



Consiglio Regionale del Piemonte

**COPERTURA ASSICURATIVA
INFORTUNI DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI**

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Ente: Consiglio Regionale del Piemonte, Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse e' protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula la assicurazione;

Attivita' dell'Amministrazione: l'esercizio delle attivita' e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attivita' accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Societa': la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonche', laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Broker: il Broker vigente Willis Italia SpA

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale e' prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Societa' in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualita' assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili;

Invalidita' permanente: la perdita della capacita' generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidita' assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacita' ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidita' parziale);

Inabilita' temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilita' assoluta) o la limitazione (inabilita' parziale) all'esercizio delle attivita' svolte dall'assicurato.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24,00 del 31.05.2011 fino alle ore 24,00 del 31.05.2014, con scadenze annuali intermedie al 31.05 di ciascun anno, e non è prorogabile automaticamente.

E' facolta' di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, fermo che non e' consentito alla Societa' assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

E' facolta' della Amministrazione notificare alla Societa', entro i 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza del Contratto di assicurazione, la prosecuzione dello stesso alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

E' altresì facolta' della Amministrazione richiedere alla Societa' il rinnovo del contratto, alla sua scadenza, laddove ritenuto opportuno e secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Resta inteso tra le parti che nel corso del periodo contrattuale possono intervenire revisioni delle condizioni normative e/o economiche, laddove emergano elementi tali da giustificare la loro variazione, secondo quanto previsto dall'art. 115 del D. Lgs. n. 163/2006 .

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e esecuzione del contratto e' affidata al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione (e per essa anche le Aziende assicurate) e la Societa' si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Societa' da' atto che il pagamento dei premi al broker e' liberatorio per la Amministrazione, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento per la Amministrazione.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

Art. 3: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dal Codice Civile.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede la Amministrazione.

Art. 4: Pagamento del premio - Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, la Amministrazione pagherà alla Società, per il tramite del broker:

- a. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue e' antecedente all'ultimo giorno del 3' mese successivo, entro il 3' mese successivo alla data di decorrenza della copertura, il premio di prima rata convenuto, sempreche' nel frattempo la Societa' abbia trasmesso, e siano stati ricevuti, i documenti contrattuali in originale; diversamente, il periodo di differimento viene esteso fino al 30' giorno successivo a quello del loro ricevimento;
- b. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue e' antecedente all'ultimo giorno del 3' mese successivo, entro il 3' mese successivo a ciascuna data di scadenza intermedia, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- c. entro 90 giorni dalla presentazione dell'appendice:
 - o il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza
 - o il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio (intendendo per tale il giorno in cui la Amministrazione comunica l'avvenuta ricezione da parte della propria Tesoreria dell'ordinativo di pagamento), ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Societa', fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 5: Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato all'azione di surroga che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del C.C. .

Art. 6: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 30° giorno successivo alla sua definizione, ma non oltre il 90° giorno antecedente la scadenza della annualità assicurativa in corso, ogni parte può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. .
In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla Amministrazione); nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo, la Società rimborserà alla Amministrazione il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 7: Soggetti assicurati

Soggetti assicurati sono:

1. i dipendenti, direttori e dirigenti della Amministrazione di ogni livello,

Art. 8: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidita' permanente assoluta o parziale e/o esborsi per spese mediche, connessi alla guida di veicoli (a motore e non) di proprieta' o in uso a qualunque titolo agli stessi o alla Amministrazione, per motivi di servizio o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o a essi correlati.

Art. 9: Efficacia della copertura assicurativa

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti durante la guida dei veicoli o in situazioni diverse dalla guida del veicolo, ma pur sempre riconducibili al suo utilizzo, quali (a titolo esemplificativo e non limitativo) il rifornimento di carburante, la sostituzione di un pneumatico, le manovre a mano per la ripresa della marcia in caso di guasto o incidente, come anche quelli conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze gravi
- ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
- ◇ annegamento ed asfissia di natura accidentale
- ◇ avvelenamento da ingestione o assorbimento subitaneo di sostanze nocive
- ◇ contatto con corrosivi
- ◇ influenze termiche e atmosferiche
- ◇ sforzi muscolari (compresa l'ernia, se traumatica, ma esclusi gli infarti)
- ◇ folgorazione, colpi di sole o di calore, assideramento o congelamento
- ◇ morsi di animali o punture di insetti, escluse quelle per cui gli insetti siano portatori necessari
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti in genere
- ◇ calamita' naturali

- ◇ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 10: Limiti territoriali

La copertura assicurativa non ha limiti territoriali

Art. 11: Liquidazione del danno

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.000,00 (euro duemila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

2. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:

a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:

- ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,

- ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%,
- ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Amministrazione e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;

b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:

- ◇ all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
- ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
- ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

Art. 12: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato

un terzo della indennita' corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Societa', della certificazione medica da cui risulti l'entita' presunta della invalidità.

CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 13: Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Amministrazione;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Efficacia della copertura;
- ◇ atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- ◇ abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- ◇ partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ◇ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ◇ guida di mezzi di locomozione aerei.

Art. 14: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Amministrazione. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Amministrazione.

I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 15: Denuncia dei sinistri – Impegni della Società'

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Amministrazione, per il tramite del broker, entro trenta giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società'.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società'.

Entro il 31 marzo e il 30 settembre di ciascun anno, la Società' fornirà alla Amministrazione, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le sole iniziali dell'infortunato
- lo stato del sinistro
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

Art. 16: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla voce "parametri di riferimento" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Amministrazione fornirà quindi alla Società' entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società e' tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Amministrazione inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati.

A polizza scaduta, la Società non e' obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Per "parametri di riferimento" si intende il numero complessivo dei chilometri percorsi annualmente.

La Amministrazione e' esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Altrettanto, la Amministrazione e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Si conviene che, ove la Amministrazione abbia in buona fede omesso di fornire o fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 17: Partecipazione delle Società' – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza e' effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

⇒ Compagnia ... Società mandataria

⇒ Compagnia ... Società mandante

⇒ Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società'" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

⇒ Compagnia ... Quota xx%

⇒ Compagnia ... Quota xx%

⇒ Compagnia ... Quota xx%

Art. 17: Riparto di coassicurazione e delega

(operante se del caso)

L'assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate.

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici elencate nel "Riparto".

Ciascuna Società è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, esclusa ogni responsabilità solidale.

Le Compagnie coassicuratrici riconosceranno come validi ed efficaci anche nei propri confronti, tutti gli atti compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune, fatta eccezione per l'incasso dei premi di polizza la cui regolazione verrà effettuata dal broker direttamente con ciascuna Società'.

⇒ Compagnia ... Quota ... % - Delegataria

⇒ Compagnia ... Quota ... %

⇒ Compagnia ... Quota ... %

Art. 18: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 19: Altre assicurazioni - Detrazioni

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Amministrazione (quale, ad esempio, la tutela assicurativa Inail), dall'indennizzo dovuto ai sensi del presente contratto verrà' dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

Art. 20: Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Destinatari dell'assicurazione	Capitali assicurati euro /00				Parametri di riferimento	Premio imp. unitario	Premio imp. totale
	caso morte	invalidità perman	inabilità tempor	spese medich			
Gruppi di rischio							
1) dipendenti, direttori e dirigenti della Amministrazione di ogni livello	200.000	200.000	0	2.500	KM 100.000
TOTALE PREMIO IMPONIBILE ANNUO DI POLIZZA					euro		..
IMPOSTE					euro		..
TOTALE PREMIO LORDO ANNUO DI POLIZZA					euro		..

PAGINA DA **NON** COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA