

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI DIRIGENTI E TOP MANAGEMENT

La presente polizza è stipulata tra

 <p>LA CITTÀ nella CITTÀ</p>	EUR SPA EUR SPA e Società controllate
	Largo Virgilio Testa, 23
	00141 ROMA
	Codice Fiscale 80045870583 - P. Iva 02117131009

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	31.12.2017
Alle ore 24.00 del :	31.12.2018

Con scadenze dei periodi di assicurazione

successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	31/12
-------------------------------	--------------



SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

- Art.1 Definizioni
- Art.2 Oggetto dell'assicurazione

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
- Art.3 Durata del contratto e proroga
- Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art.5 Recesso a seguito di sinistro
- Art.6 Modifiche dell'assicurazione
- Art.7 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art.8 Interpretazione del contratto
- Art.9 Oneri fiscali
- Art.10 Foro competente
- Art.11 Ispezione delle cose assicurate
- Art.12 Assicurazione per conto di chi spetta
- Art.13 Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza
- Art.14 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
- Art.15 Coassicurazione e delega
- Art.16 Clausola Broker
- Art.17 Obblighi dell'Appaltatore relativi alla Tracciabilità dei flussi finanziari
- Art.18 Rinvio alle norme di legge

SEZIONE 3 CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

- Art.1 Oggetto dell'Assicurazione
- Art.2 Esclusioni
- Art.3 Rischio volo
- Art.4 Limiti di età
- Art.5 Persone non assicurabili
- Art.6 Estensione territoriale
- Art.7 Criteri di indennizzabilità
- Art.8 Morte
- Art.9 Invalidità permanente
- Art.10 Norme che regolano l'assicurazione in caso di ricovero
- Art.11 Norme che regolano l'assicurazione in caso di invalidità permanente da malattia
- Art.12 Assicurazione per conto altrui
- Art.13 Diritto di surrogazione
- Art.14 Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi
- Art.15 Modalità di valutazione del danno – Controversie

SEZIONE 4 CONDIZIONI PARTICOLARI

SEZIONE 5 RISCHI ASSICURATI E SOMME ASSICURATE

- Art.1 Categorie
- Art.2 Somme assicurate
- Art.3. Regolazione del premio



SEZIONE 1 – DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Art. 1 - Definizioni

Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Polizza :	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente :	Eur SpA
Assicurato	Il soggetto fisico o giuridico il cui interesse è tutelato dall'assicurazione
Società :	l'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker :	la Aon SpA. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio :	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo :	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia :	la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto :	la parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Cose :	sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Beneficiario :	il soggetto al quale, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita. In assenza di designazione specifica, i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari
Invalità permanente :	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato
Invalità temporanea :	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Ricovero :	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Malattia :	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio



Istituto di cura :	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Gessatura :	ogni mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.
Retribuzioni :	<p>tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni.</p> <p>A tal fine saranno considerati tutti gli elementi fissi e continuativi, le competenze ultra mensili a carattere generale nonché le erogazioni a titolo di premio di risultato (redditività/produttività), gratifiche straordinarie e gratifiche legate al raggiungimento di specifici obiettivi.</p> <p>Resteranno viceversa escluse le indennità ed i compensi corrisposti a titolo di rimborsi spese o comunque collegati ai disagi, ai rischi o alle particolari necessità di svolgimento della prestazione.</p> <p>In sede di regolazione annua del premio la Contraente si impegna pertanto a comunicare i dati di retribuzione del proprio personale sulla base di quanto sopra indicato.</p>

Art.2 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività indicate nelle singole categorie alla successiva Sezione 3 "RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE".

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente 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 art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società 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.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito le polizze di responsabilità Civile da loro sottoscritte precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.



Art.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

In deroga a quanto disposto dall'art. 1910 del codice civile, il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio a favore delle stesse persone assicurate.

Art 3 - Durata del contratto e proroga

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio della polizza e cesserà automaticamente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

Si conviene che alla prima scadenza annuale dell'assicurazione o a quella successiva, è in ogni caso facoltà della Contraente chiedere ed ottenere dalla Società una proroga della presente polizza fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 120 giorni previo pagamento di un premio conteggiato sulla base del 4/12esimi del premio annuale di polizza.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della relativa appendice ritenuta corretta.

Ai sensi dell'art. 29 ed art. 57, D.Lgs 163/2006 ss.mm. e ii., l'Ente Contraente si riserva la facoltà di rinnovare il contratto per una durata pari a quella dell'iniziale appalto, previa adozione di apposito atto. In questo caso la Società si riserva di accettare o meno il rinnovo alle medesime condizioni normative ed economiche.

