

**POLIZZA DI
ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**

La presente polizza è stipulata tra

**CONS - COMITATO OLIMPICO NAZIONALE
SAMMARINESE**

Via Rancaglia, 30

47899 Serravalle RSM

**ed Enti e/o Federazioni Consociate e collegate
COE02454**

e

L' Impresa di Assicurazione

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA

Decorrenza ore 24.00 del 28/07/2021

Scadenza ore 24.00 del 31/07/2024

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570112 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione
e riassicurazione Sez. I al n. 1.00005 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- per **Assicurazione**: il contratto di assicurazione;
- per **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione;
- per **Contraente**: il soggetto che stipula e sottoscrive il contratto;
- per **Assicurato**: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per **Società**: l'impresa assicuratrice;
- per **Premio**: la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- per **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per **Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società la esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 C.C.

Art. 3 - Pagamento del premio

Il contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite. Il premio deve essere pagato all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società in conformità alle disposizioni di legge in vigore al momento del pagamento. Se il contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del codice civile

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio

ALLEGATO C – CAPITOLATO DI POLIZZA LOTTO 3 – INFORTUNI

successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne abbiano avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 C.C.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 C.C.

Art. 8 - Disdetta in caso di sinistro

Qualora il contraente sia consumatore ai sensi dell'articolo 1469 bis del codice civile, dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso la Società rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Qualora il contraente non sia consumatore ai sensi dell'articolo 1469 bis del codice civile, dopo ogni denuncia di sinistro, la Società ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso è comunicato al contraente con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

la Società rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 9 - Proroga del contratto

In mancanza di disdetta, inviata all'altra Parte a mezzo di lettera raccomandata a.r. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto di assicurazione è prorogato per un anno e così successivamente.

Art. 10 - Oneri fiscali

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

Art. 11 - Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, può essere quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società o quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art.13 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società alle scadenze annuali si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo riservato)
- c) Sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato)
- d) Sinistri senza seguito
- e) Sinistri respinti

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione

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

- delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- l) la folgorazione;
- m) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria.

Art. 14 - Rischi esclusi - Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

1. dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
2. dalla guida:
 - > di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B,
 - > di macchine agricole e operatrici,
 - > di natanti a motore per uso non privato;
3. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
4. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri) salvo quanto disposto al successivo Art. 15);
5. dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
6. dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti federazioni od organismi sportivi riconosciuti dal CONI;
7. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
8. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
9. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
10. da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
11. da rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla Clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (Nuclear Energy Risks Exclusion Clause NMA 1975° 1994);
12. da contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

I rischi di cui ai numeri 1, 2, 5 e 6 sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

Art. 15 - Rischio volo

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

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente/Assicurato o da terzi in favore degli stessi assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i capitali di:

a) per persona:

Euro	1.032.914	per il caso di Morte;
Euro	1.032.914	per il caso di Invalidità Permanente totale;
Euro	150,00	per il caso di Inabilità Temporanea;
Euro	5.000,00	per il caso di Rimborso Spese Mediche;

b) complessivamente per aeromobile (in caso di polizza cumulativa):

Euro	5.164.569	per il caso di Morte;
Euro	5.164.569	per il caso di Invalidità Permanente totale;
Euro	3.000,00	per il caso di Inabilità Temporanea;
Euro	25.0000,00	per il caso di Rimborso Spese Mediche;

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni stipulate dallo stesso contraente. Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 16 - Servizio militare

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea. In ogni caso, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successive all'inizio del servizio, l'Assicurato ha diritto di ottenere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

Art. 17 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla sua naturale scadenza.

Art. 18 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 19 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

ALLEGATO C - CAPITOLATO DI POLIZZA LOTTO 3 - INFORTUNI

La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, trovandosi all'estero, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Art. 20 - Cambiamento dell'attività professionale

Se nel corso dell'assicurazione si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate in polizza, si applicano gli artt. 1897 e 1898 C.C. Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

Art. 21 - Altre assicurazioni

Fermo quanto previsto dall'Art. 2), qualora le somme assicurate con altre polizze - escluse quelle in forma collettiva non stipulate dallo stesso Assicurato - superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 22 - Denuncia dell'Infortunio e oneri relativi.

Fermo quanto previsto dall'Art. 7), la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e dev'essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dev'essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso d'inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato; o in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 23 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 25/A) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 24 - Morte

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

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

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per 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, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione, sempreché non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli Artt. 60 e 62 C.C. Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

Art. 25/A - Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica -

ALLEGATO C – CAPITOLATO DI POLIZZA LOTTO 3 – INFORTUNI

anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per l'invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti.

Perdita totale, anatomica o funzionale di	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
un piede	40%	40%
ambidue i piedi	100%	
un alluce		5%
un altro dito del piede		3%
una falange dell'alluce		2,5%
una falange di altro dito del piede		1%
un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	
un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
un rene	20%	
la milza		
10% sordità completa di un orecchio		
10% sordità completa di ambedue le orecchie		
40% perdita totale della voce		
30% stenosi nasale bilaterale		
15% esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di vertebre dorsali		
10% vertebre dorsali		
7% 12 ^a dorsale		
12%		
cinque lombari	12%	
esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente	5%	

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 25/B Franchigie

Le prestazioni previste dell'Art. 25/A) sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- sulla parte di somma assicurata fino a 300.000,00 €:
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 3% della totale viene corrisposto

ALLEGATO C - CAPITOLATO DI POLIZZA LOTTO 3 - INFORTUNI

l'indennizzo solo sulla parte eccedente.

- Sulla parte di somma assicurata eccedente 300.000,00 € e fino a 500.000,00 €:
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.
- Sulla parte di somma assicurata eccedente 500.000,00 €:
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.

Art. 26/A - Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni. L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente o per morte.

Art. 26/B Franchigia

L'indennizzo previsto dall'art. 26/A viene corrisposto a partire dall'8° giorno successivo a quello dell'infortunio.

Art. 27 - Estensione dell'assicurazione alle ernie addominali da sforzo

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 13) e fermi i criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 23) l'assicurazione è estesa limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

- la copertura assicurativa delle ernie decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all' Art. 31).

Qualora, per sostituzione o altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza soluzione di continuità - ad altra eguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni della stessa già previste;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Art. 28 - Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere

La Società assicura, quando previsto in polizza, il rimborso: degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese ospedaliere (accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio), delle terapie fisiche prestate presso centri specializzati e sempreché prescritte dal medico curante, delle spese farmaceutiche nonché delle rette di degenza conseguenti ad un evento considerabile come infortunio a norme di polizza. Nelle prestazioni previste dal capoverso che precede, s'intendono comprese anche le spese inerenti agli interventi di chirurgia plastica resi necessari per eliminare o contenere sfregi o deturpazioni di natura

ALLEGATO C - CAPITOLATO DI POLIZZA LOTTO 3 - INFORTUNI

estetica fisiognomica subito in occasione dei medesimi eventi dannosi considerati come infortunio. La garanzia è altresì estesa al rimborso delle spese di trasporto dell'infortunato all'istituto di cura esclusivamente con mezzi di pronto soccorso anche aerei, fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari al 10% (dieci per cento) della somma prevista nella scheda di polizza sotto il presente titolo. Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili). La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti del presente articolo, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste. In caso di ritardata denuncia non vengono rimborsate le spese relative al periodo anteriore al giorno della denuncia stessa.

La domanda per il rimborso di dette spese corredata dai documenti giustificativi di cui sopra deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e la degenza.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 40% della somma assicurata.

Il rimborso delle spese di cui al presente articolo viene riconosciuto con lo scoperto del 10% della spesa documentata e con il minimo di euro 50,00 € per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato.

Art. 29 - Diaria ricovero

La Società assicura in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura a seguito di infortunio, che richieda o meno intervento chirurgico, la corresponsione dell'indennità giornaliera stabilita in polizza per ciascun giorno di degenza per la durata massima di 90 giorni per ogni infortunio e per un periodo non superiore a 120 giorni per più sinistri che dovessero verificarsi nel medesimo anno assicurativo. Tale garanzia è prestata in aggiunta, ove prevista, alla somma assicurata per il caso di inabilità temporanea. Per gli Assicurati di età inferiore ai 18 anni che frequentino scuole di istruzione elementare, media e secondaria e sempreché il ricovero avvenga durante il periodo scolastico, viene corrisposta a titolo di rimborso spese per recupero scolastico una ulteriore indennità di Euro 6 per ogni giorno di ricovero. La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi a termini della presente polizza su presentazione della documentazione attestante l'avvenuto ricovero e di copia della cartella clinica. Il pagamento viene effettuato a ricovero ultimato. Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia.

Art. 30 - Cumulo di Indennità

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 31 - Deferimento di controversie ad un Collegio Medico

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 23), sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio medico risiede nel comune dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le

ALLEGATO C - CAPITOLATO DI POLIZZA LOTTO 3 - INFORTUNI

proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invaldità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo.

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

Art. 32 - Diritto di surrogazione

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

Art. 33 - Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, eseguita la valutazione del danno, ricevuta la necessaria documentazione e concordato con l'Assicurato l'importo dell'indennizzo da corrispondere a termine di polizza, la Società s'impegna a provvedere al pagamento entro 15 giorni.

Art. 34 - Indicizzazione - (operante se richiamata in polizza)

Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice generale nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nel frontespizio, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo. Il diritto all'adeguamento sorge quando la differenza fra detti indici sia non inferiore al 10% e gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, l'Assicurato avrà facoltà di recedere dal contratto, entro tre mesi dalla scadenza della rata di premio cui si riferisce l'ultimo adeguamento, ed il recesso avrà effetto dalla scadenza della successiva annualità di premio.

**NORME CHE, AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PRECEDE,
REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI
CUMULATIVA****Art. 35 - Variazione di persone**

Si conviene che le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate verificatesi nel corso della garanzia, saranno comunicate per iscritto ed a mezzo raccomandata alla Società. Le variazioni stesse saranno valide a decorrere dalla data del timbro postale di partenza della comunicazione predetta e, comunque, dalla data della ricevuta della raccomandata rilasciata dall'amministrazione postale, sempreché il personale nuovo assunto sia assicurabile a norma di polizza. Fermo l'obbligo del Contraente di corrispondere l'eventuale maggior premio entro 15 giorni dalla presentazione della appendice, con l'applicazione, in difetto, dell'Art. 1901 C.C.

Art. 36 - Esonero dall'obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti

Fermo il disposto dell'Art. 1) delle norme che regolano l'assicurazione in generale, il Contraente

è esonerato dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Nel caso di infortunio sofferto da persona affetta da difetti fisici o mutilazioni rilevanti, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, fermo il disposto dell'Art. 23) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni.

Art. 37 - Variazioni nella persona del contraente

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità.

Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede e con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, suoi eredi, od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

Art. 38 – Raccolta dati degli assicurati.

Il Contraente, al fine di consentire alla Compagnia di ottemperare alle disposizioni del Regolamento Isvap n.27 del 14 ottobre 2008 ed eventuali successive modifiche, si impegna a fornire alla Compagnia entro 15 giorni dalla richiesta di quest'ultima i seguenti dati:

- data di adesione alla copertura assicurativa per ogni singola applicazione;
- nome e cognome dell'aderente;
- codice fiscale dell'aderente;
- data effetto copertura della singola adesione;
- data scadenza della singola adesione;
- premio di prima annualità o prima rata di premio.

La Compagnia potrà sospendere il pagamento di eventuali sinistri fino a che non vengano forniti tutti i dati richiesti.

Art. 39 - Trattamento dei dati personali

La Società s'impegna a conservare la riservatezza su tutti i dati relativi al Contraente e/o Assicurati di cui venga in possesso con il presente contratto e a non divulgare le informazioni così raccolte.

La Società raccoglie e registra tali dati personali riguardanti il Contraente e/o gli Assicurati. Essa è inoltre tenuta, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), ad utilizzare tali dati esclusivamente in termini compatibili con lo scopo di conclusione e gestione del contratto suddetto e a trattare i dati personali in modo lecito e secondo correttezza.

La Società s'impegna altresì, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), a custodire e controllare i dati personali raccolti in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi di accesso non autorizzato o il trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta.

ALLEGATO C – CAPITOLATO DI POLIZZA LOTTO 3 – INFORTUNI

Art. 40 - Trattamento dei dati sensibili

Il Contraente e/o l'Assicurato presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte della Società, in particolare dei dati sensibili ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni).

Art.41 - Obbligo di consegna dell'informativa agli assicurandi e raccolta del relativo consenso

Il Contraente si obbliga a consegnare all'Assicurando/i l'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili predisposta dalla Società ed, al fine di consentire a quest'ultima di poter prestare la garanzia assicurativa di cui al presente contratto, a raccoglierne il consenso facendo sottoscrivere la relativa modulistica predisposta dalla Società ed a conservarla presso di sé rendendola disponibile dietro richiesta della Società stessa

Art.42 - Limite massimo di esborso per evento che colpisca più persone

Nel caso di infortunio che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a quanto indicato nella scheda di polizza alla voce "Limite di indennizzo per cumulo catastrofale". Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto eccedessero complessivamente tale importo, le stesse verranno ridotte proporzionalmente.

POLIZZA INFORTUNI

CONS- COMITATO OLIMPICO NAZIONALE SAMMARINESE CONDIZIONI PARTICOLARI

Le presenti Condizioni Particolari derogano e prevalgono in ogni caso sulle condizioni generali di Assicurazione di cui al presente capitolato.

1. Oggetto dell'assicurazione:

a parziale deroga dell'art. 13 e art. 14 comma 5 delle C.G.A, l'assicurazione di cui alla suindicata polizza, viene prestata a favore degli Atleti, Tecnici, Allenatori, Ausiliari, Sportivi e Dirigenti nonché Accompagnatori regolarmente tesserati dalle Federazioni Sportive Sammarinesi sotto elencate oppure dalle Società Sportive affiliate alle dette Federazioni:

- i. Aeronautica (solo per la pratica di Aeromodellismo).
- ii. Arti Marziali (e Taekwondo)
- iii. Atletica Leggera
- iv. Attività Subacquee
- v. Automotoristica (Rally, regolarità, auto storiche, trial, karting, fuoristrada)
- vi. Baseball-Softball
- vii. Billardo Sportivo
- viii. Bocce
- ix. Bowling
- x. Calcio
- xi. Ciclismo
- xii. Cronometristi
- xiii. Ginnastica
- xiv. Ippica
- xv. Motociclismo (regolarità, cross e trial)
- xvi. Nuoto e Triathlon*
- xvii. Pallacanestro
- xviii. Pallavolo (e Beach-volley)

ALLEGATO C – CAPITOLATO DI POLIZZA LOTTO 3 – INFORTUNI

- xix. Pesca Sportiva
- xx. Pesi, Lotta, Judo-d.a.
- xxi. Scacchi
- xxii. Sport Invernali
- xxiii. Sport Speciali (disabili).
- xxiv. Tennis (e Beach tennis) Palla tamburello e Squash
- xxv. Tennis Tavolo
- xxvi. Tiro a Segno
- xxvii. Tiro a Volo
- xxviii. Tiro con l'Arco
- xxix. Vela
- xxx. Rugby
- xxxi. Golf

2. La garanzia vale per gli infortuni che gli assicurati subiscano durante la partecipazione ad allenamenti gare ed altre attività istituzionali previste dai programmi della Federazione o Società di appartenenza — alle quali gli assicurati risultino regolarmente tesserati con effetto dalle ore 24 del giorno di rilascio della tessera.
Sono altresì compresi gli infortuni occorsi agli assicurati durante il percorso da loro effettuato per recarsi dalla propria abitazione ai luoghi di raduno regolarmente programmati e viceversa, sia a piedi che con l'uso e la guida di mezzi di locomozione.
A parziale deroga di quanto previsto all'art. 14 punto 2 delle Condizioni Generali si intendono garantiti anche gli infortuni occorsi agli Assicurati nella loro qualità di trasportati da veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B.
3. Ciascuna persona si intende assicurata per:
- € 80.000,00 = in caso di morte
 - € 100.000,00 = in caso di invalidità permanente
 - € 2.500,00 = per rimborso spese mediche per infortunio (vedasi n. 3 opzioni scheda economica).
4. Resta convenuto fra le parti Contraenti che per ogni controversia il Foro competente è quello della Repubblica di San Marino.
5. Premesso che l'assicurazione in oggetto contro gli infortuni è obbligatoria per tutti gli assicurati di cui al punto 1), il premio annuo che il contraente dovrà versare per ogni assicurato è di € 7,50= e verrà corrisposto una sola volta anche se l'assicurato risulta tesserato a più Federazioni o Società di cui all'art. 1).
Il Contraente denuncia in via preventiva un numero di assicurati indicati nella scheda di polizza per ogni anno assicurativo con l'intesa che entro 60 giorni dalla data del ricevimento al CONS da parte delle singole Federazioni dei dati a consuntivo e comunque non oltre 120 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata di contratto si procederà alla regolazione del premio definitivo avuto riguardo al numero medio delle persone assicurate nel periodo considerato. La Società effettuerà la regolazione del premio per il periodo trascorso come definito in base al numero complessivo degli Assicurati come risulta dai documenti tenuti dalla Contraente. La mancata comunicazione da parte della Contraente entro il termine anzidetto dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Le differenze attive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro quindici giorni dalla relativa comunicazione. Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti e il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissarle un ulteriore termine non inferiore a quindici giorni (15) trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza

ALLEGATO C – CAPITOLATO DI POLIZZA LOTTO 3 – INFORTUNI

attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

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

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali la Contraente è tenuta a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie ed in particolare ad esibire i libri degli iscritti.

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Compagnie, resta peraltro inteso fra le parti che le norme di cui all'articolo delle Condizioni Generali di Assicurazione riguardante le franchigie assolute per il caso di invalidità permanente saranno riferite al cumulo dei capitali assicurati con la presente polizza con altri contratti d'assicurazione contro gli infortuni stipulati sia con l'infrascritta Società sia con altre Compagnie; di conseguenza, in caso di denuncia di sinistro, la Contraente dovrà ogni volta comunicare l'esistenza di altre polizze delle quali sia beneficiario l'infortunato.

6. A parziale deroga dell'art. 42 delle Condizioni Generali di Assicurazione nel caso di infortunio che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore ad € 10.000.000,00. Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto eccedessero complessivamente tale importo, le stesse verranno ridotte proporzionalmente.

7. FRANCHIGIA

A modifica dell'art.25/B delle Condizioni Generali di Assicurazione, la somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- a) La Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 10 % della totale, la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente;
 - b) Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia; nel caso in cui l'invalidità permanente sia pari o superiore al 65 % verrà liquidato l'intero capitale assicurato.
 - c) Rimborso Spese mediche: ogni sinistro indennizzabile ai termini di polizza sarà liquidato previa applicazione di uno scoperto del 10% del danno con il minimo di € 50,00.
- 1) A modifica di quanto stabilito dall'art. 3 "Pagamento del premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione si dà atto che per il pagamento delle rate di premio successive alla prima, il termine di rispetto viene elevato da giorni 15 a giorni 45.
 - 2) Il premio minimo comunque acquisito del presente contratto è di € 67.500,00= calcolato sul premio pro-capite di € 7,50= su di un preventivo di n. 9.000 tesserati.

8. ABROGAZIONE LIMITE DI ETÀ'

A parziale deroga di quanto disposto dall'art. 17 – Limiti di età - delle condizioni generali di assicurazione, si conviene che il limite di età di 75 anni si intende abrogato.

Per gli Assicurati di età superiore a 75 anni le somme assicurate sono pari a 2/3 di quelle indicate in polizza.

9 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato in forza di procedura ad evidenza pubblica la gestione

ALLEGATO C – CAPITOLATO DI POLIZZA LOTTO 3 – INFORTUNI

del presente contratto per l'intera durata al Broker ASSIBROKER SRL e MAG S.P.A. e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno usualmente svolti per conto del Contraente dal Broker ASSIBROKER SRL e MAG S.p.A. il quale tratterà con la Società.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.

L'opera del Broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato assicurativo, dalla Società aggiudicataria del presente Contratto con un'aliquota provvigionale del 10% (dieci per cento) da applicarsi ai premi imponibili del Contratto. Nessun maggiore aggravio è previsto a carico del Contraente. Il pagamento del premio effettuato in buona fede dal Contraente al Broker, anche per il tramite dei Collaboratori del Broker stesso, del cui operato espressamente risponde, si considera come effettuato direttamente alla Società (Impresa di Assicurazione aggiudicataria), ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005.

10. DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

A parziale deroga dell'art. 8 delle C.G.A. si conviene che dopo, dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 90° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso la Società rimborsa al contraente, entro 30 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

11. DURATA E PROROGA DEL CONTRATTO

A parziale deroga dell'art. 9 delle C.G.A. si conviene che il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo. *Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima della suddetta scadenza.*

Nell'ipotesi in cui la normativa di riferimento - in vigore alla data di scadenza della presente polizza lo consenta, il Contraente ha la facoltà altresì ove lo ritenga conveniente, di notificare il rinnovo del contratto per una durata massima pari a quella iniziale con preavviso di almeno tre mesi dalla scadenza.

E' inoltre facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 90 giorni decorrenti dalla scadenza

12. FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente ed il foro competente per qualsiasi azione nascente dal presente contratto sarà quello di San Marino.

13. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge, gli usi e le consuetudini della Repubblica di San Marino.

14. OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Il termine per la denuncia del sinistro è di 30 giorni.

15. PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche se il premio o la prima rata di premio possono essere pagati entro 60 giorni dalla decorrenza suddetta.

I premi devono essere pagati all'Agenzia e/o al Broker cui è assegnata la polizza oppure alla Società.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che: l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D.M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto. Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa con effetto dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c.

Fermo comunque il diritto della Società all'intero premio annuo, in caso di premio frazionato in più rate (semestrali ecc.) il suddetto termine di pagamento si applica anche alle rate così frazionate.

Per regolazioni e/o variazioni che comportino un pagamento di premio, il Contraente, potrà pagare tale premio, nei modi di cui sopra, entro 60 giorni dal ricevimento delle relative appendici, salvo termini a lui più favorevoli previsti altrove in polizza.

16. TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

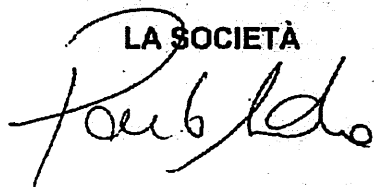
La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Il presente Capitolato, composto da 16 pagine, emesso in tre esemplari il 28/07/2021 forma parte integrante della polizza cui si riferisce.

LA SOCIETÀ




ASSICURATO
