggravato; in tal caso la stessa ne dà comunicazione al Contraente e si riserva la facoltà di recedere dal contratto dal giorno in cui ha avuto conoscenza dell'aggravamento.

In ogni caso gli aggravamenti di rischio non noti alla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Articolo 1898 del Codice Civile.

Art. 1.6 - Diminuzione del rischio (valido per garanzie infortuni)

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

Art. 1.7 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o altro mezzo certo.

Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro

Contratti che non prevedono la garanzia Malattia

Dopo ogni sinistro, come definito a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta all'altra Parte mediante lettera raccomandata con preavviso di almeno trenta giorni rispetto alla data di efficacia del recesso. La Società, entro i trenta giorni successivi alla data di efficacia del recesso, rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto degli oneri fiscali. L'eventuale

incasso dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia da parte della Società alla facoltà di recesso.

• Contratti che prevedono la garanzia Malattia Qualora il contratto sia di durata poliennale e preveda anche la garanzia Malattia, ciascuna delle Parti – entro due anni dalla data di effetto della polizza - avrà facoltà di recedere dall'assicurazione dopo ogni sinistro, così come definito a termini di polizza, e fino al sessantesimo

giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, dandone preventiva comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione, salvo diversa indicazione, mentre il recesso da parte della Società ha effetto decorsi trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione. La Società, entro i trenta giorni successivi alla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. Inoltre, qualora la presente polizza ne sostituisca un'altra della stessa Società nella quale non risulti completamente esaurito il predetto periodo di osservazione di due anni, quest'ultimo è ripristinato:

- integralmente per le nuove garanzie e/o per gli incrementi di somme garantite alle persone già precedentemente assicurate con la polizza sostitutiva;
- per un periodo pari a quello necessario per l'esaurimento del periodo di osservazione della polizza sostituita, per le persone, le garanzie e le somme assicurate precedentemente garantite con quest'ultima.

Art. 1.9 - Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo. In ogni caso la Società può, tuttavia, recedere dal contratto entro sessanta giorni dalla denuncia con preavviso di giorni trenta.

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio nei casi di:

- polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;
- garanzie Infortuni/Malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

In caso di sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

Art. 1.10 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o telefax spediti da una delle Parti almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto, se di durata non inferiore a un anno, è prorogato per una durata pari ad un anno, e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di 1 anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Nel caso in cui il contratto sia di durata poliennale, la Società ed il Contraente avranno comunque facoltà di recedere senza oneri dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione mediante invio di lettera raccomandata o telefax spedita almeno trenta giorni prima della scadenza annuale.

Tuttavia qualora sia stata resa operante la garanzia Malattia, tale facoltà potrà essere esercitata esclusivamente dal Contraente.

Art. 1.11 - Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione

A) Per limite d'età

L'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato relativamente a quest'ultimo.

L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

B) Per gravi affezioni

Presso che non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, A.I.D.S. conclamato, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, si conviene che la sopravvenienza di tale malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi per l'Assicurato affetto da tali patologie.

L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

Art. 1.12 -Variazioni nelle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza. Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggiore premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art. 1.13 - Pattuizione della non rinnovabilità della polizza

Quando è pattuita la non rinnovabilità della polizza, questa cesserà automaticamente alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

Art. 1.14 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.15 - Assicurazioni obbligatorie

La presente assicurazione non è sostitutiva di eventuali assicurazioni obbligatorie per legge ma opera in aggiunta ad esse.

Art. 1.16 - Assicurazioni per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, a sensi delle disposizioni dell'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 1.17 - Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è 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 (o soltanto qualcuno di essi) di cui all'Art. 2.4 (Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato) non accettino a completa tacitazione dell'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, destinandolo all'ammontare del 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 da lui sostenute.