Art.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno 31/12/2017 alle ore 24 del 31/12/2018 e si intende senza tacito rinnovo alla scadenza finale. In deroga all'Art. 1901 Codice Civile, il premio della polizza, deve essere versato entro 60 giorni dalla data di decorrenza sopracitata. In mancanza di pagamento del premio, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Anche le **eventuali** appendici comportanti un incasso del premio potranno essere pagate **entro 60 giorni** dalla data di ricezione, da parte della Contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalla ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis 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.

L'Assicurazione è altresì operante fine al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Art.5 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Compagnia ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 90 (novanta) giorni da darsi con lettera Raccomandata A.R.

In ambedue i casi di recesso la Compagnia rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le tasse. Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, se non



diversamente indicato in polizza, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione dei premio.

Art.6 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art.7 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata od altro mezzo (posta elettronica o posta elettronica certificata) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art.8 - Interpretazione del contratto

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

Art.9 - Oneri fiscali

Le imposte e tutti i relativi oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art.10 - Foro competente

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo ove ha sede il Contraente, fatto salvo quanto previsto dal Dlgs 28/2010.

Art.11 – Ispezione delle cose assicurate

La Società ha sempre il diritto di visitare le cose assicurate e l'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

Art.12 - Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però, i terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, né azione alcuna per impugnare la perizia, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dal Contraente. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di terzi che del Contraente, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto.

A tale scopo i Periti e gli incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante un atto di liquidazione, La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

Art.13 - Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società. Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

Art.14 - 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 l'indicazione dell'importo posto a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) 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.

Art.15 - Coassicurazione e delega

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla AON S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla AON S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Art.16 - Clausola Broker

Alla Società Aon S.p.A. è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 109 e seguenti del D.Lgs. 209/2005.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento IVASS n.05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del broker è a carico della Società nella misura del 4% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Si prende altresì atto che qualora venga a scadenza, nel corso della presente polizza, il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il sopra citato Broker, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario dell'infranominato servizio.

Art. 17 – Obblighi dell'Appaltatore relativi alla Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società appaltatrice assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche ed integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) o il CUP. – CIG/CUP .

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3. La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

L'Ente Contraente verifica in occasione di ogni pagamento alla Società e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.



La Società si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art.18 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Ai fini ed agli effetti della presente polizza, resta inteso che nella qualifica di Assicurato è compresa la seguente Società: Eur S.p.a.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività indicate nelle singole categorie alla successiva Sezione "RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE".

Art. 2 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a. dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dal successivo art. 3;
- c. dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g. da guerre o insurrezioni;
- h. da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- i. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- j. da infarti ed ernie di qualsiasi tipo;
- k. da atti di terrorismo, ma solo come conseguenza dell'utilizzo di armi di distruzione di massa nucleari, chimiche e biologiche.

Art. 3 – Rischio volo

L'assicurazione si intende estesa agli infortuni occorsi in occasione di viaggi aerei effettuati dall'Assicurato quale passeggero di aeromobili ed elicotteri. La garanzia ha inizio dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento nel quale ne è disceso.

La garanzia è automaticamente operante per tutti i voli, compresi quelli effettuati per ispezioni o lavoro aereo su aeromobili ed elicotteri.

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 medesimo rischio, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

- € 25.000.000,00 per il caso di Morte

- € 25.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno diminuite con riduzione ed indicazione proporzionale sui singoli contratti in modo che la loro somma non superi i capitali di cui sopra.

Art. 4 – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.



Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

Art. 5 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 6 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 7 – 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.

Art. 8 – Morte

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

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

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 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.

Art. 9 – Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

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 in 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. 10 – Norme che regolano l'assicurazione in caso di ricovero

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società corrisponde l'indennità di € 50,00 per ciascun giorno di degenza in Istituto di cura, sino ad un massimo di 300 (trecento) giorni per ogni infortunio.

L'indennità viene corrisposta anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di degenza diurna-day hospital, purché effettuata in Istituto di cura pubblico italiano o comunque convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale: la degenza diurna deve essere certificata da cartella clinica o da documento sanitario equivalente.

La corresponsione dell'indennizzo avrà luogo a degenza ospedaliera ultimata, previa presentazione alla Società della certificazione definitiva, in originale, indicante il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

In caso di ricovero all'estero, l'indennizzo verrà corrisposto al rientro dell'Assicurato in Italia e in Euro.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme che regolano le sezioni precedenti, se ed in quanto compatibili.

Art. 11 – Norme che regolano l'assicurazione in caso di Invalidità Permanente da Malattia

L'assicurazione, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, si intende estesa a qualsiasi malattia insorta successivamente alla data di decorrenza del presente contratto.

