



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 144

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

Oggetto: trasmissione polizze relative a servizi di copertura assicurativa per gli Ordini territoriali.

Cari Presidenti,

facendo seguito alla comunicazione n. 109 del 21.05.2021 in riferimento all'aggiudicazione della procedura telematica aperta finalizzata all'acquisizione di servizi di copertura assicurativa per gli Ordini e per la FNOMCeO, **si trasmettono in allegato le polizze relative ai lotti di interesse degli Ordini territoriali.**

Lotto 3 Polizza RC Patrimoniale professionale CIG 847241278E premio annuo imponibile offerto € 58.900,00 - società aggiudicataria **UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA** P.IVA/C.F. 00818570012

Lotto 4 Polizza Tutela Legale CIG 8472413861 premio annuo imponibile offerto € 92.800,00 – società aggiudicataria **UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA** P.IVA/C.F. 00818570012;

lotto 5 Polizza Cumulativa infortuni CIG 8472430669 premio annuo imponibile offerto € 23.203,21- società aggiudicataria **LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.** P.IVA/C.F. 10548370963.

Gli uffici della Federazione saranno a disposizione per qualsiasi informazione (06 36203231-36203237- 36203232- 36203240 contratti@fnomceo.it)

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Dott. Filippo Anelli

CDL

Firmato digitalmente da

All.ti n 3

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e

**FILIPPO
ANELLI**

O = FNOMCEO
C = IT

POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA
N. ESA100079-LB

STIPULATA TRA



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

E

Compagnia Assicuratrice: LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.
Corso Garibaldi, 86 – 20121 Milano (MI)

Coverholder JK UNDERWRITING S.R.L.

Durata del contratto	Dalle ore 24:00 del	30.06.2021
	Alle ore 24:00 del	30.06.2024
Rateazione	Semestrale (30.06 – 31.12)	

SOMMARIO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	4
Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale	4
Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni.....	4
Art. 1.3 – Soggetti assicurati - Precisazioni.....	5
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE.....	7
Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	7
Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio	7
Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori	7
Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione	7
Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro	8
Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto	8
Art. 2.7 – Regolazione del premio (ove convenuta)	8
Art. 2.8 – Oneri fiscali	8
Art. 2.9 - Partecipazione in coassicurazione	8
Art. 2.9 bis – Partecipazione in RTI	9
Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni	9
Art. 2.11 – Clausola Broker	9
Art. 2.12 – Legittimazione.....	9
Art. 2.13 - Beneficiari	9
Art. 2.14 - Sanzioni Internazionali	10
Art. 2.15 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente	10
Art. 2.16 – Trattamento dati	10
Art. 2.17 – Tracciabilità flussi finanziari	10
Art. 2.18 – Interpretazione del contratto.....	10
Art. 2.19 – Disciplina dell'appalto	10
SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA	11
Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione	11
Art. 3.2 – Estensioni di garanzia	11
3.2.1 - Spese di trasporto a carattere sanitario	11
3.2.2 - Rientro sanitario	11
3.2.3 - Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero).....	11
3.2.4 - Danni estetici	11
3.2.5 - Esposizione agli elementi	12
3.2.6 - Rischio volo	12
3.2.6 - Servizio sostitutivo militare	12
3.2.7 - Rischio guerra	12
3.2.8 - Raddoppio in caso di morte di Assicurato genitore	12
3.2.9 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio.....	12
3.2.10 - Responsabilità del contraente	13
3.2.11 - Commorienza	13
3.2.12 - Ernie traumatiche e da sforzo	13
3.2.13 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona	13
3.2.14 - Clausola Dirigenti	13
3.2.15 - Clausola Quadri	14
Art. 3.3 – Delimitazione della garanzia - Esclusioni	14
Art. 3.4 – Persone non assicurabili	14
Art. 3.5 - Limiti territoriali.....	15
Art. 3.6 – Determinazione del danno - Criteri di indennizzo	15
3.6.1 - Morte.....	15
3.6.2 - Morte Presunta	15
3.6.3 - Invalidità Permanente.....	15
3.6.4 - Spese di cura	15
3.6.5 - Diaria per Inabilità Temporanea, Ricovero, Gessatura	16
Art. 3.7 - Rinuncia alla rivalsa.....	16
SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI	17
Art. 4.1 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi	17

Art. 4.2 - Controversie	17
Art. 4.3 – Informazioni sui sinistri	17
SEZIONE 5 – MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO	18
Art. 5.1 – Categorie e somme assicurate (pro-capite)	18
Art. 5.2 – Calcolo del premio	18
Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione	19
Art. 5.4 – Disposizione finale	19

☪

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale

Contraente / FNOMCeO / Federazione	Il soggetto che stipula l' <i>assicurazione</i> : Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi Odontoiatri (FNOMCeO).
Assicurato	Il soggetto nell'interesse del quale è prestata garanzia.
Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che prestano l'assicurazione.
Broker	Il soggetto incaricato della predisposizione del Capitolato Speciale e della assistenza e consulenza nelle fasi di gara e, se richiesto dalla FNOMCeO e previa opportuna comunicazione alla Società aggiudicataria del presente contratto, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutto il tempo residuo della polizza, sino alla scadenza, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni dello stesso contratto assicurativo.
Assicurazione	il Contratto di Assicurazione - Le garanzie prestate col contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento contrattuale che prova l'Assicurazione.
Capitolato Speciale / Capitolato Tecnico / (denominato anche CSA)	Il complesso delle norme, rappresentate in <i>polizza</i> , che regolano il rapporto contrattuale.
Garanzia	La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo.
Indennizzo / Indennità / Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Somme assicurate	Le somme massime che la Società è obbligata contrattualmente a pagare in caso di sinistro.
Periodo assicurativo / Annualità assicurativa	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	L'evento per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato il danno.
Franchigia	L'importo che, determinato a termini di polizza per ciascun sinistro, viene detratto dall'ammontare del danno e rimane a carico dell'Assicurato.
Scoperto	La percentuale di danno convenuta a carico del Contraente e determinata a termini di polizza per ciascun sinistro

Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni

Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
-------------------	--

Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato
Invalidità permanente	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Inabilità temporanea	Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate.
Ricovero	Permanenza in struttura sanitaria / istituto di cura con pernottamento o in day hospital / day surgery.
Rischio in itinere	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
Struttura Sanitaria / Istituto di cura	Policlinico universitario, ospedale, clinica o casa di cura convenzionata o privata, istituto scientifico, istituto di ricerca e cura, poliambulatori medici, centri diagnostici in Italia e all'estero regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero e/o all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna (day hospital / day surgery) e notturna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le strutture con finalità prevalentemente dietologiche, fisioterapiche, le case di convalescenza e soggiorno, i centri del benessere.

Art. 1.3 – Soggetti assicurati - Precisazioni

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

Si conviene tra le parti espressamente che:

- 1.3.1** Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle evidenze ed alle registrazioni del Contraente. Tali registri od altri documenti equipollenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati e messi a disposizione, in qualsiasi momento, del personale incaricato dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.
- 1.3.2** L'assicurazione vale altresì nel caso di temporanea utilizzazione, da parte del Contraente, dell'Assicurato in mansioni diverse da quelle dichiarate in polizza. In tal caso l'assicurazione sarà ugualmente operante purché tali mansioni rientrino nella normale attività del Contraente. Gli Assicurati possono quindi svolgere attività di tirocinio di tipo manuale, sempre sotto la supervisione dei tutor; ed il Contraente ha facoltà di destinarli in qualunque struttura dell'Ente, come pure temporaneamente presso terzi, senza bisogno di denunciare in via preventiva l'eventuale cambiamento delle mansioni.
- 1.3.3** In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, e riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è obbligatoria ai sensi di legge o di CCNL, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.
- 1.3.4** Si precisa che la copertura per gli Assicurati è garantita dalla Società fino alla scadenza del periodo per cui è stato pagato il relativo premio.
- 1.3.5** Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.
- 1.3.6** La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.
- 1.3.7** Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

0380

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

In deroga agli artt. 1892, 1893 1894 C.C. l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente assicurato di una circostanza che eventualmente modifichi o aggravi il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti si sono verificate. Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del sinistro della modifica delle attività del Contraente a seguito di variazione della normativa vigente. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o la parte di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza, se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

In ogni caso, a parziale deroga dell'art. 1901 codice civile, tenuto conto che il Contraente, per le proprie modalità amministrative, effettua i pagamenti solo tramite ordinativi bancari, preventivamente deliberati dagli uffici competenti, si conviene tra le parti che ogni copertura inerente la presente polizza decorre:

- per la rata iniziale di perfezionamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del contratto indicato in polizza a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, e venga comunicata alla Società;
 - per le rate di premio successive, dalle ore 24:00 del giorno di scadenza della rata a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro 60 giorni dalla data di scadenza della rata e venga comunicata alla Società;
 - per le appendici che comportino un pagamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del titolo, a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro il 60° giorno dal ricevimento del documento emesso dalla Compagnia e venga comunicata alla Società;
 - per le appendici a premio zero, dalle ore 24:00 del giorno di comunicazione del Contraente al Broker o alla Società.
- Se il Contraente/Assicurato non paga entro i termini e con le modalità suddette, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno della disposizione relativa al pagamento, sempreché ne venga data tempestiva comunicazione alla Società.

Effettuato il pagamento, la garanzia verrà ripristinata senza soluzione di continuità anche relativamente al periodo in cui questa è stata sospesa, con esclusione dei sinistri accaduti nel periodo di scopertura, a condizione che gli stessi siano già conosciuti e denunciati dal Contraente/Assicurato.

Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio ed i sinistri dai medesimi sofferti; pertanto, la presente copertura assicurativa è pienamente operante indipendentemente dalla presenza o meno delle eventuali suddette polizze. Permane, invece, l'obbligo per il Contraente di denunciare le eventuali altre assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza.

L'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli Assicurati o da altri per la copertura degli stessi rischi, non pregiudica in alcun modo le presenti garanzie e pertanto il pagamento delle relative indennità verrà fatto in ogni caso nella misura dovuta ai sensi di polizza.

Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione

Il presente *contratto assicurativo* ha la durata e la rateizzazione indicate in frontespizio.

Alla scadenza, previa verifica della congruità delle condizioni, è facoltà del Contraente procedere al riaffidamento per una ulteriore annualità.

In ogni caso, è facoltà del Contraente, nelle more del perfezionamento delle ordinarie procedure ad evidenza pubblica per il rinnovo del contratto, richiedere una proroga tecnica dello stesso contratto per il periodo massimo di 6 (sei) mesi, agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per il Contraente.

In tali casi (riaffidamento e/o proroga tecnica) l'Aggiudicatario è espressamente tenuto ed obbligato a garantire copertura assicurativa a semplice richiesta scritta della Federazione.

Alla scadenza definitiva, i contratti si intenderanno cessati senza obbligo di ulteriori comunicazioni.

Al Contraente competerà comunque il pagamento di eventuali regolazioni maturate sino alla definitiva scadenza delle polizze e dell'eventuale riaffidamento / proroga.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente Polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti in relazione al pagamento della prima rata.

Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro

La Società ed il Contraente possono recedere dal presente contratto dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 90 giorni. In tale evenienza tutte le garanzie rimarranno operanti per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso e la Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Nel caso in cui le parti si siano avvalse della disdetta di cui all'Art. 2.6 – "Cessazione anticipata del contratto", la facoltà concessa dal presente articolo non è operante.

Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso, da parte della Società, è subordinato al contestuale invio del "Report sinistri" di cui al successivo articolo 4.3. – "Informazioni sui sinistri".

Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto

La Società ed il Contraente possono recedere anticipatamente dal presente contratto al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del Contraente di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino a un massimo di sei mesi. In tal caso, la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso, da parte della Società, è subordinato al contestuale invio del "Report sinistri" di cui al successivo articolo 4.3. – "Informazioni sui sinistri".

Art. 2.7 – Regolazione del premio (ove convenuta)

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

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati richiesti in base ai quali si procederà ad effettuare la regolazione di premio.

Se il contraente/assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, la società deve fissare un ulteriore termine non inferiore a giorni 30, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione; la garanzia resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui il contraente/assicurato non abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo restando il diritto della Società ad agire giudizialmente.

In deroga a quanto sopra indicato, si conviene che nessuna regolazione è dovuta dal Contraente nella eventualità che gli elementi presi come base per il conteggio del premio non superino il 5% dell'importo presunto iniziale dichiarato. La regolazione è dovuta solo per l'importo che eccede tale soglia di esenzione.

Il premio esposto in polizza deve intendersi quale premio minimo.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari. Ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio competente e non percepita. Tuttavia l'eventuale pagamento dei sinistri di competenza del periodo a cui si riferiscono le indicazioni inesatte o incomplete, sarà automaticamente sospeso fino a quando non sia ripristinata la regolarità amministrativa degli adempimenti suddetti.

Art. 2.8 – Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi, e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, agli indennizzi alle polizze ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento è stato anticipato dalla Società.

Art. 2.9 - Partecipazione in coassicurazione

In caso di coassicurazione l'Assicurazione è ripartita per quote tra gli Assicuratori indicati nel riparto allegato e la Società

delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dal presente contratto, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto e/o di diritto, dai rapporti che possono interessare gli Assicuratori presso le quali il rischio è stato assicurato o ripartito.

La Società delegataria, pertanto, è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare al Contraente/Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo, ferma la responsabilità solidale tra assicuratori, in deroga al Art. 1911 C.C.

Con la sottoscrizione della presente polizza le coassicuratrici danno mandato alla Società delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione nonché quelli relativi alla rappresentanza processuale, compiuti dalla Società delegataria in ragione e/o a causa della presente polizza.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, all'incasso dei premi di polizza, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Art. 2.9 bis – Partecipazione in RTI

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese (RTI), costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente.

Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto devono essere indirizzate alla Direzione per l'Italia della Società oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte, per essere valide, per iscritto anche a mezzo utilizzo del telefax.

Art. 2.11 – Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge le parti contraenti riconoscono alla Società Consulbrokers Spa, Roma, Via Reno n. 30, iscrizione R.U.I. n. B000104507 (denominata anche e più brevemente "Broker"), il ruolo di cui al D. Lgs 209/2005 (ex legge 792/84) per quanto concerne la predisposizione del Capitolato speciale di appalto e l'assistenza e consulenza nelle fasi di gara. Il Broker fornirà inoltre, se richiesto dalla FNOMCeO e previa opportuna comunicazione alla Società aggiudicataria del presente contratto, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutto il tempo residuo della polizza, sino alla scadenza, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni dello stesso contratto assicurativo.

L'opera del Broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato nazionale ed internazionale, confermati dalla giurisprudenza, esclusivamente dall'aggiudicatario con il quale verrà stipulato il contratto, sotto forma di una parte dell'unitaria provvigione predestinata dalle Direzioni alle proprie reti di vendita, secondo la aliquota percentuale del 12%, da calcolarsi sul premio imponibile. La remunerazione del Broker non rappresenta un costo aggiuntivo per la Contraente e andrà dagli Assicuratori assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio per gli oneri di distribuzione e produzione, predeterminata a monte dalle Direzioni Generali.

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente polizza, si conviene espressamente che ogni comunicazione se fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia e alle coassicuratrici, fermo restando quanto previsto al precedente art. 2.2 per quanto attiene alla copertura assicurativa / pagamento del premio, come pure ogni eventuale comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia, nel nome e per conto dell'Assicurato, si intenderà fatta dall'Assicurato stesso, con esclusione della comunicazione di disdetta e/o recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dal Contraente alla Società Assicuratrice e viceversa, con lettera raccomandata A.R. o PEC.

Art. 2.12 – Legittimazione

Si prende atto che la presente Polizza viene stipulata dall'Ente Contraente a favore degli Assicurati.

Il Contraente che stipula l'Assicurazione adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, ed esercita conseguentemente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli Assicurati che s'intende espressamente acquisito e prestato in sede di promozione e stipula del presente contratto anche se qui non formalmente riprodotto e rappresentato.

Art. 2.13 - Beneficiari

La Società dà e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli Assicurati si intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati stessi ed allegata agli atti che formano parte integrante del contratto.

Art. 2.14 - Sanzioni Internazionali

La Compagnia non è tenuta a fornire copertura e a indennizzare alcuna richiesta di risarcimento o a pagare alcunché in virtù del presente contratto qualora essa, la sua capogruppo o la sua controllante, nel far ciò, incorrano nel pagamento di qualsivoglia sanzione, proibizione o restrizione prevista da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti dell'Unione Europea o degli Stati Uniti d'America

Art. 2.15 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni dattiloscritte, valgono unicamente le norme del Codice Civile. Si intendono pertanto abrogate tutte le condizioni di assicurazione eventualmente riportate a stampa.

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede dell'Assicurato.

Art. 2.16 – Trattamento dati

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 2.17 – Tracciabilità flussi finanziari

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 recante "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" la Compagnia aggiudicataria, pena la nullità assoluta del presente contratto, assume, per sé e per i subcontraenti o subappaltatori, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla suddetta legge.

Art. 2.18 – Interpretazione del contratto

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

Art. 2.19 – Disciplina dell'appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione della presente polizza, ancorché non allegati.

C&O

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente.

E' considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Si intendono assicurati gli infortuni (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- a) derivanti dall'uso o guida di tutti i veicoli a motore e non, natanti, prototipi, compresa la salita e la discesa dagli stessi;
- b) derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi a parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile;
- c) derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, eventi socio-politici, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- d) derivanti da atti compiuti per dovere di solidarietà umana;
- e) derivanti da partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- f) causati da calamità e forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, inondazioni, frane, allagamenti, neve, grandine, smottamenti, valanghe, slavine;
- g) sofferti in stato di malore, vertigini e incoscienza o conseguenti a colpi di sonno;
- h) derivanti da, colpi di sole o di calore o di freddo e altre influenze termiche ed atmosferiche;
- i) derivanti dalla partecipazione in qualità di passeggero a viaggi su aeromobili o elicotteri in servizio pubblico di linea, o a voli charter e straordinari effettuati, sempre come passeggero, su veivoli eserciti da società di traffico aereo regolarmente abilitate;

Sono comunque equiparati ad infortunio :

- j) l'asfissia non di origine morbosa, soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- k) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze, anche aventi origine traumatica;
- l) contatto con acidi o corrosivi;
- m) le affezioni, le infezioni (comprese quelle tetaniche), alterazioni patologiche conseguenti a morsi, ustioni, punture di animali in genere, contatto con piante e/o vegetali in genere;
- n) l'annegamento;
- o) l'assideramento ed il congelamento;
- p) la folgorazione e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
- q) le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico; le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari (vedi anche Art. 3.2.12);
- r) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- s) le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.
- t) morte presunta.

Art. 3.2 – Estensioni di garanzia

3.2.1 - Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 7.500,00, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato.

3.2.2 - Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 7.500,00, delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

3.2.3 - Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 7.500,00.

3.2.4 - Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente o di riduzione dell'efficienza

estetica, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 10.000,00 per evento.

3.2.5 - Esposizione agli elementi

La Società in occasione di arenamento, incaglio, naufragio, sommersione, atterraggio e ammarraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita d'orientamento) l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

3.2.6 - Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'uso - ma soltanto in qualità di passeggero - di aeromobili; esclusi i viaggi effettuati su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili) nonché su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico o passeggeri; o su aeromobili di aeroclub.

Si intende compreso in garanzia anche il rischio volo in relazione allo svolgimento delle mansioni di addetto al servizio di emergenza territoriale 118 ed altre simili attività.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- euro 1.200.000,00 per il caso morte
- euro 1.200.000,00 per il caso invalidità permanente

per aeromobile:

- euro 25.000.000,00 per il caso morte
- euro 25.000.000,00 per il caso invalidità permanente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

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

3.2.6 - Servizio sostitutivo militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare sostitutivo ed i richiami per esercitazione, l'assicurazione resta valida ma con l'esclusione degli infortuni derivati dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale o altre forme previste dalla legge in materia.

3.2.7 - Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'articolo 3.3 - "Delimitazione della garanzia - Esclusioni", la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

3.2.8 - Raddoppio in caso di morte di Assicurato genitore

A seguito di morte di un assicurato conseguente ad evento garantito con la presente polizza, l'indennità per il caso morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, si intenderà aumentata del 100%. Ai figli minorenni vengono equiparati i figli maggiorenni che siano portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

3.2.9 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa alle malattie riconosciute come professionali e/o contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente

supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

3.2.10 - Responsabilità del contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità. L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.

3.2.11 - Commorienza

Qualora lo stesso evento provochi la morte, oltre che dell'Assicurato, anche del coniuge e risultino beneficiari dell'Assicurazione figli di minore età o comunque studenti in regolare corso del piano di studi, l'indennizzo ad essi spettante si intende aumentato del 50%. Il maggiore esborso a carico della Società per effetto della presente estensione di garanzia non potrà comunque superare € 100.000,00.

3.2.12 - Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione, si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 4.2. – "Controversie".

3.2.13 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggior indennizzo non potrà, in ogni caso, superare l'importo di € 50.000,00.

3.2.14 - Clausola Dirigenti

Relativamente alla categoria dei Dirigenti, si conviene quanto segue:

- l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro;
- per i casi di invalidità permanente, conseguenti ad infortunio o malattia professionale, di grado non inferiore al 50%, verrà corrisposto un indennizzo del 100%. Contestualmente al pagamento dell'indennità, la polizza cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato al quale è stata erogata la prestazione, nonostante lo stesso sia in grado di proseguire il rapporto di lavoro;
- qualora, in conseguenza di una malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso dell'invalidità permanente, verrà liquidata al 100%.

Per la sola categoria Dirigenti, l'Assicurazione è estesa alle affezioni critiche di seguito indicate:

1. Tumori principali
2. Attacco cardiaco
3. Ictus

La società liquiderà un importo forfettario di € 5.000,00 in seguito alla prima diagnosi di affezioni critica.

L'indennizzo è erogabile una sola volta durante la vigenza di polizza e la copertura cessa automaticamente per l'Assicurato che ha percepito l'indennizzo stesso a prescindere dal numero delle affezioni critiche riferibili alla persona assicurata.

Gli indennizzo sono soggetti ad un periodo di carenza pari a 90 gg dalla data di effetto della polizza e alla sopravvivenza dell'assicurato per almeno 15 gg dalla data della diagnosi.

Esclusioni:

La presente garanzia non si considera operante ad un evento che sia causato direttamente o indirettamente, interamente o in parte da qualsiasi delle seguenti evenienze:

- Suicidio tentato o consumato; atto di autolesionismo
- Sindrome di immunodeficienza acquisita AIDS, complesso AIDS correlato o qualsiasi infezione provocata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV)
- Anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette di una delle affezioni critiche oggetto di garanzia;
- Mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza di parere professionale fornito da un medico specialista abilitato
- Qualsiasi condizione preesistente;
- Dall'uso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni

Termini per la denuncia del sinistro:

La comunicazione scritta di richiesta di risarcimento deve essere inviata alla società entro 60 gg dalla diagnosi di una malattia o patologia assicurata con la presente garanzia. La prova dell'insorgenza della di qualsiasi malattia o patologia assicurata deve essere provata dalla compresenza dei seguenti elementi:

- a) evidenza medica fornita da medici abilitati in possesso di adeguata specializzazione
- b) opportuni accertamenti, inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio.

La prova di una malattia o patologia assicurata deve essere fornita alla Società durante la vita dell'Assicurato ed entro i 6 mesi successivi alla diagnosi di tale malattia o patologia.

3.2.15 - Clausola Quadri

Relativamente alla categoria dei quadri, si conviene quanto segue:

- L'Assicurazione può essere prestata in forma completa o integrativa INAIL. Se l'Assicurazione è prestata nella forma integrativa INAIL, in caso di infortunio o malattia professionale riconosciuti dall'INAIL, l'eventuale importo della capitalizzazione della rendita annua liquidata verrà detratto dall'indennizzo spettante ai sensi di polizza;
- per i casi di invalidità permanente, conseguenti ad infortunio o malattia professionale, di grado non inferiore al 70%, verrà corrisposto un indennizzo del 100%. Contestualmente al pagamento dell'indennità, la polizza cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato al quale è stata erogata la prestazione, nonostante lo stesso sia in grado di proseguire il rapporto di lavoro.

Art. 3.3 – Delimitazione della garanzia - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove nonché a partecipazione di regate a vela fuori dal Mare Mediterraneo;
- b) dalla guida di: macchine agricole e operatrici; di natanti a motore per uso non privato; di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme arti marziali in genere, alpinismo oltre il 3° grado, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, guidoslitta, hockey, skeleton, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- d) dalla partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- e) da ubriachezza alla guida di mezzi da locomozione, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerra, insurrezioni, limitatamente al territorio della Repubblica Italiana, della Città Del Vaticano e della Repubblica di San Marino
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;

Art. 3.4 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, AIDS e sindromi correlate, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici e/o paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, laddove una o più delle malattie sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 75 anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 3.5 - Limiti territoriali

l'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.6 – Determinazione del danno - Criteri di indennizzo

L'assicurazione prevede l'indennizzo dei seguenti casi:

3.6.1 - Morte

La Società liquida la somma assicurata ai beneficiari se l'assicurato, in conseguenza di infortunio muore entro due anni dal giorno stesso dell'infortunio. L'indennizzo non è cumulabile con quello di Invalidità Permanente; tuttavia se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

3.6.2 - Morte Presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli art. 60 e 62 del Codice Civile.

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

A restituzione avvenuta da parte dell'Assicurato dell'intera somma liquidata, l'Assicurato stesso avrà così diritto all'indennizzo spettante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

3.6.3 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con DPR 1124/65, con rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

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 aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dal contratto per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Qualora l'invalidità sia totale o di grado superiore al 50% verrà liquidato l'intero massimale.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

3.6.4 - Spese di cura

In caso di infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o un'invalidità permanente, la Società, rimborsa all'assicurato, – **sempreché previste alla Sezione 5 della presente polizza** - fino alla concorrenza del massimale indicato alla Sezione 5 valido per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- a) rette di degenza in istituti di cura pubblici o privati, onorari dei medici, chirurghi, assistenti, anestesisti, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, accertamenti diagnostici, medicinali;
- b) visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici, spese farmaceutiche, spese fisioterapiche e riabilitative in generale. In caso di ricovero anche le spese sostenute nei 60 giorni antecedenti il ricovero e quelle sostenute nei 120

- giorni successivi alla dimissione;
- c) per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
 - d) di trasporto all'Istituto di Cura o posto di Pronto Soccorso o da un Istituto di Cura all'altro o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato;
 - e) per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, con il limite per dente di Euro 500,00 e di Euro 1.000,00 relativamente alle spese sostenute per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie, per la perdita totale di un dente (avulsione) verrà corrisposto l'1% della invalidità permanente.

Il rimborso viene effettuato a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Qualora l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative sociali la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

3.6.5 - Diaria per Inabilità Temporanea, Ricovero, Gessatura

Qualora sia provato che l'infortunio, indennizzabile ai termini della presente polizza ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società, con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, – **sempreché prevista alla Sezione 5 della presente polizza** - liquida l'**indennità giornaliera**:

- integralmente, in caso di ricovero o di applicazione di gessatura, nonché per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni professionali;
- nella misura del 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali.

Il computo dei giorni per il quale si riconosce l'indennizzo decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio, se regolarmente denunciato, o in caso di ritardo dalle ore 24 della denuncia, dedotto il numero di giorni eventualmente in franchigia. L'indennizzo è dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in istituto di cura o applicazione della gessatura, fermo restando che la liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo rinnovo di certificati medici.

- L'indennità viene corrisposta, in caso di inabilità temporanea, per il periodo massimo previsto di 360 giorni.
- L'indennità viene corrisposta, in caso di ricovero, per il periodo massimo previsto di 360 giorni.
- L'indennità viene corrisposta, in caso di gessatura, per il periodo massimo previsto di 45 giorni.

Le diarie relative ad un medesimo periodo giornaliero non sono cumulabili tra loro, tuttavia in caso di indennizzabilità di più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella di importo maggiore.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio venga ricoverato in un reparto di rianimazione o di cura intensiva, solo per il periodo di permanenza in detti reparti, la diaria giornaliera prevista in polizza viene incrementata del 50%.

Art. 3.7 - Rinuncia alla rivalsa

La società dichiara di rinunciare a favore del Contraente all'azione di surroga prevista dall'art. 1916 del codice civile.

3380

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

Art. 4.1 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

In caso di sinistro l'Ufficio competente del Contraente dovrà farne denuncia alla Società, nei modi previsti, entro 30 giorni da quando ne ha avuto notizia dall'Assicurato.

Nella denuncia, sottoscritta anche dall'assicurato per la parte di propria competenza, dovranno essere specificati :

- generalità dell'infortunato e la sua qualifica nei confronti del Contraente;
- luogo, giorno ed ora dell'evento;
- cause che concorsero alla sua determinazione;
- nominativi di eventuali testimoni o, comunque, indicazioni che consentano una idonea descrizione dell'accaduto;
- generalità degli eventuali trasportati e la loro qualifica nei confronti del Contraente;

In ogni caso dovrà essere inviata certificazione medica, non appena disponibile.

Quando l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa sia intervenuta durante il periodo di cura, deve essere dato tempestivo avviso alla Società. In ogni caso, spettando al danneggiato o ai suoi aventi diritto, l'onere della prova, si intende che, in ordine all'ottenimento dell'indennizzo, dovrà essere loro cura provvedere in modo da consentire un completo accertamento del danno. La Società:

- si impegna a dare comunicazione al Contraente dell'avvenuta definizione o a fornire le eventuali motivazioni del rifiuto;
- dichiara di accettare, come riferimento probatorio, la documentazione contabile e/o gli altri atti o scritture che lo stesso Contraente sarà ragionevolmente in grado di esibire.

Art. 4.2 - Controversie

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo, le parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominato uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituti di medicina legale, più vicini alla sede del Contraente. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 4.3 – Informazioni sui sinistri

La Società: ✓ entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa; ✓ entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto (con successivi aggiornamenti bimensili); ✓ in caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso; ✓ oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati,

si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere preferibilmente fornito in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente editabile e dovrà riportare, per ciascun sinistro:

- data dell'apertura di sinistro;
- data e luogo di accadimento;
- estremi identificativi del reclamante;
- tipo di evento;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli pertinenti di seguito indicati:
 - a) sinistro senza seguito e relative motivazioni;
 - b) sinistro liquidato, in data __ per l'importo di € __ (precisare: al netto/lordo della franchigia di € __);
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € __ (precisare: al netto/lordo della franchigia di € __);
 - d) se è radicato o meno il contenzioso legale.

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

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società;
- rappresentano una condizione essenziale per la validità della risoluzione anticipata.

SEZIONE 5 – MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO
Art. 5.1 – Categorie e somme assicurate (pro-capite)

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per i rischi, le garanzie, somme assicurate e massimali specificamente indicati.

- **Categoria A) – B) – C) – D) – E) Rischio Carica e rischio in itinere**

L'Assicurazione è efficace per i danni subiti dagli Assicurati in conseguenza diretta ed esclusiva: di **infortunati occorsi durante lo svolgimento delle funzioni cui sono destinati dal proprio Ordine**. Sono compresi gli infortuni occorsi durante i trasferimenti e missioni purchè risultino da mandato ricavabile dai verbali, registrazioni o lettere di incarico. La garanzia opera anche per infortuni che avvengano durante il tragitto da casa o luogo di lavoro o dalla sede ove si svolge la riunione e viceversa nel tempo necessario a compiere il percorso che potrà essere effettuato con qualsiasi mezzo.

- **Categoria F) – Rischio professionale e rischio in itinere**

L'Assicurazione è efficace per i danni subiti dagli Assicurati in conseguenza diretta ed esclusiva: di **infortunati occorsi durante lo svolgimento della propria attività professionale**. Sono compresi gli infortuni subiti in itinere.

Categoria	N° assicurati	Garanzie		Somma assicurata procapite
		Rischio Carica Rischio prof.le	Rischi coperti	
A) ORDINI PROVINCIALI: Presidente; Vice presidente; Segretario; Tesoriere	530	Rischio carica + rischio in itinere	Caso Morte	€ 200.000,00
			Caso Inv.tà Permanente	€ 200.000,00
B) ORDINI PROVINCIALI: Consiglieri; Iscritti Albo Medici - Iscritti Albo Odontoiatri - Revisori dei conti	1.847		Caso Morte	€ 200.000,00
			Caso Inv.tà Permanente	€ 200.000,00
C) FNOMCeO: Presidente; Vice Presidente; Segretario Tesoriere; Presidente CAO	5		Caso Morte	€ 500.000,00
			Caso Inv.tà Permanente	€ 500.000,00
			Rimborso spese cura	€ 15.000,00
			Diaria	€ 200,00 (max 360 gg)
D) FNOMCeO: Membri Comitato centrale; Iscritti Albo medici; Iscritti Albo Odontoiatri; Revisori dei Conti	128		Caso Morte	€ 500.000,00
			Caso Inv.tà Permanente	€ 500.000,00
		Rimborso spese cura	€ 15.000,00	
		Diaria per ricovero	€ 200,00 (max 360 gg)	
E) FNOMCeO: Convocati / partecipanti alle riunioni istituzionali	1.440 giornate x uomo ⁽¹⁾	Caso Morte	€ 500.000,00	
		Caso Inv.tà Permanente	€ 500.000,00	
		Rimborso spese cura	€ 15.000,00	
		Diaria	€ 200,00 (max 360 gg)	
F) FNOMCeO: Direttore Generale Dipendenti	1+ 40	Rischio prof.le + rischio in itinere	Caso Morte	€ 200.000,00
		Caso Inv.tà Permanente	€ 200.000,00	

⁽¹⁾ n. 120 riunioni /anno – partecipanti in media n. 12. Quindi 120 X 12 = 1.440

Art. 5.2 – Calcolo del premio

Il premio anticipato dalla Contraente viene esposto analiticamente nella allegata scheda di offerta e qui di seguito riportato in sintesi:

Premio annuo imponibile	Imposte	Premio annuo finito
omissis	omissis	omissis

Rimane convenuto tra le parti che la regolazione premio da effettuarsi a norma dell'art. 2.7, Sezione 2 della presente

polizza, verrà calcolato sulla base dei tassi imponibili offerti in sede di offerta.

L'eventuale revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza viene regolata ai sensi dell'art. 106 del D. Lgsvo 50/2016, laddove ricorrano elementi idonei a giustificarne una loro variazione.

Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., il riparto viene esposto nella allegata scheda di offerta, fermo restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione. La Compagnia delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti connessi anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe, recesso, atti giudiziari, in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate; per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 5.4 – Disposizione finale

Resta convenuto che si intendono operanti solo le norme elencate e descritte nella presente *polizza* nelle Sezioni dalla n. 1 alla n. 5 comprese, unitamente alle eventuali varianti contenute nelle schede di offerta presentate in sede di gara, che, allegate al presente contratto, ne formano parte integrante e sostanziale.

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

Il presente *Capitolato*, modificato secondo le varianti presentate ed accettate in sede di gara, completato con le indicazioni di prezzo, decorrenza e scadenza, assume a tutti gli effetti la validità di contratto.

Il Contraente

La Società

Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., la Società ed il Contraente dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

- 2.2 Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio
- 2.3 Assicurazione presso diversi assicuratori
- 2.4 Durata dell'assicurazione
- 2.5 Facoltà di recesso in caso di sinistro
- 2.6 Cessazione anticipata del contratto
- 2.9 Partecipazione in coassicurazione
- 2.9.bis Partecipazione in RTI
- 2.10 Forma delle comunicazioni
- 2.11 Clausola broker
- 2.12 legittimazione
- 2.15 Rinvio alle norme di legge - Foro competente
- 2.18 Interpretazione del contratto
- 2.19 Disciplina dell'appalto
- 3.2 Estensioni di garanzia
- 3.6 Determinazione del danno – Criteri di indennizzo
- 3.7 Rinuncia alla rivalsa
- 4.1 Denuncia dell'infortunio – Obblighi relativi
- 4.2 Controversie
- 4.3 Informazione sui sinistri
- 5.3 Riparto di coassicurazione
- 5.4 Disposizione finale

Il Contraente

La Società

POLIZZA DI ASSICURAZIONE
RESPONSABILITA' CIVILE PATRIMONIALE
(RCP)
N. 180567192

STIPULATA TRA



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

E

La Compagnia Assicuratrice UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SpA

**Agenzia: Doria Giuseppe e Bellisario Paola Snc, Via Nomentana n. 167 -
00137 Roma (RM)**

Durata del contratto	Dalle ore 24:00 del	30.06.2021
	Alle ore 24:00 del	30.06.2024
Rateazione	Semestrale (30.06 – 31.12)	

SOMMARIO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ	4
Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale.....	4
Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione RCP.....	5
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	6
Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede contrattuale	6
Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio	6
Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori	6
Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione	6
Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro	7
Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto	7
Art. 2.7 – Regolazione del premio	7
Art. 2.8 – Oneri fiscali	7
Art. 2.9 - Partecipazione in coassicurazione	7
Art. 2.9 bis – Partecipazione in RTI.....	8
Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni	8
Art. 2.11 – Obblighi in caso di sinistro.....	8
Art. 2.12 – Informazioni sui sinistri	8
Art. 2.13 – Gestione del contratto	9
Art. 2.14 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente	9
Art. 2.15 – Trattamento dati	9
Art. 2.16 – Interpretazione del contratto.....	9
Art. 2.17 – Tracciabilità flussi finanziari	10
Art. 2.18 – Disciplina dell'appalto	10
Art. 2.19 – Legittimazione	10
SEZIONE 3.A - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PATRIMONIALE	11
Art. 3.A.1 – Oggetto dell'assicurazione – <i>claim made</i>	11
Art. 3.A.2 – Perdite per interruzione o sospensione di attività di Terzi.....	12
Art. 3.A.3 – Perdite Patrimoniali per l'attività connessa all'assunzione del Personale	12
Art. 3.A.4 – Limiti di Indennizzo	12
Art. 3.A.5 – Esclusioni.....	12
Art. 3.A.6 – Assicurazione "Claims made" - Retroattività	13
Art. 3.A.7 - Garanzia Postuma	13
Art. 3.A.8 - Persone non considerate terzi.....	13
Art. 3.A.9 – Attività di rappresentanza.....	13
Art. 3.A.10 – Vincolo di solidarietà.....	14
Art. 3.A.11 – Estensione territoriale.....	14
Art. 3.A.12 – Cessazione dell'Assicurazione	14
Art. 3.A.13 – Sinistri in serie	14
Art. 3.A.14 - Copertura sostituti	14
Art. 3.A.15 – Copertura a "Secondo Rischio"	14
Art. 3.A.16 – Gestione delle vertenze di Sinistro, Spese legali	14
CONDIZIONI SPECIALI (sempre operanti)	14
Art. 3.A.17 – Decreto Legislativo 81/2008	14

Art. 3.A.18 - Responsabilità patrimoniale derivante dal D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. sulla protezione dei dati personali	15
Art. 3.A.19 – Clausola di esclusione rischi Guerra e Terrorismo	15
SEZIONE 4 - CALCOLO DEL PREMIO – RIPARTO COASSICURATIVO – DISPOSIZIONE FINALE	16
Art. 4.1 – Massimali – Limiti di indennizzo	16
Art. 4.2 - Calcolo del premio (<i>responsabilità civile – quota a carico Ente</i>)	16
Art. 4.3 - Riparto di coassicurazione	16
Art. 4.4 - Disposizione finale	16
SCHEDA DI COPERTURA	18
INFORMAZIONI SUGLI ORGANI ISTITUZIONALI E SUI SOGGETTI IN RAPPORTO DI IMMEDIATA ORGANICA CON IL CONTRAENTE	19

380

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale

Contraente / FNOMCeO / Federazione	Il soggetto che stipula l' <i>assicurazione</i> : Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi Odontoiatri (FNOMCeO).
Assicurato	il soggetto il cui interesse è tutelato dall' <i>Assicurazione</i> e, in particolare: la FNOMCeO e gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri; gli Organi Istituzionali della FNOMCeO e degli Ordini Provinciali (Consiglio nazionale, Comitato Centrale, Consiglio Direttivo, Commissioni iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri, Collegio dei Revisori dei Conti); qualsiasi persona fisica che ha ricoperto o ricopra la carica di Presidente, Vice Presidente, Consigliere, Segretario, Tesoriere, Revisore, Direttore Generale, Sindaco, Dirigente, Quadro, dipendente, designato dalla FNOMCeO o dal singolo Ordine siano essi soggetti che contestualmente ricoprono una carica istituzionale nell'ambito dell'ente FNOMCeO/Ordine, siano essi dipendenti della FNOMCeO/Ordine stesso. I dipendenti si intendono assicurati anche nello svolgimento delle seguenti mansioni per conto dell'Ente: Responsabile per la prevenzione della corruzione; Responsabile per la trasparenza; Responsabile Unico del procedimento, Responsabile unico del Protocollo Informatico, Responsabile dell'Anagrafe per la stazione Appaltante, Data Protection Officer
Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che prestano l' <i>Assicurazione</i> .
Broker	Il soggetto incaricato della predisposizione del Capitolato Speciale e della assistenza e consulenza nelle fasi di gara e, se richiesto dalla FNOMCeO e previa opportuna comunicazione alla Società aggiudicataria del presente contratto, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutto il tempo residuo della polizza, sino alla scadenza, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni dello stesso contratto assicurativo.
Assicurazione	Il Contratto di <i>Assicurazione</i> - Le garanzie prestate col contratto di <i>Assicurazione</i> .
Polizza	Il documento contrattuale che prova l' <i>Assicurazione</i> .
Capitolato Speciale / Capitolato Tecnico / (denominato anche CT)	Il complesso delle norme, rappresentate in <i>polizza</i> , che regolano il rapporto contrattuale.
Indennizzo Indennità Risarcimento	La somma dovuta dalla <i>Società</i> in caso di <i>sinistro</i> .
Capitali assicurati Somme Assicurate	Le somme massime che la Società è obbligata contrattualmente a pagare in caso di sinistro.
Durata del contratto	Il periodo che ha inizio e termine alle date specificate in polizza.
Periodo assicurativo Annualità assicurativa	Ciascun periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria o di cessazione dell' <i>Assicurazione</i>
Periodo di Efficacia	il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata in polizza, e la data di scadenza della <i>Durata del Contratto</i> .
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal <i>Contraente</i> alla <i>Società</i> .
Rischio	La probabilità che si verifichi il <i>sinistro</i> .
Sinistro	L'evento per il quale è prestata l' <i>assicurazione</i> e dal quale è derivato il danno.
Franchigia	parte del danno indennizzabile espressa in importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato.
Scoperto	La percentuale di danno convenuta a carico del <i>Contraente</i> e determinata a termini di <i>polizza</i> per ciascun <i>sinistro</i> .

Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione RCP

Danno	Qualsiasi pregiudizio arrecato a diritti o ad interessi legittimi altrui suscettibile di valutazione economica.
Danni Materiali	Il pregiudizio economico conseguente a danneggiamento di cose od animali, lesioni personali, morte.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di Danni Materiali
Responsabilità Civile	La responsabilità che possa gravare: - sull'Assicurato nell'esercizio delle sue funzioni e attività ai sensi dell'art. 2043 e ss. del C.C. e dell'art. 28 della Costituzione, inclusa la responsabilità civile conseguente alla lesione dell'interesse legittimo derivante dall'esercizio dell'attività amministrativa; - sull'Ente Contraente per fatti imputabili ai diversi soggetti il cui operato è funzionalmente collegabile all'Ente stesso, in virtù del rapporto di immedesimazione organica
Responsabilità Amministrativa	La responsabilità che incombe sull'Assicurato che, avendo violato obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio con la Pubblica Amministrazione, abbia cagionato una Perdita Patrimoniale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione (P.A.)
Responsabilità Amministrativa/ Contabile	La responsabilità che implica l'esistenza di una gestione di beni, valori o denaro pubblico, da parte di un Assicurato detto "agente contabile" ed è fondata sul mancato adempimento di obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio con la P.A. e che abbia cagionato una Perdita Patrimoniale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, allo Stato o alla P.A.
Pubblica Amministrazione (P.A.)	Regioni, Province, Comuni, Comunità Montane, Aziende Speciali, Consorzi Pubblici, Ipad, Case di Riposo, ATER, USSL, ASL, Ospedali, IRCCS, Case di Riposo Pubbliche, Università, lo Stato ed Enti Pubblici in genere, e comunque ogni Ente la cui attività sia soggetta alla giurisdizione della Corte dei Conti
Ente di Appartenenza	L'Ente facente con il quale l'Assicurato abbia un rapporto di servizio o un mandato ed in ogni caso un rapporto di immedesimazione organica
Fatto illecito	Qualsiasi atto od omissione che sia stato effettivamente commesso o che si sostiene sia stato commesso dagli Assicurati che dia origine ad un sinistro ai sensi e per gli effetti della presente polizza
Richiesta di risarcimento (claims made)	quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato durante il <i>periodo di assicurazione</i> : <ul style="list-style-type: none"> • la comunicazione in forma scritta con la quale il terzo attribuisce all'Assicurato/Contraente la responsabilità per danni o perdite in sede civile o amministrativa; • qualsiasi citazione in sede civile o amministrativa ovvero chiamata in causa o altra comunicazione scritta con la quale il terzo avanza formale richiesta di essere risarcito di danni o <i>perdite patrimoniali</i> sia dirette che indirette; • la notifica, all'Assicurato, di un atto con cui – in un procedimento penale – un Terzo si sia costituito "parte civile"; • la comunicazione con ogni mezzo idoneo ai sensi dell'art. 8 primo comma del D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28 della domanda di mediazione.
Sinistro (claims made)	la <i>richiesta di risarcimento</i> in forma scritta fatta nei confronti dell'Assicurato per la prima volta durante il periodo di <i>assicurazione</i> e regolarmente denunciata dall'Assicurato alla Società durante lo stesso periodo, in relazione alle responsabilità per le quali è prestata questa <i>Assicurazione</i> per errori o omissioni commessi durante il periodo di assicurazione o nell'ambito del periodo di retroattività.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede contrattuale

In deroga agli artt. 1892, 1893 1894 C.C. l'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato di una circostanza che eventualmente modifichi o aggravi il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti si sono verificate. Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del sinistro della modifica delle attività del Contraente a seguito di variazione della normativa vigente. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o la parte di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza, se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

In ogni caso, a parziale deroga dell'art. 1901 C.C., tenuto conto che il Contraente, per le proprie modalità amministrative, effettua i pagamenti solo tramite ordinativi bancari, preventivamente deliberati dagli uffici competenti, si conviene tra le parti che ogni copertura inerente la presente polizza decorre:

- per la rata iniziale di perfezionamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del contratto indicato in polizza a condizione che l'ordine di pagamento del relativo premio sia effettuato dal Contraente entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, e venga comunicato alla Società;
- per le rate di premio successive, dalle ore 24:00 del giorno di scadenza della rata a condizione che l'ordine di pagamento del relativo premio sia effettuato dal Contraente entro 60 giorni dalla data di scadenza della rata e venga comunicato alla Società;
- per le appendici, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del titolo, a condizione che l'ordine di pagamento del relativo premio sia effettuato dal Contraente entro il 60° giorno dal ricevimento del documento, emesso dalla Società e venga comunicato alla Società stessa;
- per le appendici a premio zero, dalle ore 24:00 del giorno di comunicazione del Contraente al Broker o alla Società.

Se il Contraente non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno della delibera/determina di pagamento, sempreché ne venga data tempestiva comunicazione alla Società.

Effettuato il pagamento, la garanzia verrà ripristinata senza soluzione di continuità anche relativamente al periodo in cui questa è stata sospesa, con esclusione dei sinistri accaduti nel periodo di scopertura, a condizione che gli stessi siano già conosciuti e denunciati dal Contraente/Assicurato.

Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Fermi restando i Massimali e i limiti di polizza, qualora la presente assicurazione risulti garantita in tutto o in parte anche da altri Assicuratori essa sarà operante solo ad esaurimento delle altre assicurazioni ovvero per la parte di rischio non coperta dalle medesime. A questo riguardo l'Assicurato è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia dell'esistenza di altre Assicurazioni per i medesimi rischi, fermo l'obbligo di darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 C.C.).

Permane, invece, l'obbligo per il Contraente di denunciare le eventuali altre assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza

Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione

Il presente contratto assicurativo ha la durata e la rateizzazione indicate in frontespizio.

Alla scadenza, previa verifica della congruità delle condizioni, è facoltà del Contraente procedere al riaffidamento per una ulteriore annualità. In ogni caso, è facoltà del Contraente, nelle more del perfezionamento delle ordinarie procedure ad evidenza pubblica per il rinnovo del contratto, richiedere una proroga tecnica dello stesso contratto per il periodo massimo di 6 (sei) mesi, agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per il Contraente.

In tali casi (riaffidamento e/o proroga tecnica) l'Aggiudicatario è espressamente tenuto ed obbligato a garantire copertura assicurativa a semplice richiesta scritta della Federazione.

Alla scadenza definitiva, i contratti si intenderanno cessati senza obbligo di ulteriori comunicazioni.
Al Contraente competerà comunque il pagamento di eventuali regolazioni maturate sino alla definitiva scadenza delle polizze e dell'eventuale riaffidamento / proroga.

Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro

Il Contraente può recedere dal presente contratto dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 90 giorni. In tale evenienza tutte le garanzie rimarranno operanti per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso e la Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Nel caso in cui le parti si siano avvalse della disdetta di cui all'art. 2.6 – "Cessazione anticipata del contratto", la facoltà concessa dal presente articolo non è operante.

La società rinuncia espressamente alla facoltà di recesso per sinistro.

Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto

1) La Società ed il *Contraente* possono recedere anticipatamente dal presente contratto al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del *Contraente* di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino ad un massimo di sei mesi. In tal caso, la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

2) Il *Contraente* può recedere anticipatamente dal presente contratto in presenza di disposizioni normative aventi carattere cogente in materia, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso, fermo restando il *periodo minimo assicurativo* di mesi sei.

Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso, da parte della *Società*, è subordinato al contestuale invio del "Report *sinistri*" di cui al successivo articolo 2.12 – "Informazioni sui sinistri".

Art. 2.7 – Regolazione del premio

Il premio della presente polizza non è soggetto a regolazione.

Art. 2.8 – Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi, e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, agli indennizzi alle polizze ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento è stato anticipato dalla Società.

Art. 2.9 - Partecipazione in coassicurazione

In caso di coassicurazione l'Assicurazione è ripartita per quote tra gli Assicuratori indicati nel riparto allegato e la Società delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dal presente contratto, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto e/o di diritto, dai rapporti che possono interessare gli Assicuratori presso le quali il rischio è stato assicurato o ripartito.

La Società delegataria, pertanto, è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare al Contraente/Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo, ferma la responsabilità solidale tra assicuratori, in deroga al Art. 1911 C.C.

Con la sottoscrizione della presente polizza le coassicuratrici danno mandato alla Società delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione nonché quelli relativi alla rappresentanza processuale, compiuti dalla Società delegataria in ragione e/o a causa della presente polizza.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, all'incasso dei premi di polizza, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Art. 2.9 bis – Partecipazione in RTI

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese (RTI), costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente.

Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato il Broker è tenuto devono essere indirizzate alla Direzione per l'Italia della Società oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte, per essere valide, per iscritto anche a mezzo utilizzo del telefax o anche posta elettronica certificata.

Art. 2.11 – Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro quale definito in polizza, l'Assicurato deve farne denuncia per iscritto alla Società, al più presto e comunque non oltre i 30 (trenta) giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza, a parziale deroga dell'art. 1913 CC.

Il termine dei 30 giorni decorre dal momento in cui è sinistro è stato portato a conoscenza dell'ufficio assicurazioni del Contraente.

L'Assicurato, ai sensi del C.C., dovrà dichiarare che la richiesta di risarcimento oggetto del sinistro è il primo atto ricevuto in relazione all'evento.

La denuncia deve essere seguita, appena possibile, da una descrizione del fatto, con tutte le indicazioni utili alla comprensione dell'accaduto.

L'assicurato deve far pervenire alla Società notizia di qualsiasi ulteriore atto, diverso e successivo a quello a seguito del quale sia stata chiesta l'apertura del sinistro a Lui pervenuto, tempestivamente e comunque non oltre 15 giorni dal ricevimento stesso; in generale deve collaborare con la Società, per quanto possibile nella gestione del sinistro.

In ogni caso, senza il previo consenso scritto della Società, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Art. 2.12 – Informazioni sui sinistri

La Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto (con successivi aggiornamenti bimensili),
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati,

si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere preferibilmente fornito in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente editabile e dovrà riportare, per ciascun sinistro:

- il n. attribuito al sinistro;
- data dell'apertura di sinistro;
- data e luogo di accadimento;
- estremi identificativi del reclamante;
- tipo di evento ed annotazioni sui profili di responsabilità dei soggetti assicurati;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli pertinenti di seguito indicati:
 - a) sinistro senza seguito e relative motivazioni;
 - b) sinistro liquidato, in data __ per l'importo di € __ (precisare: al netto/lordo della franchigia di € __);
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € __ (precisare: al netto/lordo della franchigia di € __. Se disponibile, precisare anche l'importo richiesto da controparte;
 - d) se è radicato o meno il contenzioso legale.

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

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società;

- rappresentano una condizione essenziale per la validità della risoluzione anticipata.

Art. 2.13 – Gestione del contratto

Ad ogni effetto di legge le parti contraenti riconoscono alla Società Consulbrokers Spa, Roma, Via Reno n. 30, iscrizione R.U.I. n. B000104507 (denominata anche e più brevemente "Broker"), il ruolo di cui al D. Lgs 209/2005 (ex legge 792/84) per quanto concerne la predisposizione del Capitolato speciale di appalto e l'assistenza e consulenza nelle fasi di gara. Il Broker fornirà inoltre, se richiesto dalla FNOMCeO e previa opportuna comunicazione alla Società aggiudicataria del presente contratto, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutto il tempo residuo della polizza, sino alla scadenza, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni dello stesso contratto assicurativo.

L'opera del Broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato nazionale ed internazionale, confermati dalla giurisprudenza, esclusivamente dall'aggiudicatario con il quale verrà stipulato il contratto, sotto forma di una parte dell'unitaria provvigione predestinata dalle Direzioni alle proprie reti di vendita, secondo la aliquota percentuale del 12%, da calcolarsi sul premio imponibile. La remunerazione del Broker non rappresenta un costo aggiuntivo per la Contraente e andrà dagli Assicuratori assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio per gli oneri di distribuzione e produzione, predeterminata a monte dalle Direzioni Generali.

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente polizza, si conviene espressamente che ogni comunicazione se fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia e alle coassicuratrici, fermo restando quanto previsto al precedente art. 2.2 per quanto attiene alla copertura assicurativa / pagamento del premio, come pure ogni eventuale comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia, nel nome e per conto dell'Assicurato, si intenderà fatta dall'Assicurato stesso, con esclusione della comunicazione di disdetta e/o recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dal Contraente alla Società Assicuratrice e viceversa, con lettera raccomandata A.R. o PEC.

Art. 2.14 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni dattiloscritte, valgono unicamente le norme del Codice Civile. Si intendono pertanto abrogate tutte le condizioni di assicurazione eventualmente riportate a stampa.

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede dell'Assicurato.

Art. 2.15 – Trattamento dati

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 2.16 – Interpretazione del contratto

Si conviene tra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente / Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i 60 giorni. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

Art. 2.17 – Tracciabilità flussi finanziari

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 recante "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" la Compagnia aggiudicataria, pena la nullità assoluta del presente contratto, assume, per sé e per i subcontraenti o subappaltatori, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla suddetta legge.

Art. 2.18 – Disciplina dell'appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione della presente polizza, ancorché non allegati.

Art. 2.19 – Legittimazione

Si prende atto che la presente Polizza viene stipulata dall'Ente a favore degli Assicurati.

Il Contraente che stipula l'Assicurazione adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, ed esercita conseguentemente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli Assicurati che s'intende espressamente acquisito e prestato in sede di promozione e stipula del presente contratto anche se qui non formalmente riprodotto e rappresentato.

☺

SEZIONE 3.A - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PATRIMONIALE**Art. 3.A.1 – Oggetto dell'assicurazione – *claim made***

Ferme restando tutte le condizioni ed i termini stabiliti dalle norme contrattuali disciplinati dalla presente polizza, L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile e professionale, derivante all'Assicurato per perdite patrimoniali involontariamente cagionate e terzi in conseguenza di atti od omissioni colpose commessi da parte di uno o più Assicurati come definiti di cui l'Ente Contraente/Assicurato debba rispondere a norma di legge nell'esercizio dell'attività dichiarata in polizza. Deve intendersi compresa l'attività disciplinare, per danni colposamente cagionati a terzi compresi gli iscritti degli Ordini Provinciali.

Sono comprese nella garanzia le somme che l'Assicurato, sia tenuto a pagare per effetto di decisioni di qualunque organo di giustizia civile od amministrative dello Stato.

Le garanzie di polizza s'intendono operanti fatta salva la facoltà di esercitare, qualora ne ricorrano le condizioni previste dalla legge:

- Il diritto di rivalsa spettante alla Contraente stessa ai sensi dell'art. 22 comma 2 del T. U 3/1957
- Il diritto di surrogazione spettante alla Società ai sensi dell' Art. 1916 c.c. nei confronti dei soggetti responsabili.