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

Art. 1.18 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 1.19 - Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 1.20 - Prova

È a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

Art. 1.21- Rinvio alle norme di legge

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

2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Norme relative alla Sezione Infortuni

Art. 2.2 - Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da minorazioni e da condizioni patologiche preesistenti. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 2.3 - Determinazione dell'indennizzo per il rischio professionale

In caso di sinistro occorso nell'esecuzione di un'attività professionale, l'indennizzo sarà corrisposto:

- integralmente, se il lavoro svolto al momento del sinistro rientra nella classe di rischio dichiarata dal Contraente/Assicurato ed indicata in polizza, o rientra in una classe di minor rischio rispetto a quella indicata;
- con una riduzione percentuale, se il lavoro svolto al momento del sinistro rientra in una classe di maggior rischio rispetto alla classe dichiarata in polizza.

In relazione a quanto sopra l'indennizzo spettante a termini di polizza sarà liquidato secondo la seguente Tabella.

Tabella correlata all'articolo 2.3

Attività professionale svolta al momento dell'infortunio	Attività professionale Dichiarata		
	Attività a Bassa	Attività a Media	Attività a Alta rischiosità
Attività a Bassa rischiosità	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Attività a Media rischiosità	-20%	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Attività a Alta rischiosità	-50%	-30%	Nessuna riduzione

Art. 2.4 - Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera A), la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ed in conseguenza dell'infortunio subito l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente. Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza e, in applicazione degli Artt. 60 comma 3) e 62 del Codice Civile o dell'Art. 211 del Codice della Navigazione, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponderà ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Art. 2.5 - Determinazione dell'invalidità permanente

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera B), per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla "Tabella A" (o alla clausola 3 - "Tabella INAIL" delle Condizioni Particolari - qualora espressamente richiamata).

Nel caso di una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti dalla "Tabella A", si farà riferimento ai criteri di seguito indicati:

- per le minorazioni, anziché le perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella "Tabella A", le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- per le menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso di invalidità permanente non specificata nella "Tabella A", l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità, calcolata sulla base dei valori indicati nella "Tabella A" e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto della applicabilità di presidi correttivi.

Tabella "A" correlata all'articolo 2.5

<p>Perdita anatomica o funzionale di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un arto superiore70% • una mano o un avambraccio60% • un pollice18% • un indice14% • un medio8% • un anulare8% • un mignolo12% • una falange ungueale del pollice.....9% • una falange di altro dito della mano 1/3 del valore del dito • un arto inferiore al di sopra della metà della coscia70% • un arto inferiore al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio60% • un arto inferiore al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba50% • un piede40% • ambedue i piedi100% • un alluce.....5% • un altro dito del piede1% • la falange ungueale dell'alluce2,5% <p>Perdita totale, anatomica o funzionale, di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un occhio25% • ambedue gli occhi100% <p>Perdita anatomica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria15% • della milza senza compromissioni significative della crasi ematica8% 	<p>Stenosi nasale assoluta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • monolaterale4% • bilaterale10% <p>Esiti di frattura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • del menisco laterale brachiale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile.....3% • del menisco mediale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile2% • di un metamero sacrale3% • di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente5% <p>Anchilosi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola25% • del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera20% • del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera10% • dell'anca in posizione favorevole.....35% • del ginocchio in estensione25% • della tibio-tarsica ad angolo retto10% • della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica.....15% <p>Blocco della pronosupinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano....7%</p>	<p>Paralisi completa del nervo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiale35% • ulnare20% • sciatico popliteo esterno15% <p>Esiti di frattura scomposta di una costa.....1%</p> <p>Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di una vertebra cervicale.....12% • di una vertebra dorsale5% • della dodicesima dorsale10% • di una vertebra lombare10% <p>Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo2%</p> <p>Lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio9%</p> <p>Esiti di rottura sottocutanea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • del tendine di Achille4% • di un tendine del bicipite brachiale5% • di un qualsiasi altro tendine2% <p>Sordità completa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un orecchio10% • ambedue gli orecchi40% <p>Perdita della voce.....30%</p>
--	---	--

