

EPPI

Capitolato tecnico dell'assicurazione

INFORTUNI CUMULATIVA



Decorrenza ore 24.00 del 31/12/2025

Scadenza ore 24.00 del 31/12/2028

CIG: B79AAD2CF6

Sommario

DEFINIZIONI	3
SEZIONE 1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	4
1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede	4
1.2 Decorrenza della garanzia e pagamento del premio.....	4
1.3 Modifiche dell'assicurazione	4
1.4 Durata del contratto - Rescindibilità	4
1.5 Rinvio alle norme di legge	5
1.6 Produzione di informazioni sui sinistri.....	5
1.7 Interpretazione del contratto	5
1.8 Oneri fiscali.....	5
1.9 Foro competente	5
1.10 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società.....	5
1.11 Coassicurazione e delega	5
1.12 Clausola Broker.....	6
1.13 Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.....	6
1.14 Trattamento dei dati.....	6
SEZIONE 2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	8
2.1 Oggetto dell'assicurazione.....	8
2.2 Estensione dell'assicurazione.....	8
2.3 Rischio volo.....	8
2.4 Rischio di guerra all'estero.....	8
2.5 Estensione territoriale.....	8
2.6 Esclusioni.....	8
2.7 Limiti di età.....	9
2.8 Persone non assicurabili.....	9
2.9 Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	9
2.10 Criteri di indennizzabilità.....	9
2.11 Morte.....	9
2.12 Morte presunta	9
2.13 Invalidità permanente	10
2.14 Inabilità temporanea (se assicurata).....	10
2.15 Rimborso spese sanitarie (se assicurato).....	10
2.16 Indennità di ricovero a seguito di infortunio (se assicurata).....	11
2.17 Pagamento dell'indennizzo.....	11
2.18 Cumulo di indennità.....	11
2.19 Controversie	11
2.20 Rinuncia alla rivalsa.....	12
2.21 Esonero denuncia condizioni degli Assicurati	12
2.22 Esonero denuncia generalità degli Assicurati	12
2.23 Esonero denuncia altre assicurazioni	12
SEZIONE 3. NORME PARTICOLARI	13
3.1 Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche.....	13
3.2 Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni	13
3.3 Rischio in itinere	13
3.4 Malattie professionali.....	13
3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione	13
3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività	13
3.7 Deroga ai limiti di età.....	13
3.8 Danni estetici.....	13
3.9 Malattie tropicali	14
3.10 Spese di rimpatrio.....	14
3.11 Regolazione del premio.....	14

3.12 Variazione assicurati e regolazione premio (valida per le sole sezioni che rechino l'elenco nominativo degli assicurati)	14
3.13 Clausola dirigenti	15
SEZIONE 4 LIMITI E FRANCHIGIE	16
4.1 Limite catastrofale	16
4.2 Franchigia	16
Sezione A - Dirigenti	18
Sezione B – Quadri e Impiegati	19
Sezione C – Membri degli Organi Collegiali	20

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato

Assicurato: Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

Broker incaricato: Howden S.p.A. – Sede Legale in Milano, Via Arconati, 1 – mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.lgs. n. 209/2005.

Compagnia e/o Società: L'Impresa Assicuratrice.

Contraente: Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato sul frontespizio della presente polizza.

Franchigia: Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Inabilità temporanea: Temporanea incapacità di attendere alle occupazioni professionali svolte.

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, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea

Ingessatura: Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti e applicati in istituti di cura o ambulatori medici.

Inabilità permanente: Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Istituti di cura: Ospedali, cliniche, case di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

Periodo assicurativo annuo: L'intera annualità assicurativa o il minor periodo di durata dell'assicurazione.

Polizza: Il contratto di assicurazione.

Premio: La somma dovuta alla Società.

Ricovero: Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

SEZIONE 1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede

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

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

A parziale deroga all'art. 1897 c.c., nei casi di diminuzione del rischio la riduzione di premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (al netto delle imposte) entro 60 giorni dalla comunicazione, rinunciando allo scioglimento del contratto e alla facoltà di recesso a essa spettante a termini del sopra richiamato art. 1897 c.c.

1.2 Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 C.C., avvenga entro i 60 giorni successivi. In mancanza di pagamento l'assicurazione resterà sospesa dal 61° giorno fino alle ore 24 del giorno di pagamento

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 C.C.).

I premi saranno pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto diversamente normato dalla clausola di regolazione del premio, ove prevista.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 Gennaio 2008 n°40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

1.3 Modifiche dell'assicurazione

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

1.4 Durata del contratto - Rescindibilità

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

Su espressa richiesta scritta del Contraente il contratto sarà prorogato ai sensi dell'art. 120 c.10 del D.lgs. 36/2023 alle medesime condizioni per un ulteriore periodo di 1 anno.

Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna tuttavia a prorogare ai sensi dell'art.120 c.11 del D.lgs. 36/2023, l'assicurazione alle condizioni economiche e normative in corso, per il tempo necessario alla conclusione della procedura ma non oltre 180 giorni.

Nel caso di contratto di durata poliennale, ciascuna delle parti ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo a ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra parte almeno 90 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.

In caso di recesso da parte della Società, previa richiesta del Contraente, la stessa è obbligata a concedere una proroga per un periodo massimo di 90 giorni.

Si precisa che per avere effetto la predetta comunicazione di recesso della Società dovrà essere obbligatoriamente corredata dal dettaglio aggiornato dei sinistri articolato come specificato al successivo art. 1.6 "Produzione di informazioni sui sinistri", fatto salvo il diritto del Contraente di chiedere ed ottenere successivi aggiornamenti.

1.5 Rinvio alle norme di legge

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

1.6 Produzione di informazioni sui sinistri

1. La Società, a semplice richiesta del Contraente ed entro 20 (venti) giorni dal ricevimento della stessa, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:
 - a) sinistri denunciati;
 - b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
 - c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
 - d) sinistri senza seguito;
 - e) sinistri respinti.
2. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile e utilizzabile dal Contraente stesso.
3. Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.
4. La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.

1.7 Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

1.8 Oneri fiscali

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

1.9 Foro competente

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

1.10 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Si conviene tra le parti che tutte le comunicazioni alle quali le parti sono contrattualmente tenute saranno considerate valide se fatte dall'una all'altra parte con lettera raccomandata o e-mail o telefax o pec o altro strumento idoneo ad assicurarne la provenienza.

1.11 Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che:

- ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicuratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art. 1911 c.c.;

- tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicuratrice Delegataria e del Contraente e ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici;
- con la firma del presente contratto, le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto, la firma apposta su detti documenti dalla società Delegataria li rende validi a ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

Relativamente ai premi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

1.12 Clausola Broker

1. Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione del presente contratto – con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.
2. Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.
3. La Società, inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.
4. Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo mail e/o telefax e/o pec, le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dalla data di invio della mail e/o telefax e/o pec.
5. I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.
6. La remunerazione del broker, che ha eseguito le attività di cui sopra, è a carico della Compagnia nella misura, in percentuale sul premio imponibile, del 8%.

1.13 Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, la Stazione Appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane Spa, il presente contratto si intende risolto di diritto.

Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

1.14 Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 nonché successive modifiche ed integrazioni, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società e 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 2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

2.1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle attività professionali principali e secondarie, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, in base alle effettive caratteristiche del rischio, non avrebbero determinato alcun aumento del premio; attività derivanti da ragioni di servizio e/o di incarico e/o mandato ricevuto; attività svolte per altri enti pubblici a seguito di comando dell'Ente di appartenenza
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, di incarico o di mandato.

2.2 Estensione dell'assicurazione

Sono inoltre compresi nell'assicurazione:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti e le intossicazioni acute e/o lesioni prodotte da ingestione di cibo o di altre sostanze;
- le morsicature, le punture e le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni tetaniche conseguenti a infortuni risarcibili a termine di polizza;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- l'annegamento;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore e altre influenze termiche e atmosferiche;
- le ernie traumatiche e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di contatto con corrosivi;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione di queste ultime abbia comprovato carattere terapeutico, esclusi quelli sofferti alla guida di mezzi di locomozione;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici e altre calamità naturali, nonché, a condizione che l'Assicurato non abbia preso parte attiva a tali eventi, gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo e attentati.

2.3 Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque esercitati tranne che da aeroclub.