L'assicurazione comprende inoltre:

- a) Le perdite patrimoniali che l'Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte ai terzi a seguito di errori professionali dei propri Organi/Dipendenti, e del Personale comunque utilizzato.
- b) Le perdite patrimoniali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documento o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina.
- c) Le somme anticipate dalla Società all'Assicurato devono considerarsi, fino alla definizione degli eventuali giudizi di responsabilità o rivalsa e, comunque, fino alla prescrizione delle azioni esperibili, mere anticipazioni gravanti sul bilancio dell'Assicurato come debito, con obbligo restitutorio nei confronti della Società nei limiti del danno erariale accertato in sentenza che dovrà essere pagato dai Dipendenti/Organi.
- d) Le perdite patrimoniali derivanti all'Assicurato in relazione alla responsabilità civile che possa insorgere in conseguenza di una violazione degli obblighi previsti dalla Legge n. 190/2012 e del D. l. n. 174/2012, per le attività svolte da soggetti - di cui l'Assicurato deve rispondere - incaricati delle funzioni di:
 - Responsabile della prevenzione della corruzione nell'adozione del piano triennale e nel mantenimento dei livelli delle prestazioni a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione;
 - Responsabile del servizio finanziario nelle fasi di controllo di regolarità contabile di ogni atto, di controllo di gestione e di controllo sugli equilibri di bilancio.
- e) Le perdite patrimoniali cagionate a terzi derivanti dall'utilizzo degli Strumenti di Firma Elettronica. Ai fini della presente estensione di garanzia rivestono qualifica di terzo anche i soggetti titolari cui è attribuita o che hanno accesso, nell'esercizio dei rapporti intrattenuti con soggetti terzi per motivi istituzionali, societari o commerciali ai dispositivi per la creazione della firma elettronica. Gli stessi soggetti, se Amministratori o Dipendenti della Contraente, assumono anche qualifica di Assicurato, fatto salvo il diritto di rivalsa spettante alla Società in caso di dolo o colpa grave giudizialmente accertati. La presente estensione di garanzia è prestata entro il limite di € 500.000,00 per sinistro, con il massimo di € 1.000.000,00 per anno assicurativo.

Per effetto di quanto sopra, è fatto obbligo all'Assicurato di notificare alla Società le azioni di rivalsa nei confronti dei Dipendenti/Organi, o le azioni di responsabilità instaurate dalla Corte dei Conti, su atti od omissioni dei Dipendenti per cui i sinistri sono stati denunciati e/o definiti e le sentenze di condanna per cui abbia titolo a rimborso.

L'Assicurato si obbliga a restituire alla Società, nel termine di 90 giorni dalla data del passaggio in giudicato delle sentenze, gli importi anticipati, qualora siano recuperati dai Dipendenti/Organi seguito alla sentenza che riconosca la loro responsabilità.

Art. 3.A.2 – Perdite per interruzione o sospensione di attività di Terzi

La garanzia di cui alla presente Polizza comprende le Perdite Patrimoniali derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi entro il limite del Massimale annuale in aggregato indipendentemente dal numero di Sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo Assicurativo annuo a carico dell'Assicurato.

Art. 3.A.3 – Perdite Patrimoniali per l'attività connessa all'assunzione del Personale

L'assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali per l'attività connessa all'assunzione e gestione del personale. Per tali perdite, gli Assicuratori risponderanno per ogni singolo Assicurato e per anno Assicurativo nei limiti del Massimale di Polizza, indipendentemente dal numero di Sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo Assicurativo annuo a carico dell'Assicurato.

Art. 3.A.4 – Limiti di Indennizzo

L'Assicurazione per singolo Assicurato è prestata fino alla concorrenza del Massimale indicato nella Sez. 4, art. 4.1 – "Massimali – Limiti di indennizzo", nonché nella *Scheda di copertura* (in calce alla presente polizza) per ciascun Sinistro e annualmente in aggregato, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate dall'Assicurato nello stesso periodo. Non è prevista alcuna franchigia.

Art. 3.A.5 – Esclusioni

Non sono considerati terzi: il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine con lui convivente e le società di cui l'assicurato sia socio o amministratore;

L'assicurazione non vale per le Perdite Patrimoniali conseguenti a:

- a) danni materiali di qualsiasi tipo, salvo quanto precisato all'ultimo comma dell'art. 3.A.1, lett. b) che precede;
- b) qualsiasi attività e/o competenza esercitata dall'Assicurato presso Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, nonché le attività comunque connesse e/o conseguenti alla responsabilità professionale derivante da attività veterinaria, medica, paramedica, diagnostica, terapeutica, di profilassi e sperimentazione clinica, compreso ma non limitatamente ad altre forme di professioni collegate alla sanità;
- c) attività svolta dall'Assicurato quale componente di consigli di amministrazione o collegi sindacali, di altri Enti della Pubblica Amministrazione e/o enti privati salvo quanto precisato dall'art. 3.A.10;
- d) la stipulazione, e/o la mancata stipulazione, e/o la modifica, di assicurazioni, nonché ogni controversia derivante dalla ripartizione fra Assicurato e Contraente dell'onere di pagare Premi, nonché il pagamento e/o mancato o tardivo pagamento di premi;
- e) azioni od omissioni imputabili all'Assicurato a titolo di dolo accertato con provvedimento definitivo dell'autorità competente;
- f) inquinamento di qualsiasi genere di aria, acqua e suolo; danno ambientale in generale; la presenza e gli effetti, diretti e indiretti, di muffa tossica di qualsiasi tipo e di amianto;
- g) calunnia, ingiuria, diffamazione;
- h) multe, ammende, sanzioni inflitte direttamente contro l'Assicurato salvo che siano inflitte contro terzi, compresa la Pubblica Amministrazione in genere, a seguito di errore professionale da parte dell'Assicurato;
- i) il possesso, la custodia o l'uso, da parte di qualsiasi persona, di autoveicoli, rimorchi, natanti o velivoli, esclusa comunque ed in ogni caso la Responsabilità Civile di cui alla legge 990 del 1969;
- j) le responsabilità, accertate con provvedimento definito dell'autorità competente, che gravino personalmente su qualsiasi Dipendente per colpa grave e per Responsabilità Amministrativa o Amministrativa Contabile;
- k) fatti o circostanze pregresse già note all'Assicurato e/o denunciate prima della data d'inizio della Durata del Contratto;
- l) azioni di un Assicurato nei confronti di un altro Assicurato salvo il caso in cui l'Assicurato provi che la responsabilità sarebbe esistita anche se il danneggiato non fosse stato un Assicurato così come definito alla presente Polizza;
- m) responsabilità assunte volontariamente dall'Assicurato al di fuori dei compiti di ufficio o di servizio e non derivante dalla legge, da statuto, regolamenti o disposizioni dell'ente;

n) investimenti operati da Enti Pubblici per ripianare deficit finanziari da spese correnti e/o da spese di investimento;

nonché per i Danni:

- o) derivanti da violazione civile del rapporto con i terzi e/o i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione persecuzione, mobbing, molestie, violenze, abusi sessuali e simili);
- p) derivanti da sviluppo comunque insorto, controllato o meno di energia nucleare o di radioattività;
- o) derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato; salvo che l'Assicurato provi che l'evento dannoso non abbia relazione con detti avvenimenti;

Art. 3.A.6 – Assicurazione "Claims made" - Retroattività

L'Assicurazione è prestata nella forma "claims made" ed è operante per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia del contratto e che siano regolarmente denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, a condizione che siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere da uno o più dei Soggetti del cui operato debba rispondere il Contraente a norma di legge, durante il Periodo di Efficacia quale definito in questa polizza, a condizione che non siano già noti all'Assicurato.

A questo proposito si conviene un periodo di retroattività pari ad anni quindici.

Agli effetti di quanto disposto dagli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile l'Assicurato, dopo appropriati accertamenti, dichiara che al momento della stipulazione di questo contratto non ha ricevuto comunicazioni, richieste o notifiche che possano configurare un Sinistro quale definito in questa polizza.

L'assicurazione cessa automaticamente relativamente al Dipendente licenziato per giusta causa.

Art. 3.A.7 - Garanzia Postuma

L'Assicurazione è operante per i Sinistri che abbiano luogo durante un periodo di garanzia postuma di 5 (cinque) anni successivi alla data di scadenza della Durata del Contratto, purché derivanti da comportamenti colposi posti in essere da uno o più dei Soggetti del cui operato debba rispondere il Contraente a norma di legge durante il Periodo di Efficacia quale definito in questa polizza.

Altresì, relativamente al Soggetto che nel corso della Durata del Contratto cessa dal servizio o dalle sue funzioni per pensionamento, morte o qualsiasi altro motivo diverso dal licenziamento per giusta causa, l'assicurazione sarà operante durante un periodo di garanzia postuma di 5 (cinque) anni a partire dalla data di cessazione dal servizio, a copertura dei Sinistri che abbiano luogo dopo la cessazione dal servizio e derivanti da comportamenti colposi posti in essere da uno o più dei Soggetti Assicurati durante il Periodo di Efficacia quale definito in questa polizza.

Per i Sinistri denunciati agli Assicuratori durante tale periodo di garanzia postuma, il limite di Indennizzo in aggregato, indipendentemente dal numero dei Sinistri stessi, non potrà superare il Massimale indicato in Polizza.

La presente garanzia postuma cesserà immediatamente nel caso l'Assicurato stipulasse durante tale periodo altra copertura assicurativa analoga alla presente a garanzia degli stessi rischi. Resta inteso che si applica il disposto dell'art. 2.11 - Obblighi in caso di sinistro).

Art. 3.A.8 - Persone non considerate terzi

Non sono considerate terzi il coniuge, i genitori, i figli di qualsiasi amministratore del Contraente nonché qualsiasi altro parente o affine convivente con tale amministratore nonché le società di cui tale amministratore è taluna delle predette figure sia amministratore o componente del collegio sindacale, ad eccezione di quanto precisato all'art. 3.A.9) che segue.

Art. 3.A.9 – Attività di rappresentanza

Fermo restando quanto stabilito dall'Art. 3.A.5 lettera b) si precisa che l'Assicurazione vale per gli incarichi anche di carattere collegiale e/o commissariale svolti dai singoli Assicurati in rappresentanza dell'Ente di Appartenenza in altri organi collegiali.

Art. 3.A.10 – Vincolo di solidarietà

L'assicurazione vale esclusivamente per la personale responsabilità dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori risponderanno soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Art. 3.A.11 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da comportamenti colposi posti in essere nel territorio dell'Unione Europea, della Confederazione Svizzera, dello Stato Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino..

Art. 3.A.12 – Cessazione dell'Assicurazione

Oltre agli altri casi previsti dalla legge, e salva la garanzia postuma di cui all'Art. 3.A.7 della presente Polizza, l'Assicurazione cessa in caso di cessazione da parte dell'Assicurato per pensionamento, per dimissioni o per altri motivi, dall'incarico istituzionale.

Art. 3.A.13 – Sinistri in serie

In caso di sinistri in serie, la data della prima richiesta sarà considerata come data di tutte le richieste anche per quelle presentate successivamente alla cessazione dell'Assicurazione.

Art. 3.A.14 - Copertura sostituti

Nel caso di sostituzione temporanea o permanente di uno o più Soggetti del cui operato debba rispondere il Contraente a norma di legge, l'assicurazione s'intende automaticamente operante nei confronti dei relativi sostituti dal momento del loro incarico.

Art. 3.A.15 – Copertura a "Secondo Rischio"

Qualora esistano o vengano stipulate altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e a risarcire gli stessi Danni, si applica il disposto dell'art. 2.3 che precede e l'assicurazione prestata con questo contratto opererà a "secondo rischio". Resta fermo quanto disposto all'art. 3.A.7 ultimo comma.

Art. 3.A.16 – Gestione delle vertenze di Sinistro, Spese legali

Si conviene che la Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze a nome dell'Assicurato designando, ove occorra, legali e tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato con l'assenso dello stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1917 del Codice Civile, entro il limite di un importo pari a un 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 la Società e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse, fermo restando il limite di un quarto del massimale di cui sopra.

Le parti si danno reciprocamente atto che è espressamente escluso dalla garanzia il rimborso di tutte le spese legali sostenute dall'Assicurato nell'ambito dei procedimenti giudiziari di natura penale, salvo quelle sostenute per la partecipazione al giudizio penale quale responsabile civile citato dall'imputato o dal P.M..

Inoltre, qualora sia promosso nei confronti dell'Assicurato un procedimento giudiziario innanzi al TAR, la Società rimborserà le spese legali solo nel caso in cui sia stata avanzata una esplicita richiesta di risarcimento, e solo limitatamente alla parte di spese legali sostenute per resistere a tale richiesta di risarcimento.

CONDIZIONI SPECIALI (sempre operanti)**Art. 3.A.17 – Decreto Legislativo 81/2008**

Sempre che l'Assicurato sia in possesso delle necessarie qualifiche legalmente valide ed abbia seguito i corsi richiesti dalla Legge, la presente copertura, ferme le altre condizioni di polizza, è altresì operante per le responsabilità poste a

carico dell'Assicurato dalla normativa in materia di igiene (rumori, microclima, polveri e fumi, acque e vapore) sicurezza e salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro; sono pertanto comprese in garanzia anche le attività svolte dagli Assicurati in funzione di:

- "Datore di lavoro" e/o "Responsabile del servizio di prevenzione e protezione" ai sensi del Decreto Legislativo 81/2008 e successive modifiche e/o integrazioni.
- "Committente", "Responsabile dei lavori", "Coordinatore per la progettazione e/o Coordinatore per l'esecuzione dei lavori ai sensi del Decreto Legislativo 81/2008 e successive modifiche e integrazioni.

In tali casi sono compresi anche i Danni Materiali.

Quanto sopra in nessun caso potrà essere considerato un impegno da parte degli Assicuratori a rispondere, direttamente o indirettamente, per effetto di un'azione di rivalsa, della responsabilità civile operai e/o prestatori di lavoro, la quale si intende esplicitamente esclusa dalla presente copertura.

Art. 3.A.18 - Responsabilità patrimoniale derivante dal D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. sulla protezione dei dati personali

L'assicurazione è estesa a coprire i Sinistri derivanti dalle attività disciplinate dal decreto legislativo sopra menzionato, ove l'Assicurato sia preposto o incaricato della protezione di dati personali ai sensi del decreto stesso.

Art. 3.A.19 – Clausola di esclusione rischi Guerra e Terrorismo

A rettifica di qualunque norma in senso contrario contenuta nel testo di Polizza o clausole aggiuntive, viene convenuto che il contratto di Assicurazione esclude la copertura di qualunque perdita, Danno, costo o spesa di qualsivoglia natura causati direttamente o indirettamente, oppure risultanti da od in connessione ad uno dei seguenti eventi, indipendentemente da qualunque altra causa o evento che contribuiscano o concorrano agli altri aspetti del Sinistro:

1. guerra, invasione, atti ostili di nemici stranieri, ostilità od atti di guerra (dichiarata o meno), guerra civile, rivolta, insurrezione, agitazione popolare avente dimensione o conseguenze di sommossa, colpo di stato militare o meno; oppure:
2. qualunque atto di terrorismo. Ai fini della presente clausola s'intende per atto di terrorismo qualunque atto, inclusi anche e non solo quelli che presuppongano ricorso alla forza o violenza e/o alla minaccia, compiuto da qualunque persona o gruppo di persone, agenti in proprio o per conto o in connessione con qualunque organizzazione o governo ed ispirati da finalità politiche, religiose, ideologiche o simili compreso lo scopo di influenzare le scelte di governo e/o, ancora, di porre in soggezione o timore il popolo o parte di esso.

La presente clausola esclude inoltre la copertura di Danni, costi o spese di qualsiasi natura causati direttamente o meno, o risultanti da o in connessione a qualsiasi azione intrapresa al fine di controllare, prevenire, sopprimere o comunque relativamente a quanto elencato ai punti 1. e 2.

Nel caso in cui gli Assicuratori eccepiscano l'accadimento dei fatti o atti di cui sopra e neghino il risarcimento dei Danni, costi o spese, l'onere di provare l'insussistenza di quanto deciso dagli Assicuratori graverà sull'Assicurato.

Qualora parte del contenuto della presente clausola venisse dichiarato nullo o inefficace da parte degli organi giudiziari o amministrativi competenti, tale nullità o inefficacia non pregiudicherà la validità del resto della clausola.

SEZIONE 4 - CALCOLO DEL PREMIO – RIPARTO COASSICURATIVO – DISPOSIZIONE FINALE
Art. 4.1 – Massimali – Limiti di indennizzo

Per sinistro € 7.000.000,00 per sinistro (indipendentemente dal n. di soggetti coinvolti).
 Per anno ass.vo
 (aggregato annuo) € 10.000.000,00 In ogni caso la Società non corrisponderà nell'arco di un anno assicurativo un importo superiore all'importo aggregato annuo indicato.

Art. 4.2 - Calcolo del premio

Il premio anticipato dalla Contraente viene così calcolato - **vedi scheda di offerta:**

Premio annuo imponibile	Imposte	Premio annuo finito
omissis	omissis	omissis

L'eventuale revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza viene regolata ai sensi dell'art. 106 del D. Lgsvo 50/2016, laddove ricorrano elementi idonei a giustificarne una loro variazione.

Art. 4.3 - Riparto di coassicurazione

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., si indicano di seguito le relative percentuali, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione
(*)		

La Spettabile(*), all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti connessi anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe, recesso, atti giudiziari

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate; per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 4.4 - Disposizione finale

Resta convenuto che si intendono operanti solo le norme elencate e descritte nella presente *polizza* nelle Sezioni dalla n. 1 alla n. 4 comprese, unitamente alle eventuali varianti contenute nelle schede di offerta presentate in sede di gara, che, allegate al presente contratto, ne formano parte integrante e sostanziale.

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

Il presente *Capitolato*, modificato secondo le varianti presentate ed accettate in sede di gara, completato con le indicazioni di prezzo, decorrenza e scadenza, assume a tutti gli effetti la validità di contratto.

Il Contraente

La Società

Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., la Società ed il Contraente dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

- 2.2 Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio
- 2.3 Assicurazione presso diversi assicuratori
- 2.4 Durata dell'assicurazione
- 2.5 Facoltà di recesso in caso di sinistro
- 2.6 Cessazione anticipata del contratto
- 2.9 Partecipazione in coassicurazione
- 2.9bis partecipazione in RTI
- 2.10 Forma delle comunicazioni
- 2.11 Obblighi in caso di sinistro
- 2.12 Informazioni sui sinistri
- 2.13 Clausola Broker
- 2.14 Rinvio alle norme di legge - Foro competente
- 2.16 Interpretazione del contratto
- 2.18 Disciplina dell'appalto
- 3.A.1 Oggetto dell'assicurazione – claim made
- 3.A.5 Esclusioni
- 3.A.6 Assicurazione Claim made – Retroattività
- 3.A.7 garanzia Postuma
- 3.A.15 Copertura a "Secondo rischio"
- 3.A.16 Gestione delle vertenze, Spese Legali
- 3.A.19 Clausola di esclusione rischi Guerra e Terrorismo
- 4.3 Riparto di coassicurazione
- 4.4 Disposizione finale

Il Contraente

La Società

Allegate schede di offerta tecnica ed economica

(solo in caso di effettiva emissione della polizza da parte della Ditta aggiudicataria)

SCHEDA DI COPERTURA**CONTRAENTE /ASSICURATO : Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi Odontoiatri (FNOMCeO).****DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione vale per l'attività istituzionale esercitata dalla **FNOMCeO**, ai sensi delle leggi, dei decreti e regolamenti vigenti e delle loro successive modifiche ed integrazioni di qualunque fonte, ed in ogni caso per le attività ed i servizi che sin d'ora o in futuro potranno essere espletati. L'assicurazione comprende altresì tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, comunque ed ovunque svolte, nessuna esclusa ne eccettuata.

PERIODO DI ASSICURAZIONE:

Dalle ore 24 del 30.06.2020

Alle ore 24 del 30.06.2024

MASSIMALE PER SINISTRO: € 7.000.000,00**MASSIMALE IN AGGREGATO ANNUO: € 10.000.000,00****FRANCHIGIA PER SINISTRO: nessuna****PERIODO DI EFFICACIA RETROATTIVA: anni 15 (quindici)****PERIODO DI EFFICACIA ULTRATTIVA: anni 5**

INFORMAZIONI SUGLI ORGANI ISTITUZIONALI E SUI SOGGETTI IN RAPPORTO DI IMMEDIESIMAZIONE ORGANICA CON IL CONTRAENTE

Premesso che gli Organi istituzionali della FNOMCeO sono: il Consiglio Nazionale il Comitato Centrale, il Consiglio Direttivo, la Commissione iscritti Albo Medici Chirurghi, la Commissione iscritti Albo Odontoiatri, il Collegio dei Revisori dei Conti, e che gli Organi istituzionali degli Ordini Provinciali sono:

- Consiglio Direttivo,
- Commissione iscritti Albo Medici Chirurghi,
- Commissione iscritti Albo Odontoiatri,
- Collegio dei Revisori dei Conti,

si riporta di seguito, a titolo informativo, il numero dei soggetti in rapporto di immedesimazione organica con il Contraente, per categoria omogenea:

CATEGORIA		N.
A	Componenti Organi istituzionali FNOMCeO; Consiglio Nazionale, Comitato Centrale, Commissione iscritti Albo Medici Chirurghi, Commissione iscritti Albo Odontoiatri, Collegio dei Revisori dei Conti	128
B	Vertice FNOMCeO: Presidente, Vice presidente, Segretario, Tesoriere, Presidente CAO	5
C	Direttore Generale; dipendenti FNOMCeO	41
D	Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Componenti di Consiglio Direttivo, Collegio dei Revisori dei Conti	1.847
E	Vertice di ogni Ordine Provinciale (106): Presidente, Vice presidente, Segretario, Tesoriere, Presidente CAO	530
F	Dipendenti/funzionari FNOMCeO Ordini Provinciali (106) N. 2 per ogni Ordine Provinciale	212

Ammontare retribuzioni lorde annue al personale dipendente ed a quello ad esso assimilato: € 2.111.150,00

Il Contraente

La Società

POLIZZA DI ASSICURAZIONE

TUTELA LEGALE

N. 1800566798

STIPULATA TRA



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

E

La Compagnia Assicuratrice UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SpA

**Agenzia: Doria Giuseppe e Bellisario Paola Snc, Via Nomentana n. 167 -
00137 Roma (RM)**

Durata del contratto	Dalle ore 24:00 del	30.06.2021
	Alle ore 24:00 del	30.06.2024
Rateazione	Semestrale (30.06 – 31.12)	

SOMMARIO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI	3
Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale.....	3
Art. 1.2 – Definizioni relative all’assicurazione Tutela legale.....	4
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	5
Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio	5
Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori.....	5
Art. 2.4 – Durata dell’assicurazione	5
Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro	6
Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto.....	6
Art. 2.7 – Regolazione del premio.....	6
Art. 2.8 – Oneri fiscali.....	6
Art. 2.9 - Partecipazione in coassicurazione	6
Art. 2.9 bis – Partecipazione in RTI	7
Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni	7
Art. 2.11 – Clausola Broker	7
Art. 2.12 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente	7
Art. 2.13 – Trattamento dati	7
Art. 2.14 – Interpretazione del contratto	7
Art. 2.15 – Tracciabilità flussi finanziari	8
Art. 2.16 – Disciplina dell’appalto	8
Art. 2.17 – Legittimazione	8
SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE	9
Art. 3.1 – Oggetto dell’assicurazione	9
Art. 3.2 - Condizioni di operatività della Copertura	9
Art. 3.3 - Rischi inclusi.....	9
Art. 3.4 - Rischi esclusi.....	10
Art. 3.5 - Spese Indennizzabili.....	10
Art. 3.6 - Spese escluse dall’Assicurazione.....	11
Art. 3.7 – Ambito territoriale	11
Art. 3.8 – Regime temporale.....	11
SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI.....	12
Art. 4.1 - Denuncia dei danni	12
Art. 4.2 - Designazione del legale e/o del perito	12
Art. 4.3 - Gestione delle vertenze	12
Art. 4.4 – Liquidazione dei danni e delle spese.....	13
Art. 4.5 – Fondo spese ed onorari – Anticipo indennizzi	13
Art. 4.6 – Informazioni sui sinistri	13
SEZIONE 5 – MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO.....	14
Art. 5.1 – Massimali – Limiti di indennizzo	14
Art. 5.2 – Calcolo del premio.....	14
Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione.....	14
Art. 5.4 – Disposizione finale	14

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale

Contraente / FNOMCeO / Federazione	Il soggetto che stipula l' <i>assicurazione</i> : Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi Odontoiatri (FNOMCeO).
Assicurato	il soggetto il cui interesse è tutelato dall' <i>Assicurazione</i> e, in particolare: la FNOMCeO e gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri; gli Organi Istituzionali della FNOMCeO e degli Ordini Provinciali (Consiglio nazionale, Comitato Centrale, Consiglio Direttivo, Commissioni iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri, Collegio dei Revisori dei Conti); qualsiasi persona fisica che ha ricoperto o ricopra la carica di Presidente, Vice Presidente, Consigliere, Segretario, Tesoriere, Revisore, Direttore Generale, Sindaco, Dirigente, Quadro, dipendente, designato dalla FNOMCeO o dal singolo Ordine siano essi soggetti che contestualmente ricoprono una carica istituzionale nell'ambito dell'ente FNOMCeO/Ordine, siano essi dipendenti della FNOMCeO/Ordine stesso. I dipendenti si intendono assicurati anche nello svolgimento delle seguenti mansioni per conto dell'Ente: Responsabile per la prevenzione della corruzione; Responsabile per la trasparenza; Responsabile Unico del procedimento, Responsabile unico del Protocollo Informatico, Responsabile dell'Anagrafe per la stazione Appaltante, Data Protection Officer.
Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che prestano l'assicurazione.
Broker	Il soggetto incaricato della predisposizione del Capitolato Speciale e della assistenza e consulenza nelle fasi di gara e, se richiesto dalla FNOMCeO e previa opportuna comunicazione alla Società aggiudicataria del presente contratto, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutto il tempo residuo della polizza, sino alla scadenza, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni dello stesso contratto assicurativo.
Assicurazione	Il Contratto di <i>Assicurazione</i> - Le garanzie prestate col contratto di <i>Assicurazione</i> .
Polizza	Il documento contrattuale che prova l' <i>Assicurazione</i> .
Capitolato Speciale / Capitolato Tecnico / (denominato anche CT)	Il complesso delle norme, rappresentate in <i>polizza</i> , che regolano il rapporto contrattuale.
Garanzia	La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo.
Indennizzo / Indennità / Risarcimento	La somma dovuta dalla <i>Società</i> in caso di <i>sinistro</i> .
Somme assicurate	Le somme massime che la <i>Società</i> è obbligata contrattualmente a pagare in caso di <i>sinistro</i> .
Periodo assicurativo / Annualità assicurativa	Ciascun periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria o di cessazione dell' <i>Assicurazione</i>
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal <i>Contraente</i> alla <i>Società</i> .
Rischio	La probabilità che si verifichi il <i>sinistro</i> .
Sinistro	l'insorgere della controversia che richiede l'azione di tutela a favore di ciascun Assicurato; si considerano a tutti gli effetti come unico sinistro: 1. vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;

2. indagini o rinvii a giudizio o procedimenti di responsabilità amministrativa e contabile a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.
In tali ipotesi, la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma il relativo massimale re-sta unico.

Franchigia

L'importo che, determinato a termini di polizza per ciascun *sinistro*, viene detratto dall'ammontare del danno e rimane a carico dell'*Assicurato*.

Scoperto

La percentuale di danno convenuta a carico dell'*Assicurato* e determinata a termini di *polizza* per ciascun *sinistro*.

Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Tutela legale**Attività****Prestazioni****Servizi**

Quelle/i svolte/i dal Contraente per legge, a qualsiasi livello, presenti o future; per statuto, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi, purché non in contrasto con le sopradette norme, e comunque tutte le attività, prestazioni e servizi di fatto svolte/i. con ogni mezzo ritenuto utile o necessario, incluse le attività e i servizi che in futuro possano essere espletate/i, integrate/i e modificate/i. Tutte le eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. Si intendono comprese tutte le attività, prestazioni e servizi accessori, complementari, connessi/e, collegati/e, preliminari e conseguenti all'attività principale, comunque ed ovunque svolti/e, nessuna/o esclusa/o né eccettuata/o.

Retribuzione annua lorda

(se del caso - al solo fine del conteggio del premio)

Le retribuzioni lorde desumibili dal bilancio d'esercizio del Contraente in favore dei *Prestatori di lavoro* e, ove non fossero già comprese, anche quelle lorde erogate in favore del personale in rapporto convenzionato e/o di servizio con il Contraente stesso. Le voci suddette devono intendersi al netto:

- delle ritenute per oneri previdenziali a carico del Contraente
- di eventuali emolumenti a vario titolo corrisposti come arretrati relativi agli anni precedenti

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

In deroga agli artt. 1892, 1893 1894 C.C. l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente /Assicurato di una circostanza che eventualmente modifichi o aggravi il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti si sono verificate. Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del sinistro della modifica delle attività del Contraente a seguito di variazione della normativa vigente. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o la parte di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza, se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

In ogni caso, a parziale deroga dell'art. 1901 codice civile, tenuto conto che il Contraente, per le proprie modalità amministrative, effettua i pagamenti solo tramite ordinativi bancari, preventivamente deliberati dagli uffici competenti, si conviene tra le parti che ogni copertura inerente la presente polizza decorre:

- per la rata iniziale di perfezionamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del contratto indicato in polizza a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, e venga comunicata alla Società;
- per le rate di premio successive, dalle ore 24:00 del giorno di scadenza della rata a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro 60 giorni dalla data di scadenza della rata e venga comunicata alla Società;
- per le appendici che comportino un pagamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del titolo, a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro il 60° giorno dal ricevimento del documento emesso dalla Compagnia e venga comunicata alla Società;
- per le appendici a premio zero, dalle ore 24:00 del giorno di comunicazione del Contraente al Broker o alla Società.

Se il Contraente/Assicurato non paga entro i termini e con le modalità suddette, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno della disposizione relativa al pagamento, sempreché ne venga data tempestiva comunicazione alla Società.

Effettuato il pagamento, la garanzia verrà ripristinata senza soluzione di continuità anche relativamente al periodo in cui questa è stata sospesa, con esclusione dei sinistri accaduti nel periodo di copertura, a condizione che gli stessi siano già conosciuti e denunciati dal Contraente/Assicurato.

Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio ed i sinistri dai medesimi sofferti

Il *Contraente* è esonerato dall'obbligo di denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli *Assicurati* avessero in corso o stipulassero in proprio ed i *sinistri* dai medesimi sofferti; l'*Assicurato* ha l'obbligo di farlo in caso di *sinistro*, e sempre che ne sia a conoscenza, ai sensi dell'art. 1910 C.C., dando avviso a tutti gli assicuratori ed indicando a ciascuno il nome degli altri.

In caso di *sinistro*, l'*indennizzo* dovuto ai sensi della presente *polizza*, sarà corrisposto per intero, indipendentemente dalla presenza o meno di ulteriori eventuali *polizze*. Permane invece l'obbligo per il *Contraente* di denunciare le eventuali altre *assicurazioni* che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un *rischio* analogo a quello della presente *polizza*.

Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione

Il presente *contratto assicurativo* ha la durata e la rateizzazione indicate in frontespizio.

Alla scadenza, previa verifica della congruità delle condizioni, è facoltà del Contraente procedere al riaffidamento per una ulteriore annualità.

In ogni caso, è facoltà del Contraente, nelle more del perfezionamento delle ordinarie procedure ad evidenza pubblica per il rinnovo del contratto, richiedere una proroga tecnica dello stesso contratto per il periodo massimo di 6 (sei) mesi, agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per il Contraente.

In tali casi (riaffidamento e/o proroga tecnica) l'Aggiudicatario è espressamente tenuto ed obbligato a garantire copertura assicurativa a semplice richiesta scritta della Federazione.

Alla scadenza definitiva, i contratti si intenderanno cessati senza obbligo di ulteriori comunicazioni.

Al Contraente competerà comunque il pagamento di eventuali regolazioni maturate sino alla definitiva scadenza delle polizze e dell'eventuale riaffidamento / proroga.

Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro

Il Contraente può recedere dal presente contratto dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 90 giorni. In tale evenienza tutte le garanzie rimarranno operanti per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso e la Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Nel caso in cui le parti si siano avvalse della disdetta di cui all'art. 2.6 – "Cessazione anticipata del contratto", la facoltà concessa dal presente articolo non è operante.

La società rinuncia espressamente alla facoltà di recesso per sinistro.

Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto

La Società ed il *Contraente* possono recedere anticipatamente dal presente contratto al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del *Contraente* di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino ad un massimo di sei mesi. In tal caso, la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso, da parte della *Società*, è subordinato al contestuale invio del "Report sinistri" di cui al successivo articolo 4.6 – "Informazioni sui sinistri".

Art. 2.7 – Regolazione del premio

Il premio della presente polizza non è soggetto a regolazione (premio "Flat").

Art. 2.8 – Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi, e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, agli indennizzi alle polizze ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento è stato anticipato dalla Società.

Art. 2.9 - Partecipazione in coassicurazione

In caso di coassicurazione l'Assicurazione è ripartita per quote tra gli Assicuratori indicati nel riparto allegato e la Società delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dal presente contratto, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto e/o di diritto, dai rapporti che possono interessare gli Assicuratori presso le quali il rischio è stato assicurato o ripartito.

La Società delegataria, pertanto, è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare al Contraente/Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo, ferma la responsabilità solidale tra assicuratori, in deroga al Art. 1911 C.C.

Con la sottoscrizione della presente polizza le coassicuratrici danno mandato alla Società delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione nonché quelli relativi alla rappresentanza processuale, compiuti dalla Società delegataria in ragione e/o a causa della presente polizza.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, all'incasso dei premi di polizza, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Art. 2.9 bis – Partecipazione in RTI

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese (RTI), costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente.

Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto devono essere indirizzate alla Direzione per l'Italia della Società oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte, per essere valide, per iscritto anche a mezzo utilizzo del telefax o anche posta elettronica certificata.

Art. 2.11 – Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge le parti contraenti riconoscono alla Società Consulbrokers Spa, Roma, Via Reno n. 30, iscrizione R.U.I. n. B000104507 (denominata anche e più brevemente "Broker"), il ruolo di cui al D. Lgs 209/2005 (ex legge 792/84) per quanto concerne la predisposizione del Capitolato speciale di appalto e l'assistenza e consulenza nelle fasi di gara. Il Broker fornirà inoltre, se richiesto dalla FNOMCeO e previa opportuna comunicazione alla Società aggiudicataria del presente contratto, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutto il tempo residuo della polizza, sino alla scadenza, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni dello stesso contratto assicurativo.

L'opera del Broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato nazionale ed internazionale, confermati dalla giurisprudenza, esclusivamente dall'aggiudicatario con il quale verrà stipulato il contratto, sotto forma di una parte dell'unitaria provvigione predestinata dalle Direzioni alle proprie reti di vendita, secondo la aliquota percentuale del 12%, da calcolarsi sul premio imponibile. La remunerazione del Broker non rappresenta un costo aggiuntivo per la Contraente e andrà dagli Assicuratori assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio per gli oneri di distribuzione e produzione, predeterminata a monte dalle Direzioni Generali.

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente polizza, si conviene espressamente che ogni comunicazione se fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia e alle coassicuratrici, fermo restando quanto previsto al precedente art. 2.2 per quanto attiene alla copertura assicurativa / pagamento del premio, come pure ogni eventuale comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia, nel nome e per conto dell'Assicurato, si intenderà fatta dall'Assicurato stesso, con esclusione della comunicazione di disdetta e/o recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dal Contraente alla Società Assicuratrice e viceversa, con lettera raccomandata A.R. o PEC.

Art. 2.12 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni dattiloscritte, valgono unicamente le norme del Codice Civile. Si intendono pertanto abrogate tutte le condizioni di assicurazione eventualmente riportate a stampa.

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede del Contraente.

Art. 2.13 – Trattamento dati

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 2.14 – Interpretazione del contratto

Si conviene tra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente / Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all' esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti,

nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i 60 giorni.

Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

Art. 2.15 – Tracciabilità flussi finanziari

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 recante "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" la Compagnia aggiudicataria, pena la nullità assoluta del presente contratto, assume, per sé e per i subcontraenti o subappaltatori, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla suddetta legge.

Art. 2.16 – Disciplina dell'appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione della presente polizza, ancorché non allegati.

Art. 2.17 – Legittimazione

Si prende atto che la presente Polizza viene stipulata dall'Ente Contraente a favore degli Assicurati.

Il Contraente adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, ed esercita conseguentemente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli Assicurati che s'intende espressamente acquisito e prestato in sede di promozione e stipula del presente contratto anche se qui non formalmente riprodotto e rappresentato.

☺

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE

Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione

La presente Assicurazione ha per oggetto la Tutela Legale e Peritale dell'Assicurato ai sensi delle definizioni della presente polizza.

La Società, alle condizioni della presente polizza e nei limiti del massimale convenuto, assume pertanto a proprio carico:

- a) l'onere relativo ad ogni spesa per l'assistenza giudiziale, legale e peritale - in ogni stato e grado - avanti qualsiasi sede e Autorità giudiziaria;
- b) l'onere relativo ad ogni spesa per l'assistenza pregiudiziale ed extragiudiziale, legale e peritale, che dovessero essere sostenute dall'Assicurato per la tutela dei propri interessi in relazione a vertenze legali insorte in connessione all'espletamento delle attività dallo stesso svolte.

L'assicurazione è operante anche nei casi in cui la tutela degli interessi dell'Assicurato sia conseguente ad atti, fatti od omissioni, dolosi o colposi, commessi da persone del cui operato l'Assicurato sia tenuto a rispondere.

Art. 3.2 - Condizioni di operatività della Copertura

L'Assicurazione si intende operante qualora ricorrano le seguenti condizioni:

- a) che esista diretta connessione tra il contenzioso processuale e la carica espletata o l'ufficio rivestito dall'Assicurato;
- b) che sia stata riconosciuta l'assenza del dolo e della colpa grave dell'Assicurato;

Limitatamente alle eventuali vertenze di Responsabilità Amministrativa e Contabile promosse dinanzi alla Corte dei Conti, ovvero in ogni caso in cui sia stato avanzato nei confronti dell'Assicurato addebito di dolo o colpa grave, l'Assicurazione opera a condizione che l'Assicurato sia stato integralmente prosciolto in via definitiva da ogni addebito.

Art. 3.3 - Rischi inclusi

La garanzia è operante per i rischi non espressamente esclusi ai sensi del successivo articolo, di seguito elencati a mero titolo indicativo e non esaustivo:

- a) la difesa in procedimenti penali, anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;
- b) la tutela e difesa degli interessi dell'Assicurato in relazione a procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni conseguenti ad inadempimento in materia fiscale, amministrativa e tributaria;
- c) la tutela e difesa degli interessi dell'Assicurato per delitti dolosi, comprese le violazioni in materia fiscale e amministrativa e tributaria, ivi compresa la costituzione di parte civile, esclusivamente nei seguenti casi:
 - c.1) qualora l'originaria imputazione per reato doloso venga derubricato in ipotesi colposa;
 - c.2) in caso di:
 - proscioglimento;
 - archiviazione in istruttoria
 - assoluzione con decisione passata in giudicato
 - quando il fatto non sussiste, non costituisce reato o per non averlo commesso
- d) la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni per eventi connessi alla circolazione stradale, in relazione ai veicoli a motore di proprietà dell'Assicurato o di proprietà dei dipendenti, quando per ragioni di servizio si trovino alla guida;
- e) la difesa in controversie relative ad azioni o pretese di terzi conseguenti a fatti o atti illeciti o ad atti illegittimi involontariamente commessi dall'Assicurato, comprese anche le spese sostenute per resistere in sede civile e amministrativa alle pretese risarcitorie per danni extracontrattuali cagionati a terzi.

La presente garanzia vale limitatamente a:

- e.1) le spese che non dovessero essere riconosciute dalla Società Assicuratrice del Contraente della polizza di responsabilità civile patrimoniale, ai sensi dell'art. 1917 c.c., per il legale scelto dall'Assicurato;
 - e.2) alla quota parte di spese rimanenti in capo all'assicurato in caso il risarcimento dovuto sia superiore al massimale della polizza di responsabilità civile patrimoniale;
 - e.3) le spese che non trovino copertura nella polizza di responsabilità civile patrimoniale.
- f) la difesa in controversie relative ad azioni o pretese di terzi per violazione dei diritti e degli interessi legittimi conseguenti al compimento di atti amministrativi;

- g) la difesa in procedimenti relativi ad azioni o pretese di terzi per danni materiali e corporali ancorché trovino copertura nella polizza di responsabilità civile dell'Ente Contraente, limitatamente a:
- g.1) le spese che non dovessero essere riconosciute dalla Società Assicuratrice del Contraente della polizza di responsabilità civile, ai sensi dell'art. 1917 c.c., per il legale scelto dall'Assicurato;
 - g.2) alla quota parte di spese rimanenti in capo all'assicurato in caso il risarcimento dovuto sia superiore al massimale della polizza di responsabilità civile;
 - g.3) le spese che non trovino copertura nella polizza di responsabilità civile;
- h) la difesa nei procedimenti di responsabilità civile e penale conseguenti a contaminazione o inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo, da qualsiasi causa originati;
- i) in materia fiscale, tributaria, amministrativa, le deduzioni difensive nei confronti dell'Ufficio che ha accertato la presunta violazione, i ricorsi instaurati davanti alle Commissioni Tributarie, i ricorsi amministrativi innanzi alla Direzione Regionale delle Entrate, i procedimenti instaurati innanzi l'Autorità Giudiziaria Ordinaria;
- j) la difesa nei procedimenti di opposizione e/o impugnazione avverso provvedimenti amministrativi, amministrativo - contabili, sanzioni amministrative non pecuniarie e sanzioni amministrative pecuniarie ovvero qualora l'Assicurato debba presentare ricorso gerarchico, la formulazione di istanze o ricorsi dinanzi le competenti autorità;
- k) l'assistenza per l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni subiti per fatti illeciti di terzi ovvero, qualora ne ricorrano i presupposti, per l'assistenza necessaria a promuovere l'azione penale in relazione ai medesimi fatti;
- l) le controversie di natura contrattuale ed extracontrattuale;
- m) le controversie di gruppo di lavoro con propri dipendenti, la garanzia opera esclusivamente a favore degli Assicurati Persone Giuridiche ;
- n) le vertenze con Enti Pubblici, Istituti di Assicurazione Previdenziali e Sociali;
- o) le controversie inerenti la locazione di immobili;
- p) controversie in materia di salute e sicurezza sul lavoro ex Decreto Legislative n. 81 del 9 aprile 2008 e ss.mm.ii.;
- q) controversie in materia di violazioni di brevetti, marchi e diritti;
- r) controversie relative alla nomina dell'Assicurato quale consulente e/o consulente tecnico di parte per conto dei Monopoli di Stato e/o altra Pubblica Amministrazione;
- s) controversie in materia di privacy, nella materia del D. Lgs. 231/2001, nonché in materia di anticorruzione e trasparenza.

Art. 3.4 - Rischi esclusi

L'assicurazione non obbliga la Società quando la controversia:

- a) deriva da fatto doloso salvo il caso in cui, sia stato disposto provvedimento di archiviazione da parte del Giudice delle Indagini Preliminari ovvero essendo intervenuta imputazione per reato doloso, questa decada per proscioglimento o si trasformi in imputazione per reato colposo;
- b) è conseguente a responsabilità assunte al di fuori della carica o comunque non direttamente conseguenti all'espletamento delle funzioni dichiarate;
- c) rapporto di servizio e/o da vertenze sindacali con l'Ente d'appartenenza; la presente esclusione è operante unicamente in riferimento agli Assicurati persone fisiche;
- d) è conseguente a detenzione di sostanze radioattive;
- e) è conseguente alla guida di autoveicoli in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti;
- f) sorge in relazione ad eventi conseguenti ad atti di guerra, occupazione militare, invasione, insurrezione, tumulti popolari, terrorismo, atti di vandalismo da chiunque provocati;
- g) le vertenze per violazione dell'art. 28 dello Statuto dei Lavoratori (comportamento antisindacale);
- h) il recupero di crediti;
- i) è conseguente a fatti commessi con dolo e colpa grave accertati con sentenza passata in giudicato;
- j) controversie di natura contrattuale in cui l'assicurato è attore, se di valore non superiore ad € 500,00,
- k) per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di imbarcazioni o aeromobili.

Art. 3.5 - Spese Indennizzabili

La garanzia è operante per le spese:

- a) di assistenza, consulenza e patrocinio per l'intervento, in fase pregiudiziale, giudiziale ed extragiudiziale, incluse le procedure di mediazione e di negoziazione assistita, del legale incaricato dall'Assicurato della gestione del caso, comprese le spese per le indagini per la ricerca di prove a difesa;
- b) di assistenza, consulenza e patrocinio per l'intervento, in fase pregiudiziale, giudiziale ed extragiudiziale, incluse le procedure di mediazione e di negoziazione assistita, del consulente tecnico incaricato dall'Assicurato della

gestione del caso, in sede civile, amministrativo e penale, comprese le spese per le indagini per la ricerca di prove a difesa;

- c) per l'intervento di un consulente tecnico d'ufficio;
- d) processuali nel processo penale (art. 535 c.p.p.);
- e) per la registrazione delle sentenze e degli atti giudiziari;
- f) il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, ove sostenuto, se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima;
- g) di giustizia, processuali e testimoniali;
- h) liquidate dal Giudice a favore di controparte in caso di soccombenza dell'Assicurato;
- i) a favore di controparte in caso di transazione autorizzata dalla Società;
- j) degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia, che rientri in garanzia, debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri, compreso l'arbitrato e le azioni legali nei confronti delle Imprese di Assicurazione;
- k) conseguenti a transazioni, preventivamente autorizzate dalla Società o comunicate dall'Assicurato e non respinte dalla Società;
- l) per arbitrati rituali e irrituali;
- m) per l'esecuzione forzata, limitatamente ai primi due tentativi.

Si precisa inoltre che l'Assicurazione, qualora la stessa controversia riguardi più Assicurati, consente a ciascun Assicurato la scelta di un proprio legale e consulente tecnico.

Art. 3.6 - Spese escluse dall'Assicurazione

Si intendono sempre escluse:

- a) le pene pecuniarie inflitte da un'Autorità Giudiziaria;
- b) le multe e le ammende;
- c) tutti gli oneri fiscali per la regolarizzazione di atti da produrre nel processo, salvo quanto previsto al precedente art. 3.5, lett. f).

Art. 3.7 – Ambito territoriale

La garanzia vale per le controversie, derivanti da violazioni di norme o inadempimenti verificatesi nella Repubblica Italiana, nello Stato del Vaticano e nella Repubblica di San Marino, e che in caso di giudizio sono trattate davanti all'Autorità Giudiziaria degli stessi Paesi.

La garanzia si estende alle controversie concernenti la responsabilità di natura extracontrattuale o penale, determinate da fatti verificatisi nei paesi della Comunità Europea ed in Svizzera.

Art. 3.8 – Regime temporale

La presente assicurazione vale per i fatti per i quali la necessità di ricorrere all'attivazione delle garanzie di tutela legale emerge per la prima volta durante il periodo di validità dell'assicurazione, in conseguenza di un evento originario accaduto durante la vigenza del presente contratto o **entro i dodici anni antecedenti la sua decorrenza.**

L'Assicurazione conserva altresì la propria validità per eventi denunciati anche successivamente alla cessazione del presente contratto e comunque non **oltre 2 (due) anni dopo tale data**, a condizione che gli stessi siano riferibili ad atti o comportamenti verificatisi durante il periodo di vigenza del contratto indicata in polizza.

La garanzia cessa automaticamente nel caso in cui venga stipulata e sia operante, direttamente dall'Assicurato o da altri per suo conto, un'altra assicurazione sul medesimo rischio.

Agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice. Civile il Contraente dichiara di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di atti che possano dar luogo a richieste di risarcimento indennizzabili ai sensi della presente assicurazione.

Nel caso in cui la presente polizza copra rischi già coperti, sia pure parzialmente, anche da polizze preesistenti, si conviene che, in caso di sinistro, quest'ultima polizza opererà soltanto dopo l'esaurimento delle precedenti. Pertanto in caso di sinistro non coperto o di mancanza di operatività – per qualsiasi motivo – delle preesistenti coperture, la presente polizza opererà come la sola in essere, senza alcuna eccezione verso il Contraente.

3380

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

Art. 4.1 - Denuncia dei danni

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società. In deroga all'art. 1913 c.c., il termine per l'avviso di sinistro è stabilito in giorni 30 (trenta) da quando l'Ufficio Competente del Contraente stesso ne ha avuto conoscenza mediante comunicazione scritta. Nella denuncia di sinistro l'Assicurato o il Contraente devono esporre le circostanze del fatto, tempo e luogo a loro conoscenza, nonché le generalità delle persone interessate.

Qualora l'Assicurato od il Contraente omettano di adempiere all'obbligo di avviso di sinistro od eseguano tale segnalazione in ritardo si applica il secondo comma dell'art. 1915 c.c.

In ogni caso l'assicurato deve far pervenire alla Società notizia di qualsiasi ulteriore atto, diverso e successivo a quello a seguito del quale sia stata chiesta l'apertura del sinistro a Lui pervenuto, tempestivamente e comunque entro 30 giorni dal ricevimento stesso.

Art. 4.2 - Designazione del legale e/o del perito

L'assicurato ha il diritto di scegliere un legale, perito e/o tecnico di sua fiducia segnalandone il nominativo alla Società, la quale assumerà a proprio carico le spese relative.

I suddetti professionisti dovranno risiedere nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a conoscere la controversia. L'Assicurato può chiedere di esercitare la propria scelta tra i professionisti operanti nella località ove ha il domicilio: qualora tale richiesta venga accolta, la società tiene a proprio carico anche i compensi e le spese dovute al procuratore domiciliatario.

A seguito della richiesta dell'Assicurato, la Società potrà autorizzare l'assegnazione del patrocinio a più professionisti. La procure al legale designato dovrà essere rilasciata dall'Assicurato il quale fornirà altresì la documentazione necessaria regolarizzandola a proprie spese secondo le norme fiscali in vigore.

La normativa sopra riportata vale anche per la scelta del perito di parte.

Prima di conferire incarichi, promuovere azioni giudiziarie o arbitrati, proporre impugnazioni o concludere transazioni, l'assicurato deve informare per iscritto la società. In caso contrario e salvo che venga comprovata l'effettiva necessità e l'indifferibile urgenza di tali iniziative, restano a suo carico gli oneri relativi. La società – in caso di disaccordo – dovrà comunque esprimersi entro 30 giorni dalla data in cui il contraente ha inviato richiesta di conferimento incarico professionale. L'eventuale rifiuto di benestare dovrà essere motivato per iscritto.

La Società non è responsabile dell'operato dei legali e dei periti.

Non costituisce oggetto di garanzia ulteriore incarico, a qualsiasi titolo, ad altri legali e/o periti, oltre quelli già designati.

Art. 4.3 - Gestione delle vertenze

L'Assicurato si obbliga a porre a disposizione della Società tutti gli elementi utili a collaborare alle difese fino ad esaurimento di tutti i gradi di giudizio consentiti.

La società si impegna a svolgere ogni attività idonea a realizzare una bonaria definizione della vertenza.

Qualora non sia stato possibile pervenire alla definizione della vertenza, la pratica viene trasmessa al legale dell'assicurato, nei termini previsti dalla polizza.

Pena la decadenza della garanzia, l'Assicurato non può dar corso ad azioni né addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, senza la preventiva autorizzazione della Società.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento, soltanto se l'impugnazione presenti possibilità di successo.

Le operazioni di esecuzione forzata vengono limitate a quattro tentativi.

In caso di conflitto di interessi o disaccordo in merito alla gestione dei sinistri tra assicurato e la società la decisione viene demandata ad un arbitro designato di comune accordo con il Presidente del Tribunale competente ove risiede il Contraente. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

La società avverte l'assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Si precisa che i termini sopra riportati devono comunque tener conto delle eventuali diverse modalità previste dalla legge o dai CCNL.

Art. 4.4 – Liquidazione dei danni e delle spese

Nei casi di ottenuta liquidazione in favore dell'Assicurato, tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitali ed interessi rimarranno di esclusiva spettanza dell'Assicurato stesso, mentre quanto liquidato giudizialmente o transattivamente per spese, competenze ed onorari sarà di esclusiva competenza della Società, ad esaurimento di quanto eventualmente a carico di altro assicuratore.

Rimarranno invece a carico dell'Assicurato le multe, le ammende, le sanzioni pecuniarie comminate in via amministrativa e le sanzioni pecuniarie sostitutive di pene detentive brevi, tutti gli oneri di natura fiscale, le spese di registrazione e di pubblicazione della sentenza nonché quelle connesse all'esecuzione delle pene detentive ed alla custodia di cose.

Art. 4.5 – Fondo spese ed onorari – Anticipo indennizzi

La Società riconoscerà per ogni sinistro il pagamento del "fondo spese ed onorari" richiesto dal Legale incaricato della gestione del caso assicurativo mediante regolare fattura entro 30 gg. dal ricevimento della medesima, fino alla concorrenza di € 10.000,00 per evento.

Per effetto di tali pagamenti il massimale assicurato sarà proporzionalmente diminuito in misura corrispondente all'entità del "fondo spese ed onorari" riconosciuto.

La Società conserva il diritto di ripetere nei confronti dell'Assicurato ogni importo anticipato allo stesso, qualora successivamente al pagamento del fondo spese od onorari venga riconosciuta una causa di esclusione di operatività della garanzia ivi inclusa la colpa grave od il dolo dell'Assicurato stesso nell'evento che ha dato origine alla controversia.

Art. 4.6 – Informazioni sui sinistri

La Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto (con successivi aggiornamenti bimensili),
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati,

si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere preferibilmente fornito in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente editabile e dovrà riportare, per ciascun sinistro:

- il n. attribuito al sinistro;
- data dell'apertura di sinistro;
- data e luogo di accadimento;
- estremi identificativi del reclamante;
- tipo di evento ed annotazioni sui profili di responsabilità dei soggetti assicurati;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli pertinenti di seguito indicati:
 - a) sinistro senza seguito e relative motivazioni;
 - b) sinistro liquidato, in data __ per l'importo di € __ (precisare: al netto/lordo della franchigia di € __);
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € __ (precisare: al netto/lordo della franchigia di € __. Se disponibile, precisare anche l'importo richiesto da controparte;
 - d) se è radicato o meno il contenzioso legale.

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

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società;
- rappresentano una condizione essenziale per la validità della risoluzione anticipata.

0380

SEZIONE 5 – MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO
Art. 5.1 – Massimali – Limiti di indennizzo

Le garanzie previste dalla presente polizza operano fino alla concorrenza dei seguenti massimali:

Categoria		Per evento (anche in caso di corresponsabilità di più persone)	Per anno assicurativo
A	FNOMCeO, Componenti degli Organi istituzionali della FNOMCeO	€ 100.000,00	€ 250.000,00
B	Vertice FNOMCeO		
C	Direttore Generale e dipendenti della FNOMCeO		
D	Ordini Provinciali Medici Chirurghi e Odontoiatri, Componenti Organi Istituzionali degli Ordini provinciali	€ 50.000,00	€ 200.000,00
E	Vertice dei 106 Ordini provinciali		
F	Funzionari degli Ordini provinciali		

Per ogni e ciascun sinistro verrà applicato uno scoperto del 10% con il minimo di € 500,00

Art. 5.2 – Calcolo del premio

Il premio anticipato dalla Contraente viene così calcolato - *vedi scheda di offerta* :

Premio annuo imponibile	Imposte	Premio annuo finito
omissis	omissis	omissis

L'eventuale revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza viene regolata ai sensi dell'art. 106 del D. Lgsvo 50/2016, laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una loro variazione.

Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., si indicano di seguito le relative percentuali, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione
(*)		

La Spettabile(*), all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti connessi anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe, recesso, atti giudiziari

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate; per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 5.4 – Disposizione finale

Resta convenuto che si intendono operanti solo le norme elencate e descritte nella presente polizza nelle Sezioni dalla n. 1 alla n. 5 comprese.

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

Il Contraente**La Società**

Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., la Società ed il Contraente dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

- 2.2 Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio
- 2.4 Durata dell'assicurazione
- 2.5 Facoltà di recesso in caso di sinistro
- 2.6 Recesso anticipato del contratto
- 2.9 Partecipazione in coassicurazione
- 2.9bis Partecipazione in RTI
- 2.11 Clausola Broker
- 2.12 Rinvio alle norme di legge - Foro competente
- 2.15 Interpretazione del contratto
- 2.16 Disciplina dell'appalto
- 2.17 Legittimazione
- 3.1 Oggetto dell'assicurazione
- 4.1 Denuncia dei danni
- 4.2 Designazione del legale e/o perito
- 4.3 Gestione delle vertenze
- 4.6 Informazione sui sinistri
- 5.4 Disposizione finale

Il Contraente**La Società**