Art. 2.6 - Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie

La liquidazione per invalidità permanente verrà determinata con le modalità che seguono:

- sulla parte di somma assicurata sino a € 150.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 3%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 3%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 150.000,00 e fino a € 250.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 5%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 5%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 10%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 500.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 15%. Quando in conseguenza di infortunio indennizzabile a termine di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti: a) di grado pari o superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie sulla parte di somma assicurata fino a € 150.000,00; b) di grado pari o superiore al 50% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie; c) pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

Art. 2.7 - Liquidazione delle ernie traumatiche o da sforzo

Per le ernie determinate da sforzo si conviene quanto segue:

- qualora l'ernia non risulti - secondo giudizio medico operabile, la Società corrisponderà un indennizzo per invalidità permanente in base al grado eventualmente residuo, valutabile - in ogni caso - in misura non superiore al 10% della totale;
 - qualora l'ernia risulti - secondo giudizio medico - operabile e la stessa non abbia residuo una Invalidità Permanente, la Società corrisponderà una Indennità giornaliera pari ad 1/1000 della somma assicurata per Invalidità Permanente, con il massimo di € 100,00 giornaliero, per una durata pari al periodo di ricovero necessario al relativo intervento chirurgico. Tale Indennità è cumulabile con l'indennità di solo ricovero e/o ricovero e convalescenza - purché prevista in polizza.
- Restano comunque fermi i criteri di liquidazione di cui all'Art. 2.6.

Art. 2.8 - Anticipo dell'indennizzo

A richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 15.000,00.

Art. 2.9 - Liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera C), la Società corrisponderà la somma assicurata:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere all'attività dichiarata in polizza;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere anche in parte all'attività dichiarata in polizza. L'indennizzo per inabilità temporanea sarà corrisposto per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni infortunio e decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con l'applicazione della seguente franchigia:

- sette giorni in caso di somma assicurata di importo fino a € 25,00
- dieci giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a € 25,00 e fino a € 50,00

- quindici giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a € 50,00

L'invalidità temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero. Tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

Art. 2.10 - Liquidazione del rimborso spese mediche da infortunio e relativa franchigia

Se l'infortunio ha come conseguenza spese mediche, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera D), la Società rimborserà le stesse all'Assicurato, nel limite del massimale pattuito per ciascun infortunio. Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, dopo la presentazione delle relative notule, distinte e ricevute di pagamento in originale, debitamente quietanzate, previa deduzione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 40,00 e con il massimo di € 250,00 per ogni infortunio che rimane a carico dell'Assicurato. La Società non applica deduzioni quando l'infortunio comporti:

- a) il ricovero in Istituto di cura;
- b) un Day Hospital di almeno due giorni consecutivi;
- c) una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni. Sono ammesse a risarcimento le spese sostenute non oltre due anni dalla data dell'infortunio, salvo per le protesi dentarie, se indennizzabili, per le quali resta fermo il termine di un anno. Quando l'Assicurato fruisca di altre forme di assistenza sanitaria anche mutualistica, la presente polizza assumerà la funzione di garanzia integrativa, per cui la Società sarà tenuta ad effettuare il rimborso delle spese solo per l'eventuale eccedenza fino a concorrenza della somma assicurata e senza applicazione della precitata franchigia. Gli originali delle ricevute presentati dall'Assicurato, a sua richiesta, vengono restituiti previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

Art. 2.11 - Liquidazione della indennità per ricovero a seguito di infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza un ricovero in istituto di cura, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera E), la Società corrisponderà:

- in caso di ricovero, l'indennità giornaliera indicata in polizza per ogni giorno di degenza;
- in caso di Day Hospital, purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi, una indennità pari al 50% della somma indicata in polizza, per ogni giorno di degenza diurna.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, trecentosessantacinque giorni per infortunio;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata del ricovero o del Day Hospital e la causa;
- c) i giorni di entrata e quello di uscita dall'istituto di cura sono considerati una sola giornata, qualunque sia stata l'ora dell'accettazione in reparto e della dimissione;
- d) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