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

2.4 Rischio di guerra all'estero

La garanzia viene estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero e ciò per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.

2.5 Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Gli eventuali indennizzi saranno corrisposti in Italia e in Euro.

2.6 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di mezzi di locomozione aerei;

- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) da corse e gare – e relative prove – di ippica, calcio, ciclismo, football americano e rugby, salvo che esse abbiano carattere non professionistico;
- d) da corse e gare – e relative prove – comportanti l'uso di veicoli a motore o natanti a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- e) da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto alla norma "rischio di guerra all'estero";
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.

2.7 Limiti di età

L'assicurazione, salvo diversa pattuizione risultante in polizza, non vale per le persone di età superiore a 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale successiva.

2.8 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili (salvo diversa previsione risultante dalla scheda di polizza) le persone affette da infermità mentali che incidano sulla capacità di intendere e di volere, da alcoolismo o da tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

2.9 Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio, con la descrizione dell'evento e delle cause che lo determinano, corredata anche successivamente di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Società entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente il Contraente o l'Assicurato devono inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa. L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

2.10 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo 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 considerati 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 questo avesse interessato una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dalla norma "Invalidità permanente".

2.11 Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi.

2.12 Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità e, in seguito, l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

2.13 Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, secondo le percentuali previste dalla tabella di cui all'allegato 1 alla Legge 30.06.1965 n. 1124 e ss.mm.ii. in vigore fino al 24/07/2000, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge e con la pattuizione che, qualora per la quantificazione del danno siano previste tabelle per la parte destra e per la parte sinistra del corpo, troverà comunque applicazione la tabella prevista per la parte destra, indipendentemente dalla parte colpita dal sinistro.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti a ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita della mano, escludendo il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale delle falangi stesse.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella sopra menzionata tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura in cui risulta diminuita la capacità generica dell'Assicurato a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Decorso almeno 90 giorni dall'infortunio, su richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente superiore al 20%, anticiperà il pagamento di un indennizzo calcolato con riferimento all'anzidetta percentuale, al netto di eventuali franchigie.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'intera indennità assicurata a tale titolo.

2.14 Inabilità temporanea (se assicurata)

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

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- b) parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

I sinistri avvenuti al di fuori dell'Europa sono indennizzabili limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero.

2.15 Rimborso spese sanitarie (se assicurato)

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, o per il minor periodo di validità pattuito, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- accertamenti medico legali (esclusi quelli previsti alla norma "controversie");
- visite mediche e specialistiche;

- acquisto di farmaci;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- tutori, presidi, apparecchi protesici o terapeutici;
- cure odontoiatriche e protesi dentarie;
- acquisto di lenti, anche a contatto e apparecchi acustici;
- rette di degenza;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo.

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.

2.16 Indennità di ricovero a seguito di infortunio (se assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in istituto di cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 365 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Qualora venga applicata un'ingessatura, l'indennità giornaliera prevista viene corrisposta, sino alla rimozione del mezzo di contenzione, anche per il periodo trascorso fuori dell'istituto.

2.17 Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.

Per gli infortuni avvenuti all'estero, il pagamento verrà effettuato in Italia in valuta italiana.

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che gli indennizzi siano stati liquidati o comunque offerti in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato ed offerto.

2.18 Cumulo di indennità

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

2.19 Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se e in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità, a norma e nei limiti delle norme di polizza, a un Collegio di tre medici nominati uno per parte e 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. Il Collegio Medico risiede ove ha sede il Contraente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

La Società, entro 10 giorni dalla nomina del terzo medico, convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Le decisioni del Collegio 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente, ove ne riscontri l'opportunità, a un termine, entro 2 anni, da fissarsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto stabilire una provvisoria sull'indennizzo totale non inferiore alla percentuale di invalidità permanente non in discussione.

2.20 Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato, o dei suoi aventi causa, nei confronti dei responsabili dell'infortunio.

2.21 Esonero denuncia condizioni degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni e i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

2.22 Esonero denuncia generalità degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alla documentazione amministrativa tenuta dal Contraente a termini di legge.

2.23 Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate.

