

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI CUMULATIVA

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ENTE LOCALE

La presente polizza è stipulata tra

COMUNE DI FIRENZE
PIAZZA DELLA SIGNORIA N.1
50122 FIRENZE
C.F./P.i. 01307110484

e

Società

Durata del contratto

Dalle ore 24 del 30/04/2024

alle ore 24 del 21/12/2026

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati alle ore 24 di ogni 31.12

SCHEDA DI POLIZZA

NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	COMUNE DI FIRENZE
SEDE LEGALE	PIAZZA DELLA SIGNORIA N.1 FIRENZE
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	01307110484
ATTIVITÀ SVOLTA	ENTE LOCALE
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Effetto: dalle ore 24 del 30/04/2024 Scadenza: alle ore 24 del 31/12/2026
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€
FRAZIONAMENTO	ANNUALE
BROKER – INTERMEDIARIO	Aon SpA
ALIQUOTA PROVVISORIALE	7%
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	
<p>Il presente contratto, emesso a seguito di procedura per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta dal Contraente a conclusione della quale è risultata aggiudicataria la Società xx è regolato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ dal frontespizio di polizza e dalla scheda di polizza riportanti i dati essenziali del contratto; ✓ dal capitolato speciale di appalto, che si riporta integralmente in allegato; ✓ dalle varianti al capitolato speciale d'appalto presentate in sede di offerta, approvate dal Contraente, che modificano le disposizioni al capitolato stesso e che si riportano integralmente in allegato. 	

DEFINIZIONI

Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione annuale dell'assicurazione.
Assicurato	La persona fisica e/o giuridica il cui interesse è tutelato dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di polizza.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker – Intermediario	Aon Sp.A, impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Franchigia	L'importo previsto dalle condizioni contrattuali che in caso di sinistro è detratto dalla somma liquidata e che rimane a carico esclusivo del Contraente.
Indennizzo – Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità 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.
Inabilità temporanea	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
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.
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà e/o uso.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Retribuzioni	Si intende: Tutto quanto, al netto delle ritenute per oneri previdenziali, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni (a esempio stipendio e altri elementi a carattere continuativo) risultanti dai libri paga, compresi compensi agli Amministratori.
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne.
Scoperto	La parte percentuale di danno che il Contraente tiene a suo carico.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società – Compagnia Assicuratore/i	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
Somma assicurata	la massima esposizione della Società per sinistro e per persona assicurata.

SEZIONE I ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

La garanzia della presente polizza è operante in relazione all'esercizio dei pubblici servizi che istituzionalmente competono all'assicurato comprese tutte le attività comunque svolte e con ogni mezzo ritenuto utile o necessario.

La garanzia è inoltre operante per tutte le attività esercitate per legge, regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati da propri organi, nonché eventuali modifiche e/o integrazioni, nonché per tutte le attività, che possono essere anche svolte partecipando a Enti o Consorzi.

L'assicurazione comprende altresì tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali sopra elencate, comunque ed ovunque svolte, nessuna esclusa né eccettuata.

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 6 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Per le categorie attivabili a richiesta identificate come tali alla Sezione 6 la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente tramite il Broker e scadrà alle ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo.

Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione premio per la categoria di cui all'Art.1.8 Partecipanti regolarmente iscritti a "UNIVERSITA' ETA' LIBERA" mentre per la categoria di cui all'Art.1.4 Partecipanti alle attività del Calcio Storico Fiorentino_ CALCIANTI il premio sarà corrisposto in sede di attivazione.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

SEZIONE II CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – OPZIONI

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione per un periodo massimo di 6 mesi. Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 6 mesi, anche nel caso in cui venga inviato il recesso annuale di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE*. Il periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (DL 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite.

Ai sensi dell'art. 14 e dell'art. 76 comma 6 del DLgs. 36/2023, l'Ente Contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di ripetizione dei servizi analoghi per una durata pari a due anni, alle medesime o migliori condizioni economiche e normative in corso, previa adozione di apposito atto.

Questa disposizione non è operante nel caso in cui la Società abbia comunicato, nei termini di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE* la propria volontà di non procedere al rinnovo.

ART. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

È attribuita alla Società la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 4 mesi prima di ogni scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale.

In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi di cui all'articolo *DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – OPZIONE DI RINNOVO*.

ART. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

I premi saranno pagati dal Contraente direttamente alla Società.

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente pagherà alla Società:

- ✓ entro 2 mesi dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 2 mesi da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 2 mesi dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento indicato in *SCHEDA DI POLIZZA*.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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 effettuate dal Contraente ai sensi del DMEF. 40/2008, nonché della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008 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 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei 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 articoli 17 e 18 del DLgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'indotto da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza. Il Broker provvederà a segnalare alla Società tali situazioni.

Resta convenuto che è considerata a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio Tesoreria del Contraente a condizione che gli estremi dell'atto siano comunicati alla Società a mezzo e-mail o PEC.

ART. 4 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 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 dell'art. 3 comma 8 della L. 136/2010.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. 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 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

ART. 6 REVISIONE DEL PREZZO

a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO*, la Società, decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO* e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.

b) Il Contraente, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo *RECESSO*.

ART. 7 RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta del Contraente.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.

Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

ART. 8 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 3 mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli *REVISIONE DEL PREZZO* e *RECESSO* e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo *REVISIONE DEL PREZZO* dalla ricezione della citata dichiarazione.

Qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

ART. 9 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO

Il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente assicurazione.

ART. 10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

ART. 11 ALTRE ASSICURAZIONI

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

ART. 12 TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'assicurato. Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'assicurato e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento e 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.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

ART. 13 GESTIONE DEL CONTRATTO – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza ad Aon Sp.A con sede legale in Milano, Via Calindri 6 in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/2005.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o 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 e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Società) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

Il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, viene effettuato direttamente dal Contraente alla Società. La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura del 7% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà rimessa dalla Società al Broker entro e non oltre il 10 del mese successivo alla data di effettivo incasso.

Gestione del contratto in presenza di Corrispondente/Coverholder

Con la sottoscrizione del presente contratto di assicurazione si prende atto che il Contraente e/o l'assicurato conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, al Broker indicato nella scheda di polizza e di cui all'articolo precedente, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/Coverholder indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*. Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder si considererà come effettuata all'assicurato o al Contraente;
- b) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata dall'assicurato o dal Contraente.

La Società conferisce mandato al Corrispondente/Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

- aa) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata alla Società;
- bb) ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder al Broker, si considererà come effettuata dalla Società.

ART. 14 ONERI FISCALI

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

ART. 15 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni tra le parti devono essere fatte per iscritto mediante email, lettera raccomandata, PEC (posta elettronica certificata).

ART. 16 FORO COMPETENTE – ELEZIONE DI DOMICILIO

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l'assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010.

La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

ART. 17 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di interpretazione dubbia delle clausole del presente contratto di assicurazione, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole al Contraente e all'assicurato.

ART. 18 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana; laddove in esso siano richiamate norme, disposizioni regolamentari e simili, sono altresì automaticamente richiamate eventuali e successive modifiche e integrazioni. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti, comprese successive modifiche e integrazioni.

ART. 19 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.Lgs. 196/2003), ciascuna delle parti (Contraente, Società, assicurato, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

ART. 20 COASSICURAZIONE E DELEGA

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato. In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

ART. 21 VALIDITÀ TERRITORIALE

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in euro.

ART. 22 SANZIONI E RESTRIZIONI INTERNAZIONALI

In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base della presente assicurazione, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la Società (o un suo dipendente o collaboratore) a divieti, sanzioni o restrizioni o possa comportare violazioni di divieti, sanzioni o restrizioni, secondo quanto previsto

da Risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi o sanzioni economiche e commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 23 TUTELA DELLA PRIVACY

Ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 ss. mm e ii., nonché del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, laddove non in contrasto con il Regolamento, e del Garante per la Protezione dei Dati Personali 26.4.2007, si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

ART. 24 PREVALENZA

Tutte le condizioni generali, speciali ed aggiuntive dello stampato di polizza incompatibili con le presenti condizioni particolari si intendono abrogate, salvo che siano per l'assicurato e/o il contraente più favorevoli. La firma apposta dal contraente sui moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della eventuale ripartizione del rischio tra le società partecipanti alla coassicurazione.

ART. 25 OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULLA SENSIBILITÀ

La Società o l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, ogni sei mesi, si impegna a fornire al Contraente per il tramite del Broker il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, del nome del danneggiato, della data della richiesta di risarcimento, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);
- b) sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti e/o chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Tali report dovranno essere forniti preferibilmente anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker, fermo restando che la semplice richiesta scritta del Contraente e/o del Broker attiva gli obblighi di cui sopra. La documentazione dovrà essere fornita mediante supporto informatico (formato excel), utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 1 mese dalla ricezione della richiesta inviata via pec o posta elettronica dal Contraente e/o dal Broker. Le predette statistiche potranno essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di disdetta di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE* la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 1 mese dalla data in cui il recesso è stato inviato.

ART.26 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio/esposto in polizza (Sezione 6) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. Il Contraente è pertanto esonerato dall'obbligo di comunicare le variazioni intervenute nel corso di ogni annualità assicurativa, e pertanto ogni persona rientrante in ogni categoria assicurata deve ritenersi in garanzia a tutti gli effetti.

A tale scopo entro **6 mesi** dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere **pagate nei 60 giorni** successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

ART. 27 POSTA CERTIFICATA

Qualora il Contraente lo richieda, la Società si obbliga all'attivazione di almeno una postazione munita di posta elettronica certificata per l'invio e/o la ricezione delle comunicazioni relative alla gestione dei sinistri.

SEZIONE III RISCHI COPERTI

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, **compreso il rischio in itinere**.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4 e 5 Della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti artt. 6, 7, 8, 9 e 10 della presente Sezione. Viene considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa, soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni e/o lesioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze o alimenti, anche aventi origine traumatica;
- contatto con acidi o corrosivi;
- le affezioni, alterazioni patologiche conseguenti a calci e/o morsi di animali, rettili, aracnidi, nonché ustioni, punture di insetti, contatto con piante e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche), esclusa la malaria; sono comprese anche le affezioni, alterazioni, patologiche conseguenti a tutti i predetti casi;
- l'annegamento;
- l'assideramento ed il congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
- i colpi di sole o di calore o di freddo ed altre conseguenze termiche ed atmosferiche;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere, nonché quelli per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni sofferti e/o derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni riportati durante il servizio militare, la partecipazione a squadre antincendio e protezione civile;
- le lesioni sofferte in conseguenza di comportamenti colposi degli assicurati e del Contraente ai sensi dell'art. 1900 del C.C. fatto salvo il caso di dolo del Contraente, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a colpi di sonno o vertigini;
- gli infortuni subiti durante i viaggi aerei (rischio volo);
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di tutti i veicoli (a motore e non), a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima, compresa la salita e la discesa su/dal mezzo di trasporto, veicolo e natante, per gli infortuni subiti, in caso di fermata e/o sosta del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia;
- gli infortuni causati da calamità e forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, inondazioni, frane, allagamenti, neve, grandine, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni sofferti sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione abbia comprovato carattere terapeutico, ma con esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche;
- la "morte presunta".

Art. 2 – Rimborso Spese Mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi e di ogni altro soggetto componente l'equipe operatoria, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, per il noleggio di carrozzine, nonché delle spese farmaceutiche resesi necessarie a seguito dell'infortunio, compresi eventuali ticket.

L'assicurazione si intende estesa anche alle spese odontoiatriche, conseguenti all'infortunio denunciato dall'ente. Vengono inoltre comprese in garanzia le spese per l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, occhiali, apparecchi odontoiatrici, oculistici, acustici ed altre protesi che possono essere danneggiati in caso di infortunio, oltre le spese per la riparazione di carrozzini e passeggini dei portatori di handicap, purché dette spese si siano rese necessarie a seguito di eventi che abbiano causato infortunio.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art.3 – Diaria per ricovero (valida ove richiamata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art.4 – Diaria per immobilizzazione (valida ove richiamata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente.