Art. 2.12 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 2.13 - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio, sulle sue conseguenze, nonché sull'applicazione dell'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente), possono essere demandate - in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria ordinaria - con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle Condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle spese e competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della parte soccombente. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 2.14 - Limite di indennizzo per sinistro collettivo

Si conviene fra le parti che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € 5.000.000,00. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

Art. 2.15 - Liquidazione della indennità per ricovero a seguito di malattia

Se la malattia ha come conseguenza un ricovero in Istituto di cura, secondo la previsione dell'Art. 4.1 (Garanzie prestate) - lettera A), la Società corrisponderà:

- in caso di ricovero, l'indennità giornaliera indicata in polizza per ogni giorno di degenza;
- in caso di Day Hospital, purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi, una indennità pari al 50% della somma indicata in polizza, per ogni giorno di degenza diurna.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, trecentosessantacinque giorni per ogni malattia;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata del ricovero o del Day Hospital e la causa;
- c) i giorni di entrata e quello di uscita dall'istituto di cura sono considerati una sola giornata, qualunque sia stata l'ora dell'accettazione in reparto e della dimissione;
- d) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

3. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE – RCT

Art. 3.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o Assicurato, 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 (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice civile).

Art. 3.2 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 Codice civile).

Art. 3.3 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 Codice civile). I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società. Il pagamento del premio può essere effettuato dal Contraente tramite:

- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Società;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Società;
- con contante nei limiti previsti dalla normativa vigente. Il pagamento del premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del titolo. È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 Codice civile.

Art. 3.4 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 3.5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di 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 (art. 1898 Codice civile).

Art. 3.6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate del premio successive alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 Codice civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 3.7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza (art. 1913 Codice civile). Agli effetti dell'assicurazione di responsabilità civile verso i prestatori di lavoro, l'Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta penale a norma della legge infortuni o per i quali il prestatore di lavoro ha presentato richiesta di risarcimento danni. L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 Codice civile).

Art. 3.8 - Disdetta in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni. In tale caso essa, entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 3.9 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza della assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente. Qualora la polizza sia di durata poliennale, le Parti avranno comunque la facoltà di recedere dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione, mediante invio di lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza annuale.

Art. 3.10 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 3.11 - Foro competente

Il foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 3.12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 3.13 - Oggetto dell'assicurazione:

a) Assicurazione della responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione. L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

b) Assicurazione Responsabilità Civile verso dipendenti soggetti all'assicurazione di legge contro gli infortuni (R.C.O.) - Compreso danno biologico

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

b.1) ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 come modificato dal D.Lgs. n. 38 del 23/02/2000 (rivalsa I.N.A.I.L.) per gli infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti, addetti all'attività per la quale è prestata l'assicurazione, compresi altresì i dirigenti e le persone in rapporto di lavoro a progetto (parasubordinati) compreso inoltre il rischio in itinere.

La Società quindi si obbliga a rifondere all'Assicurato le somme richieste dall'I.N.A.I.L. a titolo di regresso.

b.2) ai sensi del codice civile (e maggior danno) nonché del D.Lgs. 81/2008 (e successive modifiche ed integrazioni) a titolo di risarcimento di danni non rientranti nei casi di cui al precedente punto b.1) o eccedenti gli stessi cagionati ai su indicati prestatori di lavoro da infortuni dai quali sia derivata morte o invalidità permanente (escluse le malattie professionali).

Tale garanzia è prestata, con riferimento a ciascun evento, con una franchigia fissa di € 2.500,00 per persona infortunata.

L'assicurazione R.C.O. è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge.

b.3) buona fede I.N.A.I.L.

l'assicurazione di Responsabilità Civile verso dipendenti soggetti all'assicurazione di legge contro gli infortuni (R.C.O.) conserva la propria validità anche nel caso di mancata assicurazione di personale presso l'I.N.A.I.L. quando ciò derivi da inesatta o erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia e sempreché ciò non derivi da comportamento doloso.

c) Assicurazione Responsabilità Civile verso Dipendenti non soggetti all'Assicurazione di legge contro gli Infortuni (R.C.I.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni corporali (escluse le malattie professionali) cagionati, con colpa sia lieve che grave, ai propri dipendenti non soggetti all'obbligo di assicurazione ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 N. 1124 come modificato dal D. Lgs. n. 38 del 23/02/2000, in conseguenza di un fatto verificatosi in occasione di lavoro o di servizio.

d) Rivalsa I.N.P.S.

L'assicurazione R.C.T./R.C.O./R.C.I. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 giugno 1984, n. 222.

e) Equiparazione ai dipendenti

Agli effetti delle garanzie R.C.O. ed R.C.I. di cui al presente art. 13 - lett. b) e c), sono equiparati a prestatori di lavoro dipendenti dall'Assicurato i soci a responsabilità limitata e gli associati in partecipazione (escluso il legale rappresentante), purché addetti all'attività per la quale è prestata l'assicurazione. Limitatamente alle sole rivalse I.N.A.I.L. ed I.N.P.S., la garanzia è estesa ai soci a responsabilità illimitata, ai soci aventi qualifica di legali rappresentanti, ai familiari dell'Assicurato (o dei soci), purché addetti all'attività per la quale è prestata l'assicurazione.

f) Responsabilità civile personale dei dipendenti

L'assicurazione vale per la responsabilità civile personale dei dipendenti dell'Assicurato per danni involontariamente cagionati a terzi, escluso l'Assicurato stesso, nello svolgimento delle loro mansioni contrattuali e ciò entro i massimali pattuiti per la R.C.T.

Agli effetti di questa estensione di garanzia e sempreché sia operante la garanzia R.C.O./R.C.I., sono considerati terzi anche i dipendenti dell'Assicurato, limitatamente ai danni da essi subiti per morte o per lesioni personali gravi o gravissime, così come definite dall'art. 583 c.p., e ciò entro i massimali previsti per la R.C.O.

Art. 3.14 - Validità territoriale

L'assicurazione R.C.T. vale per i danni che avvengono nel territorio di tutti i paesi europei. L'assicurazione R.C.O. vale per il mondo intero.

Art. 3.15 - Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione R.C.T.:

- a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- b) quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lett. a);
- c) le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio; i subappaltatori ed i loro dipendenti nonché tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione, salvo quanto diversamente previsto in polizza.

Art. 3.16 - Rischi esclusi dall'assicurazione L'assicurazione R.C.T. non comprende i danni:

- a) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- b) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;
- c) alle opere in costruzione ed a quelle sulle quali si eseguono i lavori;
- d) alle cose trasportate su mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni;
- e) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; ad interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni ad impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

Art. 3.17 - Rischi assicurabili solo con patto speciale o con condizione aggiuntiva

L'assicurazione R.C.T. non comprende i danni:

- a) da furto;
 - b) alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
 - c) provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'Assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;
 - d) derivanti dalla proprietà di fabbricati e dei relativi impianti fissi;
 - e) alle cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
 - f) ai mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni;
 - g) alle cose trovantisi nell'ambito di esecuzione dei lavori;
 - h) cagionati da opere o installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori nonché i danni cagionati da prodotti e cose in genere dopo la consegna a terzi; per le opere che richiedono spostamenti successivi dei lavori e, comunque, ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e, comunque, dopo trenta giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso ed aperta al pubblico;
 - i) a condutture ed impianti sotterranei in genere; a fabbricati ed a cose in genere dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazioni del terreno, da qualsiasi causa determinati;
 - l) derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
 - m) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli Articoli 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice civile;
 - n) conseguenti a malattie già manifestatesi o che potrebbero manifestarsi in relazione alla encefalopatia spungiforme - BSE.
- L'assicurazione R.C.T./R.C.O./R.C.I. non comprende i danni:
- o) da detenzione o impiego di esplosivi;
 - p) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
 - q) di qualunque natura, comunque occasionati, direttamente o indirettamente derivanti, seppure in parte, dall'esposizione e/o contatto con l'asbesto, l'amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto o l'amianto;
 - r) conseguenti a responsabilità derivanti da campi elettromagnetici;
 - s) derivanti da scioperi, tumulti, sommosse, atti vandalici, di terrorismo e di sabotaggio.