SEZIONE 3. NORME PARTICOLARI

(operanti solo se espressamente richiamate alle singole sezioni della Scheda di polizza)

3.1 Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività e nell'espletamento delle funzioni professionali e/o durante lo svolgimento di qualsiasi incarico inerente al servizio e/o al mandato conferitogli e/o in occasione di comando da parte del Contraente presso altri Enti Pubblici e/o durante lo svolgimento delle attività meglio descritte nella Scheda tecnica di polizza.

3.2 Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni

Il premio viene anticipato in base al preventivo delle retribuzioni lorde annue corrisposte al personale dipendente, alle quali è applicato il tasso lordo di premio, che rimane fisso per tutta la durata del contratto, come indicati nella scheda di polizza; il detto premio è soggetto a conguaglio al termine di ciascun periodo assicurativo, sulla scorta delle retribuzioni lorde annue registrate a consuntivo. Agli effetti del calcolo del premio per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, le indennità di disagio, di missione, la tredicesima e la eventuale quattordicesima.

Per la liquidazione delle indennità è considerata "retribuzione annua" dell'infortunato quella come sopra percepita nei 12 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio; Se l'infortunato ha una anzianità di servizio inferiore ai 3 mesi, è considerata retribuzione quella che egli avrebbe percepito nel primo anno di servizio in base al C.C.N.L. di categoria.

3.3 Rischio in itinere

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato mentre compie il tragitto per recarsi dall'abitazione al luogo di svolgimento dell'attività, del mandato o dell'incarico, e viceversa.

3.4 Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e con la franchigia relativa prevista. È fatta eccezione per la silicosi, per l'asbestosi e per le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, che si intendono pertanto escluse dalla garanzia.

3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà l'indennità prevista in polizza per il caso di morte, maggiorata del 50%.

3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività

L'assicurazione è operante anche per gli infortuni subiti dagli assicurati in seguito ad aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, anche fuori dall'orario di lavoro e/o fuori dai luoghi di svolgimento di mandati o di incarichi, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

3.7 Deroga ai limiti di età

L'assicurazione è operante anche per le persone di età superiore a 80 anni e fino a 85 anni, per le quali resta tuttavia convenuto che la garanzia per invalidità permanente deve intendersi prestata con una franchigia assoluta del 5% (cinque per cento), in deroga a ogni diversa previsione delle norme che regolano l'assicurazione.

3.8 Danni estetici

In caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso non risulti altrimenti indennizzabile in forza del presente contratto, la Società rimborserà, fino a un massimo

di Euro 7.500,00 per Assicurato, le spese per cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

3.9 Malattie tropicali

La garanzia è prestata per il rischio delle malattie tropicali da cui gli assicurati fossero colpiti durante il soggiorno in tutto il mondo, con l'intesa che per le malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. 07.02.38 n. 281 e successive modifiche e integrazioni.

La validità della garanzia per le malattie tropicali è subordinata al fatto che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle autorità sanitarie dei paesi ove si recano.

3.10 Spese di rimpatrio

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

Per tale estensione di garanzia è previsto un limite di Euro 7.000,00 per Assicurato.

3.11 Regolazione del premio

Il premio viene anticipato dal Contraente in via provvisoria, sulla base dei parametri e dei rispettivi importi unitari indicati nelle singole schede tecniche quali elementi per il conteggio del premio.

Il detto premio viene definito al termine di ciascun periodo assicurativo annuo sulla scorta delle differenze registrate a consuntivo negli anzidetti parametri.

A tal fine, entro 120 giorni dalla scadenza di ogni periodo assicurativo annuo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il consuntivo dei parametri sopra menzionati, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

L'eventuale differenza di premio risultante dalla regolazione deve essere pagata dalla parte debitrice entro i 60 giorni successivi a quello di ricevimento, da parte del Contraente, della relativa appendice emessa dalla Società, inteso che l'eventuale differenza passiva verrà rimborsata al Contraente al netto delle imposte.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore ai 30 giorni. Trascorso tale termine, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o non è stato effettuato il pagamento della differenza attiva; in carenza della prescritta comunicazione o del pagamento della differenza attiva dovuta alla Società, l'assicurazione resta sospesa fino alla ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, per iscritto, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

3.12 Variazione assicurati e regolazione premio (valida per le sole sezioni che rechino l'elenco nominativo degli assicurati)

Premesso che l'assicurazione vale per le persone nominativamente designate, le eventuali variazioni delle medesime devono essere comunicate dal Contraente per iscritto.