Agli effetti della presente garanzia si intende:

- per "malattia": ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- per "invalidità permanente": la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'esercizio della propria professione da parte dell'Assicurato.

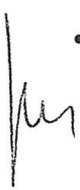
Nessuna indennità spetta quando il grado di invalidità permanente accertata in relazione ad una malattia od al cumulo di più malattie, sia di grado pari o inferiore al 25% della totale.

Quando l'invalidità permanente accertata sia superiore, la Società liquida un indennizzo proporzionale ai valori indicati sotto la "R" della tabella che segue in cui nella colonna "A" è indicato il grado di invalidità accertato e nella colonna "R" il grado di invalidità da riconoscere.

A	R
26	4%
27	8%
28	12%
29	16%
30	20%
31	24%
32	28%
33	32%
34	36%
35	40%
36	44%
37	48%
38	52%
39	56%
40	60%
41	64%
42	68%
43	72%
44	76%
45	80%
46	84%
47	88%
48	92%
49	96%
50 ed oltre	100%

La percentuale di invalidità permanente verrà accertata non prima che sia decorso un anno dalla data della denuncia. La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivanti dalla malattia o dal cumulo delle malattie denunciate, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della presente garanzia. Sono inoltre escluse le Invalidità Permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- abuso di alcolici o uso a scopi non terapeutici di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni e simili;



- trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- guerra o insurrezioni.

L'Assicurato deve denunciare alla Società lo stato di malattia per iscritto entro trenta giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo da ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la presente garanzia.

Alla denuncia deve essere unita, o far seguito, la seguente documentazione:

1. certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso o le conseguenze della malattia;
2. certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia. Per guarigione clinica si intende lo stato nel quale, secondo parere medico, il grado di invalidità permanente residua può essere considerato stabile o, comunque, non più suscettibile di diminuzione;
3. copia delle cartelle cliniche e di ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Trascorsi sei mesi dalla data del certificato medico richiamato al precedente punto 2), deve essere presentato alla Società altro certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia. L'assicurato deve sottoporsi alle cure prescritte dai medici che possano modificare positivamente la prognosi della malattia, deve altresì sottoporsi agli accertamenti e/o controlli eventualmente disposti dalla Società e fornire ogni altra documentazione sanitaria eventualmente necessaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno avuto in cura. Qualora la presente garanzia pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata e sempre che la stessa si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione, per la presentazione della denuncia è accordato il termine di un anno dalla scadenza dell'assicurazione. Ricevuta la documentazione di cui sopra, e compiuti gli accertamenti del caso, la Società darà comunicazione all'interessato del grado di invalidità riscontrato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi a trattamenti terapeutici che a giudizio sia del suo medico che di quello della Società possano modificare positivamente la prognosi della malattia, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto a detti trattamenti, senza riguardo, perciò, al maggiore pregiudizio derivante dalla mancata attuazione dei citati trattamenti terapeutici.

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

In caso di divergenze sulla natura della malattia o sul grado di invalidità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguato trattamento terapeutico, si applica l'art. 15 che segue.

La presente copertura assicurativa non potrà in alcun caso cumularsi con le garanzie di Invalidità Permanente da Infortunio e viceversa.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme che regolano le sezioni precedenti se ed in quanto compatibili.

Art. 12 – Assicurazione per conto altrui

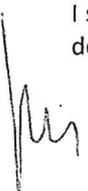
Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

Art. 13 – Diritto di surrogazione

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

Art. 14 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

I sinistri debbono essere denunciati per iscritto alla Società entro 30 giorni da quando l'Ufficio preposto alla gestione dei sinistri ne sia venuto a conoscenza.



La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 15 – Modalità di valutazione del danno – Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado dell'invalidità o sulla durata dell'inabilità temporanea e sulla loro entità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a 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. Il Collegio medico risiede presso la sede della Contraente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del 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 riconoscere un grado di invalidità provvisorio che consenta alla Società di liquidare un importo provvisorio 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 si rifiuti di firmare il relativo verbale.

SEZIONE 4 CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione o assorbimento di sostanze, o aventi origine traumatica;
- affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- ustioni in genere, nonché il contatto con sostanze tossiche o corrosive;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo; esposizione agli elementi in genere;
- lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni:

- sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- conseguenti a colpi di sonno;
- derivanti da aggressioni in genere;
- derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato - in caso di guida - sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- derivanti da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

A) EVENTI SOCIOPOLITICI

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

B) CALAMITA' NATURALI

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2 – Esclusioni – della Sez. 2, sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.



C) RISCHIO GUERRA

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2 – Esclusioni – della Sez. 2, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

D) ERNIE TRAUMATICHE O DA SFORZO

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2 – Esclusioni – della Sez. 2, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo o traumatiche, con l'intesa che:

- qualora sia operabile, viene 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, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 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 alle Norme che regolano l'assicurazione infortuni.