Art. 3.18 - Regolazione del premio

Il premio è convenuto sulla base di elementi variabili, viene anticipato in via provvisoria come risulta nel conteggio indicato in polizza - che deve intendersi come premio minimo annuo - 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, fermo il premio minimo stabilito in polizza. A tale scopo:

a) Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio entro sessanta giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè, a seconda del caso, l'indicazione:

- delle retribuzioni lorde corrisposte al personale compreso nell'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro; nonché l'importo corrisposto per le prestazioni di lavoro ai sensi della "Legge Biagi" (cond. aggiuntiva 78);
- del volume di affari (fatturato esclusa IVA);
- degli altri elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro quindici giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società.

b) Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati

Nel caso in cui il Contraente nei termini prescritti non abbia effettuato:

- la comunicazione dei dati, ovvero
- il pagamento della differenza attiva dovuta il premio, anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo e per il quale non ha avuto luogo la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza attiva.

In tale eventualità la garanzia resta sospesa dalla scadenza dei termini di cui al precedente comma a) e riprende vigore alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato/Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare la risoluzione del contratto con lettera raccomandata. Per i contratti cessati per qualsiasi motivo: nel caso in cui il Contraente non adempia agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società non sarà obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. Resta fermo per la Società stessa il diritto di agire giudizialmente.

c) Rivalutazione del premio anticipato in via provvisoria

Se all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.

d) Verifiche e controlli

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, nei limiti del D.Lgs. n. 196 del 30/6/2003 (Codice in materia di dati personali), per i quali l'Assicurato/Contraente è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 3.19 - Gestione delle vertenze di danno - Spese di resistenza

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 3.20 - Franchigia

L'Assicurazione R.C.T. si intende prestata con l'applicazione della franchigia, per ogni sinistro, indicata nella scheda di polizza. Tale franchigia si applica per tutti i rischi e/o garanzie, fermi comunque eventuali scoperti e/o franchigie di importo superiore previsti in polizza per particolari condizioni.

Art. 3.21 - Massimo risarcimento

Qualora lo stesso sinistro interessi contemporaneamente la garanzia R.C.T. e/o R.C.I. e/o R.C.O., il massimo esborso della Società non potrà superare il massimale previsto in polizza per la garanzia R.C.T.

VARIANTI ALLA CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

A parziale deroga delle Condizioni di Polizza si prende atto tra le parti delle seguenti modifiche ed integrazioni:

1. I termini di pagamento del premio di polizza iniziale, delle rate di rinnovo e delle appendici di regolazione premio viene prorogato a 90 giorni.
2. La garanzia opera nei limiti dei massimali previsti dalla scheda tecnica del rischio, allegato "A" del DDS 271/SPO del 20/12/2018.
3. I volontari in SCR sono terzi tra di loro, terzi verso la contraente e verso soggetti ospitanti, così come il soggetto ospitante è considerato terzo nei confronti della contraente.
4. L'operatore economico dichiara, ai fini dell'applicazione dell'articolo 53, comma 16 ter, del decreto legislativo n. 165/2001, di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'Amministrazione che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. L'operatore economico dichiara, altresì, di essere consapevole che qualora emerga la predetta situazione verrà disposta l'esclusione dalla procedura di affidamento in oggetto.

Ancona, 07 gennaio 2019

Per la AssiAdriatica SRL.
Pesaresi Giorgio

Per la Regione Marche
Giovanni Santarelli