

CAPITOLATO SPECIALE LOTTO 4

ASSICURAZIONE INFORTUNI

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Assicurato:	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Beneficiario:	l'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione
Inabilita' temporanea:	temporanea incapacità fisica dell'Assicurato, a seguito di infortunio, ad attendere all'attività dichiarata in polizza
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Infortunio:	ogni 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
Invalidita' permanente:	perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di infortunio, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
Societa':	la Compagnia Assicuratrice
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione

SOGGETTI CHE POSSONO STIPULARE LA POLIZZA:

CATEGORIA 1

Organi Istituzionali della FNCPTSRM, componenti degli Organi Istituzionali della FNCPTSRM e Dirigenti

Assicurati: L'Assicurazione si intende prestata a favore dell'Ente Contraente, degli Organi Istituzionali della FNCPTSRM nonché a favore dei componenti degli Organi istituzionali della FNCOPTSRM e dei Dirigenti.

Gli Organi Istituzionali della FNCPTSRM sono composti da:

- Comitato Centrale 7 membri (Presidente, Vice-Presidente, Segretario, Tesoriere, 3 Consiglieri)
- Collegio dei Revisori dei conti 4 membri (Presidente, due Componenti e un Supplente).

CATEGORIA 2

Collegi/Ordini Provinciali e Interprovinciali dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e componenti

Assicurati: L'Assicurazione si intende prestata a favore dei singoli Collegi/Ordini Provinciali e Interprovinciali dei TTSSRM nonché a favore dei componenti gli Organi istituzionali dei singoli Collegi/Ordini Provinciali e Interprovinciali dei TTSSRM. Gli Organi Istituzionali dei Collegi/Ordini sono composti da:

Consiglio Direttivo, Collegio dei Revisori dei Conti,

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 Rischio assicurato

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività di seguito definite:

Rischio della Carica

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dagli assicurati in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi durante lo svolgimento delle funzioni cui sono destinati per lo svolgimento delle attività istituzionali alle quali sono preposti.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni occorsi durante trasferimenti e missioni, purché risultino dal mandato ricavabile dai verbali, registrazioni, relazioni o lettere d'incarico, documenti che il Contraente si obbliga ad esibire a semplice richiesta da parte della Società. La garanzia vale altresì per gli infortuni che avvengano durante il tragitto da casa al luogo di lavoro o alla sede ove si svolge l'attività istituzionale e viceversa, nel tempo necessario a compiere il percorso che potrà essere effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico, privato o di servizio.

E' considerato infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna e/o interna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
- c) gli infortuni causati da morsi di animali;
- d) l'annegamento;
- e) l'assideramento e/o il congelamento;
- f) colpi di sole e/o di calore;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze gravi;
- i) le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
- j) le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari;
- k) le punture di insetti (escluso malaria);
- l) gli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- m) gli infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche resi necessari da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto.

Art. 2 Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;

- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 3 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- g) da guerra e insurrezioni salvo quanto specificato al successivo art. 4.
- h) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- i) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

nonché quelli causati dalla pratica dei seguenti sport:

- j) alpinismo con scalata di rocce e/o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), arti marziali in genere, atletica pesante, automobilismo, bob, canoa fluviale, football americano, hockey a rotelle, hockey sul ghiaccio, lotta nelle sue varie forme, guidoslitta, motociclismo, motonautica, paracadutismo, pugilato, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, speleologia, sport aerei in genere, sport subacquei, a qualunque titolo praticati.

Art. 3 Rischio volo

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare l'importo di € 20.000.000,00.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 4 Rischio Guerra

Con riferimento a tutti gli assicurati ai sensi della presente Polizza, l'Assicurazione si applica agli infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza di atti di guerra al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino o del paese di residenza principale dell'Assicurato. Per guerra si intende ogni attività derivante dalla partecipazione effettiva o tentata nell'uso di forza militare tra nazioni. Rientrano nella definizione di guerra la guerra civile, le rivoluzioni, le invasioni.

Art. 5 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS), o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sintomi e disturbi mentali organici.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art. 6 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 7 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate a terra, fatta quindi eccezione per quanto già precisato all'art. 3 Rischio Volo, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 20.000.000.