Art.5 – Diaria per inabilità temporanea (valida ove richiamata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

Art.6 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-ambulanza. Il rimborso verrà limitato ad un massimo di due viaggi e comunque con il limite annuo di € 3.000,00.

Art.7 – Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di €1.000,00= delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art.8 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €1.000,00=.

Art.9 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, 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 €1.500,00= per evento.

Art.10 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni, compresi quelli derivanti da attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, forzato dirottamento purché non conseguenti a guerra (anche se non dichiarata), ad insurrezione o tumulti popolari che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate.

€1.000.000,00= per il caso di invalidità permanente

€1.000.000,00= per il caso morte

per persona e di:

€5.000.000,00= per il caso di invalidità permanente

€5.000.000,00= per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferendosi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

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

Art.11 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, 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.

Art.12– Limiti di risarcimento

Nel caso l'infortunio colpisse contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, si conviene che il limite massimo di risarcimento per l'intera polizza ammonta a € 5.000.000,00=

Art.13 – Responsabilità civile del Contraente

La Società assicura il Contraente per il caso in cui l'Assicurato o, nell'ipotesi di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino, quale completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti del Contraente stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile.

Verificandosi tale caso il predetto indennizzo viene accantonato per essere computato nel risarcimento e la Società risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso.

Qualora il Contraente abbia stipulato per le medesime persone polizza di Responsabilità Civile, la presente garanzia è operante solo per l'eventuale eccedenza del danno rispetto al massimale assicurato a titolo di Responsabilità Civile.

La presente garanzia non è operante quando:

l'infortunio non è indennizzabile ai sensi della polizza;

l'infortunio è indennizzabile ai sensi della norma "Rischio aeronautico".

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.-

SEZIONE IV ESCLUSIONI

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 10, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo;
8. direttamente o indirettamente da contaminazioni chimiche o batteriologiche se conseguenti ad atti di terrorismo.

9. sofferti in conseguenza e/o derivanti da contagio/infezione da COVID-19 (SARS Cov-2) e relative varianti.

Art.2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottanta anni. Tuttavia, per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE V

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art.1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente tramite il suo ufficio assicurazione, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

La Compagnia, dopo l'apertura della pratica effettuata dal Comune, formalizzerà la presa in carico del sinistro sia al Comune che all'Assicurato mediante comunicazione scritta nella quale saranno indicati il numero del sinistro, la data di accadimento e l'eventuale non ammissibilità al risarcimento. Per ogni sinistro dovrà essere aggiornato l'Ente con cadenza almeno mensile.

La compagnia risponderà direttamente agli Assicurati sullo stato del sinistro e chiederà agli stessi, e per conoscenza al Comune, eventuali integrazioni alla documentazione.

Il Contact -center per rispondere agli Assicurati sullo stato della pratica sarà disponibile almeno una volta alla settimana.

Art.2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche 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 in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto

l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al DPR del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al **55%**, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata. Ad eccezione della categoria di cui all'art. 1.4

"Partecipanti alle attività del calcio storico fiorentino_ Calcianti".

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

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'incapacità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Art.3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

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

Art.4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art.5 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE VI
CATEGORIE, SOMME ASSICURATE, SCOPERTI e FRANCHIGIE
COSTITUZIONE DEL PREMIO

Art.1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

CATEGORIE

Art.1.1 -Infortuni conducenti veicoli privato

L'assicurazione è operante per gli infortuni che le **persone autorizzate** dal Contraente, compresi gli amministratori, subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida di velocipedi e veicoli non intestati al P.R.A. al Contraente o dallo stesso detenuti a qualsiasi titolo, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo/velocipede, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Garanzia	Massimale per persona €
Caso Morte	200.000,00
Caso Invalidità Permanente	300.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 180 gg per sinistro)	Non prevista
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	Non prevista
Diaria per gesatura (max 30 gg per sinistro)	Non prevista
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	Non prevista

Numero preventivato dei dipendenti "autorizzati"	600
---	------------

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

Art.1.2 - Infortuni conducenti veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente, o a qualsiasi titoli detenuti dal Comune.

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dagli Assicurati (dipendenti, Amministratori e/o altri soggetti solo se espressamente autorizzati dal Comune) in occasione della guida di veicoli, motoveicoli, velocipedi con o senza motore di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente o in locazione o comodato all'Ente.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Garanzia	Massimale €
Caso Morte	200.000,00
Caso Invalidità Permanente	300.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 180 gg per sinistro)	Non prevista
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	Non prevista
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	Non prevista
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	Non prevista

Numero preventivato dei veicoli assicurati	700
---	------------

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

Art.1.3 Infortuni subiti in relazione alle attività delle scuole dell'infanzia comunali, degli asili nido comunali (ivi compresi centri gioco), delle ludoteche e tutte le altre attività ludiche, motorie, culturali, didattiche, corsi di alfabetizzazione

L'assicurazione copre gli infortuni conseguenti all'attività delle scuole dell'infanzia comunali, degli asili nido comunali (ivi compresi Centri gioco e Servizi domiciliari) anche se gestiti da soggetti esterni per conto del Comune, delle ludoteche (anche se gestiti da soggetti esterni per conto del Comune) e di altre attività culturali, ludiche, didattiche e motorie, ivi compresi gli infortuni subiti sia dai bambini che dagli adulti che partecipano ai corsi di alfabetizzazione. Tali attività, a titolo esemplificativo ricomprendono, oltre all'ambito didattico ed educativo, anche giochi, gite, attività sportive, attività manipolative, attività ludiche, attività teatrali, attività musicali.

Sebbene non escluse dalle garanzie della presente polizza, si evidenzia che i soggetti assicurati possono essere portatori di handicap.

Garanzia	Massimale per persona €
Caso Morte	100.000,00
Caso Invalidità Permanente (franchigia assoluta del 3%)	200.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 4 mesi per sinistro)	Non prevista
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	Non prevista
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	Non prevista
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	1.000,00

Numero preventivato assicurati	5400
---------------------------------------	-------------

Attivazione automatica	SI	Attivazione soltanto a richiesta	NO
-------------------------------	-----------	---	-----------

Art.1.4 Partecipanti alle attività del Calcio Storico Fiorentino_ CALCIANTI

L'assicurazione copre gli infortuni subiti dai Calcianti durante la partecipazione alle gare del Torneo del Calcio Storico Fiorentino (due semifinali ed una finale che si svolgono tradizionalmente nel mese di giugno salvo differenti date individuate dall'Amministrazione Comunale) e ad eventuali altre manifestazioni di rievocazione del Calcio Storico, da svolgersi in Italia o all'estero, autorizzate dal Comune di Firenze, nonché durante gli allenamenti che gli stessi calcianti svolgono in preparazione del Torneo o delle suddette altre manifestazioni autorizzate.

Le manifestazioni di Calcio Storico, autorizzate dal Comune, ulteriori rispetto alle tre partite del tradizionale Torneo di San Giovanni costituiscono eventi del tutto eccezionali, quantificabili in un numero medio annuale di una partita l'anno.

Gli allenamenti di preparazione al Torneo del Calcio Storico (i quali possono svolgersi anche fuori dalla sede delle squadre) hanno inizio ogni anno a partire dal **1 febbraio** e riguardano, a titolo meramente indicativo, mediamente 80 giocatori per ciascuna delle quattro squadre (quindi un totale indicativo di 320 calcianti), che si riducono a 60 individuati un mese prima dell'inizio del Torneo (per un totale di 240 calcianti). Ciascuna delle tre partite del Torneo del Calcio Storico vede impegnati 54 Calcianti.

Capitali assicurati per la categoria Calcianti del Calcio Storico Fiorentino	
Garanzie	Massimale €
Caso Morte	100.000,00
Caso Invalidità Permanente (franchigia assoluta del 3%)	120.000,00
Diaria per inabilità temporanea franchigia 10 giorni - (max 3 mesi per sinistro)	35,00
Diaria per ricovero (franchigia 5 giorni - max 360 gg per sinistro)	50,00
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	Non operante
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio (franchigia € 50,00 per ogni nota) (limite di indennizzo massimo per ogni dente € 500,00 e per la sola prima protesi € 3.000,00)	€ 5.000,00

CATEGORIA NON SOGGETTA A REGOLAZIONE	PREMIO FISSO
---	---------------------

Attivazione automatica	NO	Attivazione a richiesta	SI
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

ATTIVAZIONE A RICHIESTA_ pagamento del premio in fase di attivazione

Art.1.5 Partecipanti al Corteo Storico della Repubblica Fiorentina e alle manifestazioni storico/culturali dell'Ente

L'assicurazione copre gli infortuni subiti - durante le manifestazioni storico/culturali (istituzionali o comunque riconosciute dall'Ente, svolte in Italia o all'estero) e durante gli allenamenti alle stesse finalizzati - da coloro che, in qualità di volontari riconosciuti dal Comune di Firenze, fanno parte integrante del Corteo Storico della Repubblica Fiorentina.

A titolo meramente indicativo si rappresenta che:

- il numero di coloro che sono riconosciuti parte del Corteo è pari a circa 600/700 unità;
- la composizione massima che il Corteo assume nelle proprie uscite, e precisamente in occasione delle tre partite del Torneo del Calcio Storico Fiorentino, è pari a 550 unità; nelle altre occasioni la composizione media è di circa 100 unità;

- il Corteo è composto da vari Gruppi che, salve le occasioni dette di schieramento completo, partecipano a rotazione alle manifestazioni; del Corteo fanno parte anche dei figuranti a cavallo (in un numero teorico di 12) e 20 balestrieri; la maggioranza degli altri gruppi porta armi da parata (spada, spadino, alabarda, sergentina, pugnale, archibugio a miccia ecc...)
- il numero medio di manifestazioni alle quali partecipa il Corteo è annualmente quantificabile in 100/110 manifestazioni, di cui circa 75/80 locali, 20 in Italia, 2/5 all'estero; tra le principali manifestazioni annuali cui partecipa il Corteo figura anche lo Scoppio del Carro;
- alcuni gruppi del Corteo tengono periodicamente degli allenamenti di preparazione alle sfilate e alle manifestazioni; in particolare: i Musici, gli Sbandieratori, i Balestrieri, le Madonne Fiorentine, la Cavalleria Fiorentina.

Garanzia	Massimale €
Caso Morte	80.000,00
Caso Invalidità Permanente (franchigia assoluta del 3%)	100.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 3 mesi per sinistro)	Non operante
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	Non operante
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	Non operante
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio (limite di indennizzo massimo per ogni dente € 250,00 e per la sola prima protesi € 1.600,00)	2.500,00

CATEGORIA NON SOGGETTA A REGOLAZIONE	PREMIO FISSO
---	---------------------

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

Art.1.6 Volontari

L'assicurazione copre ogni infortunio che possa occorrere a **tutti i volontari**, di cui il Comune si avvale, partecipanti alle varie attività dell'Ente, a titolo esemplificativo e non limitativo:

Per i **Servizi Sociali**, i volontari svolgono un servizio di sportello informativo e telefonico di aiuto, offrono informazioni su sanità, servizi sociali, cultura, volontariato, servizi pubblici.

Il servizio svolto dai **volontari delle Reti di Solidarietà** consiste anche nel sostegno allo svolgimento di attività quali: compagnia domiciliare, piccole commissioni e recapito medicinali, spesa a domicilio, uscita per passeggiate o per accompagnamento, ausilio e disbrigo pratiche.

L'assicurazione copre le suddette categorie di volontari anche quando sono alla guida di veicoli di loro proprietà o di proprietà dell'Ente e durante gli eventuali spostamenti a piedi o con mezzi pubblici di trasporto.

Così come previsto all'Art. 21 di polizza Sezione 1 la validità della copertura è mondo intero.

Garanzia	Massimale €
Caso Morte	100.000,00
Caso Invalidità Permanente (franchigia assoluta del 3%)	200.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 3 mesi per sinistro)	Non operante
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	Non operante
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	Non operante
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	Non operante

Numero preventivo assicurati	160
-------------------------------------	------------

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

Art. 1.7 – Gav Guardie ambientali volontarie

L'assicurazione è estesa alle condizioni tutte di polizza agli infortuni subiti dalla Guardie Ambientali volontarie durante lo svolgimento delle loro attività compresa l'eventuale guida di automezzi.

La garanzia è estesa, agli spostamenti per incarichi, missioni e relativi trasferimenti, nonché durante il tempo strettamente necessario per compiere il tragitto abituale dalla propria abitazione al luogo di lavoro presso l'Ente contraente e viceversa.

Garanzia	Massimale €
Caso Morte	100.000,00
Caso Invalidità Permanente (franchigia assoluta del 3%)	100.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 3 mesi per sinistro)	50,00
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	Non operante
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	Non operante
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	Non operante

Numero preventivo assicurati	15
-------------------------------------	----

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

Art. 1.8 Partecipanti regolarmente iscritti a “UNIVERSITA’ ETA’ LIBERA”

L'assicurazione copre ogni infortunio che possa occorrere a tutti gli iscritti che parteciperanno alle varie attività promosse, comprese attività di laboratori nei quali possono essere usati attrezzi pericolosi in quanto taglienti, affilati e compreso uso di acidi, fiamma ossidrica ed utensili vari correlati all'attività specifica di laboratorio.

Limitatamente a questa categoria il limite di età per persone assicurabili, di cui all'art. 2 comma 1) della Sezione 4 “Esclusioni” è abrogato.

Faranno fede le iscrizioni che il Comune terrà in appositi registri.

Ufficio di riferimento: Direzione Istruzione

Garanzia	Massimale €
Caso Morte	100.000,00
Caso Invalidità Permanente (franchigia assoluta del 3%)	200.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 3 mesi per sinistro)	Non operante

Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	Non operante
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	Non operante
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	Non operante

Nessun numero indicativo	tutti gli iscritti a consuntivo - premio da corrispondere solo in sede di regolazione
---------------------------------	--

Attivazione automatica	NO	Attivazione a richiesta	SI
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

ATTIVAZIONE DAL 01/11 FINO AL 31/07 DI OGNI ANNO_

Art.2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.26 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Categoria	Tipo dato variabile	Entità dato	Premio lordo pro-capite o tasso lordo	Totale €
Art.1.1 Conducenti veicoli privati	Numero assicurati	600	Indicare il premio lordo a persona €.....	
Art.1.2 Conducenti Veicoli dell'Ente	Numero Veicoli	700	Indicare il premio lordo a veicolo €.....	
Art.1.3 Bambini scuole Materne e Ndi nonché partecipanti ai corsi di alfabetizzazione	Numero assicurati	5.400	Indicare il premio lordo a persona €.....	
Art. 1.4 Partecipanti Calcio Storico_ Calcianti	PREMO FSSO	Solo indicativo	Indicare il premio lordo complessivo €.....	Pagamento con appendice di attivazione
Art. 1.5 Partecipanti alle manifestazioni storico/culturali dell'Ente	PREMO FSSO	Solo indicativo	Indicare il premio lordo complessivo €.....	
Art. 1.6 Volontari	Numero assicurati	160	Indicare il premio lordo a persona	

			€.....	
Art. 1.7 GAV	Numero assicurati	15	Indicare il premio lordo a persona €.....	
Art.1.8 Università età libera	Nessun numero preventivato		Indicare il premio lordo a persona €.....	Pagamento in fase di regolazione premio
TOTALE				

Scomposizione del premio anticipato relativo alle sezioni con attivazione automatica

Premio annuo imponibile	€	=
Imposte	€	=
TOTALE	€	=

Riparto di coassicurazione

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Disposizione finale

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

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

Il Contraente (firma)

La Società delegataria (firma)

Le coassicuratrici (firma)