Rispetto a tali variazioni, l'assicurazione prende effetto dalle ore 24 del giorno di ricevimento, da parte della Società, della relativa comunicazione scritta.

Ai fini del conteggio del corrispondente premio in aumento o in diminuzione, si conviene fra le parti che:

- entro 120 giorni dal termine di ciascun periodo assicurativo annuo la Società, sulla scorta delle comunicazioni di variazione ricevute nel corso del medesimo periodo, procederà all'emissione dell'appendice recante il riepilogo delle persone assicurate oltre al conteggio premio annuo definitivo;

- il pagamento della eventuale differenza di premio verrà effettuato dalla parte debitrice entro 60 giorni dalla data di ricevimento, da parte del Contraente, dell'anzidetta appendice; nel caso risulti una differenza passiva, l'importo del rimborso a favore del Contraente verrà corrisposto al netto delle imposte.

3.13 Clausola dirigenti

Resta tra le Parti convenuto che limitatamente alle persone con la qualifica di Dirigente:

- a. la garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute per l'industria esercitata dalla Contraente dal D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto. A tale riguardo la Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie;
- b. in caso di invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di invalidità permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 (per l'industria) e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano in caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita; c) qualora in conseguenza di una malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in misura superiore ai 2/3, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente viene liquidata al 100% (cento per cento)

SEZIONE 4 LIMITI E FRANCHIGIE

4.1 Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 20.000.000,00.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

4.2 Franchigia

- Sezione A – Dirigenti: Non è prevista l'applicazione di franchigie
- Sezione B – Quadri ed impiegati: 3% che si annulla oltre il 10%
- Sezione C – Membri degli organi collegiali: 3% che si annulla oltre il 10%

SCHEDA DI POLIZZA

costituente parte integrante della polizza infortuni n°

Contraente: EPPi Ente di Previdenza dei Periti Industriali e Periti Industriali Laureati
 Via Morgagni 30, E
 00198 Roma P.IVA 97144300585

durata del contratto: anni 3
effetto dal: 31/12/2025
scadenza il: 31/12/2028
prima quietanza: 31/12/2026
frazionamento: annuale

L'assicurazione è operante in favore degli Assicurati e con riferimento agli ambiti meglio precisati alle seguenti singole Sezioni, per le indennità assicurate e dietro corresponsione dei premi rispettivamente indicati in ciascuna di esse:

Sezione/Assicurati	Riepilogo premi lordi annui
Sezione A – Dirigenti	Euro.0,00=
Sezione B – Quadri ed impiegati	Euro.0,00=
Sezione C – Membri degli organi collegiali	Euro.0,00=
PREMIO ANNUO TOTALE	Euro.0,00=

Scomposizione del premio annuo

Premio annuo imponibile	Euro.0,00=
Imposte	Euro.0,00=
TOTALE	Euro.0,00=

La Società

Il Contraente

Sezione A - Dirigenti

Assicurati

I dirigenti del Contraente

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato, appartenente alla categoria dei Dirigenti, subisca durante l'espletamento di qualsiasi incarico o mansione svolto per conto dell'Ente, inclusi, a titolo esemplificativo e non limitativo, i rischi legati alla partecipazione a riunioni, sopralluoghi ivi compresi il rischio in itinere ed i trasferimenti in genere, e comunque durante lo svolgimento del mandato ricoperto. La copertura presta la sua efficacia anche per le attività extraprofessionali.

Indennità assicurate pro capite

- **Morte:** 5,00 volte la retribuzione annua lorda con un massimo di 1.200.000,00;
- **Invalidità Permanente:** 6,00 volte la retribuzione annua lorda con un massimo di 1.400.000,00;
- **Rimborso spese sanitarie:** Euro 10.000,00 per persona e per evento
- **Indennità da ricovero:** Euro 50,00 al giorno
- **Inabilità temporanea da infortunio:** Euro 50,00 al giorno

Condizioni particolari operanti

- 2.15 Rimborso spese sanitarie
- 3.1 Limitazione della garanzia agli infortuni professionali o da attività specifiche
- 3.2 Assicurazioni in base ai multipli delle retribuzioni
- 3.3 Rischio in itinere
- 3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione
- 3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario e dell'ambito di svolgimento dell'attività
- 3.7 Deroga ai limiti di età
- 3.8 Danni estetici
- 3.9 Malattie tropicali
- 3.10 Spese di rimpatrio
- 3.11 Regolazione del premio
- 3.13 Clausola dirigenti

Elementi per il conteggio del premio lordo

Il premio annuo lordo viene determinato in base a:

- **Preventivo retribuzioni annue lorde della categoria Dirigenti: Euro 660.000,00**

Il premio lordo annuo, soggetto a regolazione a consuntivo, ammonta a Euro _____

Sezione B – Quadri e Impiegati

Assicurati

Quadri e Impiegati della Contraente

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato, appartenente alla categoria dei Quadri e Impiegati, subisca durante l'espletamento di qualsiasi incarico o mansione svolto per conto dell'Ente, inclusi, a titolo esemplificativo e non limitativo, i rischi legati alla partecipazione a riunioni, sopralluoghi ivi compresi il rischio in itinere ed i trasferimenti in genere, e comunque durante lo svolgimento del mandato ricoperto. La copertura presta la sua efficacia anche per le attività extraprofessionali.

Indennità assicurate pro capite

- **Morte:** 5,00 volte la retribuzione annua lorda con un massimo di 650.000,00;
- **Invalidità Permanente:** 6,00 volte la retribuzione annua lorda con un massimo di 800.000,00;
- **Rimborso spese sanitarie:** Euro 10.000,00 per persona e per evento
- **Indennità da ricovero:** Euro 50,00 al giorno
- **Inabilità temporanea da infortunio:** Euro 50,00 al giorno

Condizioni particolari operanti

- 2.15 Rimborso spese sanitarie
- 3.1 Limitazione della garanzia agli infortuni professionali o da attività specifiche
- 3.2 Assicurazioni in base ai multipli delle retribuzioni
- 3.3 Rischio in itinere
- 3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione
- 3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario e dell'ambito di svolgimento dell'attività
- 3.7 Deroga ai limiti di età
- 3.8 Danni estetici
- 3.9 Malattie tropicali
- 3.10 Spese di rimpatrio
- 3.11 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio lordo

Il premio annuo lordo viene determinato in base a:

- **Preventivo retribuzioni annue lorde della categoria Quadri e Impiegati: Euro 1.280.000,00**

Il premio lordo annuo, soggetto a regolazione a consuntivo, ammonta a Euro _____

Sezione C – Membri degli Organi Collegiali

Assicurati

Membri degli Organi Collegiali.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato, appartenente alla categoria membri degli Organi Collegiali, subisca durante l'espletamento della carica ivi compresi il rischio in itinere ed i trasferimenti in genere, e comunque durante lo svolgimento del mandato ricoperto.

Indennità assicurate pro capite

- **Morte:** Euro 1.000.000,00
- **Invalità Permanente:** Euro 1.100.000,00;
- **Rimborso spese sanitarie:** Euro 10.000,00 per persona e per evento
- **Indennità da ricovero:** Euro 150,00 al giorno
- **Inabilità temporanea da infortunio:** Euro 150,00 al giorno

Condizioni particolari operanti

- 2.15 Rimborso spese sanitarie
- 3.1 Limitazione della garanzia agli infortuni professionali o da attività specifiche
- 3.2 Assicurazioni in base ai multipli delle retribuzioni
- 3.3 Rischio in itinere
- 3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione
- 3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario e dell'ambito di svolgimento dell'attività
- 3.7 Deroga ai limiti di età
- 3.8 Danni estetici
- 3.9 Malattie tropicali
- 3.10 Spese di rimpatrio
- 3.11 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo è determinato in base a:

- **numero Membri Organi Collegiali = 26 (16 Consiglio di Indirizzo Generale – 5 Consiglio di Amministrazione - 5 Collegio Sindacale)**

premio unitario = Euro _____

Il premio lordo annuo, soggetto a regolazione a consuntivo, ammonta a Euro _____