Art. 8 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, con l'intesa che la valutazione e la liquidazione dei danni avvengono in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.

Art. 9 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio. Non sarà pertanto indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche preesistenti.

In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo Art. 12 – Invalidità permanente, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

PRESTAZIONI

Art. 10 Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata 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, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 11 Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. L'Assicurato potrà in ogni caso far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 12 Invalidità permanente

- A. Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.
- B. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, la Società corrisponde l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori di cui alla tabella allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza.
- C. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla precedente lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - Nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica e/o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella tabella di cui alla precedente lettera B), le percentuali previste sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro verranno per il lato sinistro e viceversa;

- Nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alle singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori espressi nella tabella di cui alla precedente lettera B), ed ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione di capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
 - Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.
- D. La perdita anatomica e funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità permanente calcolata sulla base dei valori espressi nella tabella di cui alla precedente lettera B) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Franchigia per invalidità permanente:

Dal grado di invalidità permanente accertata viene detratta la percentuale del 3%.

Art. 13 Indennizzi speciali per invalidità permanente da infortunio - Supervalutazione IP

In caso di perdita totale a seguito di infortunio della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

In tutti gli altri casi di infortunio, che producono come conseguenza una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% la società liquiderà un indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

Art. 14 Diaria per ricovero o gessatura a seguito di infortunio

In caso di ricovero in Ospedale o Istituto di Cura a seguito di evento qualificabile come infortunio a termini della presente polizza, la Società paga all'Assicurato la somma giornaliera assicurata sino a che dura il ricovero ma con il limite massimo di 360 giorni.

La Società effettuerà il pagamento per gli infortuni indennizzabili s termini di polizza dietro presentazione di un certificato medico, rilasciato dall'ospedale o istituto di cura, dal quale risulti la descrizione dell'infortunio, le cause che lo determinarono e la durata del ricovero.

In caso di ricovero di lunga durata tale certificato deve essere inviato mensilmente all'impresa e l'Assicurato potrà richiedere alla stessa il pagamento dell'indennità su base mensile; tale pagamento sarà effettuato dall'impresa alla fine del mese successivo sulla base delle risultanze in suo possesso.

Il pagamento sarà effettuato dalla Società indipendentemente da ogni altro indennizzo di cui eventualmente fruisca l'Assicurato.

Ai fini della presente garanzia, inoltre, la Società corrisponde la diaria garantita anche nel caso in cui l'Assicurato risulti portatore di apparecchio gessato inamovibile o equivalente immobilizzante inamovibile, applicato e rimosso presso Strutture Ospedaliere. Tale diaria viene garantita dal giorno:

Delle dimissioni dall'istituto di cura, nel caso in cui l'infortunio abbia comportato ricovero;
Dall'applicazione dell'apparecchio gessato o altro mezzo di contenimento immobilizzante,
nel caso in cui l'infortunio non abbia comportato ricovero.

Tale diaria viene corrisposta fino al giorno della rimozione dell'apparecchio gessato o altro mezzo di contenimento immobilizzante, per un periodo massimo di 30 giorni, dietro presentazione di certificato medico rilasciato dall'istituto di cura o ambulatorio presso cui il quale è stata applicata la gessatura o lo strumento immobilizzante, nonché previa presentazione di certificato rilasciato al momento della rimozione della stessa gessatura o strumento immobilizzante.

Ai fini del pagamento della diaria il giorno di applicazione e quello della rimozione sono considerati come un giorno unico.

In ogni caso l'indennizzo non verrà corrisposto nei casi in cui all'Assicurato, per lesioni alle dita delle mani, siano stati applicati: Docce, Valve, Stecche gessate, Stecche di Zimmer, Finger Splint, Bendaggi elasto/adesivi o alla colla di zinco e Tutori in genere amovibili.

Se l'infortunio ha determinato anche il ricovero ospedaliero dell'assicurato, la relativa indennità giornaliera non è cumulabile con quella da ingessatura, che decorrerà dalla data di cessazione del ricovero e terminerà in ogni caso entro il trentesimo giorno dalla data del sinistro.

Art. 15 Franchigia assoluta in caso di diaria per ricovero o gessatura

Le garanzie sono prestate senza applicazione di franchigia.

Art. 16 Rimborso spese di cura a seguito di infortunio

Entro il limite della somma assicurata a questo titolo ed indicata nell'art. 35 **Scheda riepilogativa assicurati, garanzie e somme assicurate** per la Categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia, la Società rimborsa all'Assicurato ed ai suoi familiari diretti, se coinvolti contestualmente dal medesimo evento che ha determinato l'infortunio, il costo delle cure mediche sostenute da ciascuno.

Per cure mediche si intendono in regime di ricovero:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- 2) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.

Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:

- a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- b) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- c) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- d) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;

- e) Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori. I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

Art. 17 Franchigia rimborso spese di cura a seguito di infortunio

la garanzia di cui all'art. 16 è prestata con una franchigia fissa ed assoluta per sinistro di euro 250,00

SINISTRI – DIRITTI DOVERI DELLE PARTI

Art. 18 Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono:

- a) Darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro;
- b) Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- c) Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
- d) Consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

Art. 19 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 20 Modalità di valutazione del danno – arbitrato irrituale

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 21 Assicurazioni per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 22 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze del Contraente e/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 (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

L'Assicuratore dichiara, altresì, di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni della Contraente e/o dell'Assicurato.

Art. 23 Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio e/o la prima rata di premio è stata pagata; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi e/o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 24 Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 25 Diminuzione del rischio

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

Art. 26 Durata e Proroga dell'assicurazione

La presente polizza ha durata triennale con facoltà di rescindibilità da parte della Società a ogni scadenza annuale con preavviso di 90 giorni. Al termine del triennio la polizza potrà essere rinnovata, su espressa volontà delle parti, per un ulteriore triennio alle medesime condizioni.

DISPOSIZIONI VARIE

Art. 27 Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 28 Liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo spettante all'Assicurato e/o ai suoi aventi diritto viene effettuato in un'unica soluzione entro 30 (trenta) giorni da quello in cui la determinazione sarà resa possibile in base ai documenti presentati dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o i suoi aventi diritto e/o dagli accertamenti medici che si fossero resi necessari a ragionevole giudizio dell'Assicuratore, e comunque entro e non oltre 30 giorni dalla data di perfezionamento della quietanza di indennizzo.

Art. 29 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 30 Foro competente - clausola arbitrale

Le controversie che dovessero insorgere fra le Parti, inerenti l'interpretazione e/o l'esecuzione e/o lo scioglimento di questo contratto, saranno deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale. Per le controversie non compromettibili ad arbitri è competente esclusivamente il Foro del luogo dove il Contraente elegge il proprio domicilio.

Il Collegio Arbitrale è composto da tre membri, nominati uno da ciascuna delle Parti in contesa ed il terzo, con funzioni di Presidente del Collegio, dai membri nominati dalle Parti stesse, ovvero, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Roma, il quale nominerà anche l'arbitro della Parte che non vi avesse provveduto nel termine di giorni 20 dalla richiesta fattale dall'altra Parte, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Collegio dovrà decidere, disponendo anche in ordine alle spese, nel termine di 60 giorni dalla sua costituzione, in via rituale e secondo diritto. La sede del Collegio Arbitrale sarà Roma.

Art. 31 Determinazione del premio

Il premio è calcolato applicando il premio unitario per assicurato al numero delle cariche effettive, senza indicazione nominativa degli assicurati. La garanzia sarà operante per il titolare della carica o per il suo sostituto. Il premio è dovuto dal Contraente per tutte le cariche effettive, non essendo possibile l'assicurazione parziale dell'Organo Istituzionale Assicurato. In caso di variazione nel numero degli effettivi componenti di un Organo Istituzionale in corso d'anno la copertura è valida anche per gli assicurati addizionali, fermo l'obbligo per il Contraente di corrispondere il premio unitario per ciascun assicurato addizionale entro 60 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo nel corso del quale è avvenuta la variazione. La mancata corresponsione del premio aggiuntivo comporta la riduzione proporzionale degli indennizzi dovuto ai sensi di polizza.

Art. 32 Esonero denuncia di infermità

Il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire.