E) MORTE PRESUNTA

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi; l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

F) DIABETE

L'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete, ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

G) UBRIACHEZZA

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2 – Esclusioni – della Sez. 2, l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.

H) ANTICIPO INDENNIZZI

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'invalidità permanente di grado superiore al 20%, la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di € 50.000,00.

I) MALATTIE PROFESSIONALI

La valutazione dell'invalidità permanente da malattia professionale e la liquidazione dei rispettivi indennizzi saranno effettuate in conformità delle disposizioni contenute nel DPR n.1124 del 30 giugno 1965, con l'intesa che gli indennizzi stessi saranno pagati in capitale anziché in rendita.

Nel caso di invalidità che renda obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro e la costituzione di un rapporto similare presso altre aziende, anche eventualmente con una diversa utilizzazione dell'assicurato in occupazioni confacenti le sue attitudini, la Società corrisponderà una indennità commisurata ad un grado di invalidità permanente pari al 100%.

La garanzia si intende operante anche per i casi di silicosi, asbestosi, ipoacusia, sordità da rumori e antracosi.

J) ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA', MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. 7 – Sezione 3.



K) ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

L) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

M) MALATTIE TROPICALI

L'assicurazione viene estesa alle conseguenze obiettivamente constatabili delle malattie tropicali, malaria ed ameba, contratte dagli assicurati durante le loro missioni di servizio, per le quali resta convenuto che, in caso di invalidità permanente, non si farà luogo all'indennizzo quando questa sia di grado pari od inferiore al 10% della totale. Se invece essa risultasse superiore, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Resta inoltre convenuto che questa garanzia è operante a condizione che:

- l'Assicurato si sia assoggettato alle vaccinazioni previste dall'Autorità Sanitaria;
- l'Assicurato non risulti affetto dalle predette malattie alla data di decorrenza di tali garanzie;
- le affezioni insorgano nel corso del rapporto assicurativo e si manifestino al massimo entro un anno dalla data di scadenza della polizza.

N) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione di fatto annua dell'infortunato – così come definita – quella percepita nei 12 mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Per gli infortunati che non abbiano raggiunto l'anno di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio, e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, dandone comunicazione agli interessati, e trasmettendo la relativa quietanza di indennizzo da sottoscrivere.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

O) LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE

Per i casi di invalidità permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 50%, accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitali assicurato.

P) COLPA GRAVE

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato.

Q) DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 5.000,00 per evento.



SEZIONE 5 RISCHI ASSICURATI E SOMME ASSICURATE

Art. 1 CATEGORIE

Categoria A : Dirigenti – Categoria B : Top Management

Si intendono assicurati per la Categoria A i Dirigenti di EUR S.p.A., EURTEL S.r.l. e ROMA CONVENTION GROUP S.p.A.

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

- ogni attività professionale principale e secondaria;
- ogni attività che non abbia carattere professionale;
- operazioni di soccorso effettuate per conto della Protezione Civile;
- servizio militare di leva in tempo di pace o servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni.

Art. 2 SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE

Categoria A – Dirigenti:

1. Caso Morte: 5 volte la retribuzione e/o emolumento annua/o, con il massimo di € 2.500.000,00
2. Caso Invalidità Permanente da Infortunio: 6 volte la retribuzione e/o emolumento annua/o, con il massimo di € 3.000.000,00
3. Caso Invalidità Permanente da Malattia: 6 volte la retribuzione e/o emolumento annua/o, con il massimo di € 3.000.000,00

Categoria B – Top Management:

Caso Morte: € 500.000

Caso Invalidità Permanente da Infortunio: € 500.000

Caso Invalidità Permanente da Malattia: € 500.000

CONTEGGIO DEL PREMIO ANNUO LORDO (da compilare a cura della Compagnia)

Categoria A – Dirigenti:

Preventivo retribuzioni: € 900.000,00

Caso Morte: x ‰ = €

Caso Invalidità Permanente da Infortunio: x ‰ = €

Caso Invalidità Permanente da Malattia: x ‰ = €



Totale premio annuo lordo anticipato: €

Categoria B – Top Management:

	n° Persone	Premio per persona
Presidente e A.D.	2	

Totale premio annuo lordo anticipato: €

ART. 3 REGOLAZIONE PREMIO

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo, degli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio stabilito in polizza. A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per la regolazione del premio, e cioè: **retribuzioni annue lorde** così come definite.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla ricezione da parte del Contraente della relativa appendice di regolazione, formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata; le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della stessa.

Se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo di sospensione delle garanzie. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE