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'Art. 9 - Criteri di indennizzabilità.

Art. 33 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre polizze stipulate con altre Compagnie di Assicurazione per i medesimi rischi e sono esonerati dal darne avviso agli altri Assicuratori in deroga all'art. 1910 del Codice Civile. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, invalidità permanente, indennità da ricovero e/o indennità da gesso e/o inabilità temporanea, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

Art. 34 Condizioni Particolari sempre operanti

A. Beneficio speciale in caso di morte dell'Assicurato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, si intende aumentata del 100%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

B. Indennità privilegiata per grave invalidità permanente

Nel caso in cui l'invalidità permanente, accertata secondo i criteri di cui all'art. 12 della presente polizza, sia di grado superiore al 50%, l'indennità per invalidità permanente viene liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

C. Anticipo indennizzo

Qualora, trascorsi 3 mesi dall'avvenuta guarigione stabilita da certificato medico, sia prevedibile che all'assicurato residui un'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 25%, - entro e non oltre 30 giorni dalla richiesta - verrà corrisposto all'infortunato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

D. Malattie tropicali

La garanzia di cui alla presente polizza è estesa anche ai casi di invalidità permanente conseguenti a malattie tropicali contratte nel periodo di validità della copertura assicurativa e manifestatesi entro 90 giorni dalla scadenza della stessa. Per malattie tropicali si intendono quelle previste dal Decreto Ministeriale 14/01/38 XVI e successive modifiche e integrazioni, dalle quali l'Assicurato fosse colpito.

La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di €500.000,00 (cinquecentomila) per la garanzia Morte e € 500.000,00 (cinquecentomila) per la garanzia Invalidità Permanente.

La somma assicurata per Invalidità Permanente è in ogni caso soggetta ad una franchigia relativa del 20%, anche ove ciò non sia espressamente indicato nel Certificato di Assicurazione - Allegato 1 della presente Polizza, in conformità a quanto previsto dall'articolo 5.10.

Pertanto non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo.

La Contraente dichiara che al momento della stipula della Polizza gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

E. Costi di salvataggio e ricerca

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato necessiti dell'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di polizia e/o soccorso locali, la Società rimborserà fino a € 25.000,00 i costi eventualmente addebitati all'Assicurato dai soccorritori.

F. Rimpatrio salma e spese funerarie

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio risarcibile a termini della presente polizza, la Società, fino alla concorrenza di Euro 7.500,00 rimborserà le spese

sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia, nonché le spese regolarmente documentate sostenute per il funerale o la cremazione.

G. Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 7.500,00.

H. Commorienza

Se a causa di infortunio determinato dal medesimo evento consegue la morte dell'Assicurato e del coniuge, non separato, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni — se conviventi ed in quanto beneficiari — sarà aumentata del 50%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale.

Resta in ogni caso convenuto che il massimo esborso a carico della Società, per tale titolo, non potrà superare l'importo di € 100.000,00 e che l'applicazione della presente Condizione Aggiuntiva rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione del capitale assicurato per il caso di morte.

Art. 35 Scheda riepilogativa assicurati, garanzie e somme assicurate

CAT.	ASSICURATI (non nominativa)	Garanzia	Somma Assicurata
1	Comitato Centrale FNCPTSRM (7 membri (Presidente, Vice-Presidente, Segretario, Tesoriere, 3 Consiglieri) Collegio dei Revisori dei conti 3 membri (Presidente, due Componenti e un Supplente).	Morte da Infortunio	€ 500.000,00
		Invalidità Permanente da Infortunio	€ 500.000,00
		Spese mediche da infortunio	€ 15.000,00
		Diaria giornaliera per ricovero da infortunio (360gg.)	€ 200,00
2	Consiglio Direttivo dei Collegi/Ordini dei TSRM (5-7-9 o 15 membri) Collegio dei Revisori dei conti 3 membri (Presidente, due Componenti e un Supplente).	Morte da Infortunio	€ 500.000,00
		Invalidità Permanente da Infortunio	€ 500.000,00
		Spese mediche da infortunio	€ 15.000,00
		Diaria giornaliera per ricovero da infortunio (360gg.)	€ 200,00

Art. 36 Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.