

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra

il Comune di Mantova

e

Decorrenza ore 24.00 del
31/12/2015
Scadenza ore 24.00 del
31/12/2020

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per **Assicurazione**: il contratto di assicurazione;
- per **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione;
- per **Contraente**: il soggetto che stipula l'assicurazione
- per **Assicurato**: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per **Beneficiario**: il soggetto cui, in caso di morte dell' Assicurato, deve essere pagata la somma garantita;
- per **Società**: l'impresa di assicurazione;
- per **Premio**: la somma dovuta alla Società;
- per **Rischio**: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per **Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per **Broker**: Marsh SpA;
- per **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente oppure una Inabilità Temporanea.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Buona Fede

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

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell' art. 1898 del 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 alla riduzione immediata del premio e delle rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, a parziale deroga dell'art. 1897 del C.C. rinunciando altresì al relativo diritto di recesso.

Tuttavia la mancata comunicazione da parte del Contraente e dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza, non comporteranno decadenza del diritto di risarcimento nè riduzione dello stesso, sempre che tali omissioni ed inesattezze non siano frutto di dolo.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza.

Art. 2 - 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; in caso di sinistro, l' Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 C.C.).

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

Art. 3 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 4 – Comunicazioni dell'Assicurato

Si prende atto che le eventuali comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato possono essere fatte a mezzo raccomandata, raccomandata a mano, posta elettronica, telex, telegramma, telefax o altro mezzo idoneo atto a comprovare la data ed il contenuto.

Art. 5 – Deroga alle dichiarazioni dell'Assicurato

Le dichiarazioni dell'Assicurato a stampa di polizza si intendono nulle e prive di effetto.

Art. 6 – Durata e proroga del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza di detto periodo; tuttavia al Contraente è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi 90 giorni prima della suddetta scadenza.

È fatto comunque salvo l'obbligo della Società di continuare il servizio alle condizioni e modalità di aggiudicazione/rinnovo fino a quando il Contraente non avrà provveduto alla stipula di un nuovo contratto.

Tale obbligo non potrà protrarsi oltre 6 mesi dalla scadenza del contratto originario o dei relativi rinnovi o dalla cessazione in caso di recesso anticipato per qualunque motivo; è facoltà del Contraente, entro il massimo di 6 mesi di cui sopra, scegliere l'effettivo periodo di continuazione del servizio e la Società è obbligata all'accettazione di quanto richiesto.

Il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura; nel caso di continuazione del servizio seguito recesso anticipato non verrà corrisposto ulteriore premio né predisposto alcun rimborso da parte della Società qualora il rateo corrispondente al periodo di proroga risulti compensato dalla quota di premio già anticipata e non goduta.

Art. 7 - Pagamento del premio CLAUSOLA NON DEROGABILE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza sempre che il pagamento del premio o della prima rata di premio avvenga, in deroga all'art. 1901 c.c., entro 60 giorni dalla data sopra citata.

Ai sensi dell'art. 48bis 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.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del C.C.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art. 1901 c.c., vale anche qualora il Contraente si avvalga della facoltà di rinnovazione o proroga.

Art. 7a – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

- a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.
- c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a

qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

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

Art. 8 - Revisione del prezzo e recesso anticipato in corso di contratto

Le Parti prendono e danno reciprocamente atto che ai sensi dell'art. 115 del D. Lgs. 163/2006 "Codice degli Appalti" durante il decorso del rapporto contrattuale si potrà addivenire ad una revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza, laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una loro variazione.

La revisione del prezzo è consentita, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, al verificarsi di una delle seguenti circostanze:

in caso di aggravamento del rischio tale per cui, se fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società avrebbe consentito l'Assicurazione ad un premio più elevato,

nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere l'ammontare del premio al netto delle imposte pagato dal Contraente per il medesimo periodo di oltre il 10%.

In tale ipotesi la Società rinuncia alla facoltà di recesso ed avrà diritto alla revisione del premio assicurativo, a far data dalla prima scadenza successiva, in misura massima pari all'eccedenza riscontrata, ma non oltre il 30%.

La revisione del prezzo deve essere richiesta dalla Società con un preavviso non inferiore a 60 giorni. Il Contraente avrà la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di revisione del prezzo sulla base di un'istruttoria condotta tenuto conto delle disposizioni di cui all'art. 7, comma 4, lettera c) e comma 5 del "Codice degli Appalti". Qualora il Contraente, in esito a tale indagine, comunichi di rifiutare l'applicazione dell'incremento di premio richiesto, il contratto si intenderà risolto di diritto, decorsi 180 giorni dalla data della predetta comunicazione di richiesta di revisione del prezzo da parte della Società.

La Società ha inoltre facoltà di recedere dall'Assicurazione, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, al verificarsi di una delle seguenti circostanze:

in caso di aggravamento del rischio tale per cui, se fosse esistito o fosse stato conosciuto al momento di conclusione del contratto la Società non avrebbe consentito l'Assicurazione,

nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere l'ammontare del premio al netto delle imposte pagato dal Contraente per il medesimo periodo di oltre il 50%.

Ricorrendo tale circostanza la Società ha facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di 180 giorni da darsi con lettera raccomandata il cui computo decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente.

Anche il Contraente può recedere dal contratto con le stesse modalità e termini di cui ai commi precedenti, fermo il diritto al rimborso dei ratei di premio pagati e non goduti al netto delle imposte, limitatamente tuttavia ai rischi che non si sono nel frattempo realizzati.

In caso di risoluzione anticipata del contratto la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

In ogni caso di risoluzione anticipata del contratto di cui al presente articolo, il recesso da parte della Società non avrà effetto qualora la Società non abbia comunicato al Contraente, contestualmente all'esercizio del recesso stesso, le informazioni di cui all'articolo "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio".

Art. 9 - Oneri fiscali

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

Art. 10 - Foro competente

Per la soluzione di ogni controversia dipendente da questo contratto, le Parti eleggono come foro competente quello del luogo dove ha sede il Contraente.

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge interne e comunitarie (art. 180 Capo VI del D. Lgs. 209/2005 e s.m.i.).

Art. 12 - Estensioni territoriali

L'assicurazione vale in tutto il mondo. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa o degli Stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa o negli Stati sopra menzionati.

Art. 13 - Assicurazione per conto altrui

Poichè 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. 14 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 15 – Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

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

Art. 16 - Clausola broker

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio Marsh S.p.A., in qualità di Broker, ai sensi della Legge 28 novembre 1984 n. 792 e del D. Lgs. 209/2005.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Gli Assicuratori inoltre riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato, e riconoscono che tale pagamento è liberatorio per l'Assicurato/Contraente.

Art. 16a) - Clausola broker in presenza di Lloyd's Correspondent (clausola alternativa)

Con la sottoscrizione della presente polizza l'Assicurato/Contraente conferisce mandato alla società di brokeraggio Marsh S.p.A., (di seguito denominata Broker) di rappresentarlo ai fini della presente polizza:

Pertanto:

- a) Ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
- b) Ogni comunicazione effettuata dal Broker del Contraente Assicurato al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso.

I Sottoscrittori conferiscono mandato alla Società.....(di seguito nominata Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's) di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente polizza.

Pertanto :

- a) Ogni comunicazione effettuata al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata ai Sottoscrittori
- b) Ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dai Sottoscrittori

Art. 17 – Clausola di delega in presenza di broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Ditta MARSH SpA e gli assicuratori hanno convenuto di affidare la delega alla (Compagnia), di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dalla Ditta MARSH SpA la quale tratterà con la Compagnia delegataria informandone le Compagnie assicuratrici.

Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza la cui regolazione verrà effettuata dal Contraente per il tramite della Ditta MARSH SpA direttamente nei confronti di ogni Compagnia assicuratrice.

Ognuna delle Compagnie sottoscrittrici concorrerà al pagamento dei risarcimenti liquidati in proporzione alla quota rispettivamente assunta e sarà responsabile soltanto per essa, non implicando il rapporto di coassicurazione alcuna responsabilità solidale.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea d'impresa costituitasi in termini di legge si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C. essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

SEZIONE 3 – RISCHI COPERTI

Art. 1 – Persone e somme assicurate

- a) INFORTUNI CONDUCENTI MEZZI ENTE
Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e CCNL
- | | |
|------------------------|--------------|
| MORTE | € 150.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE | € 150.000,00 |
- b) INFORTUNI DIPENDENTI USO MEZZO PROPRIO IN OCCASIONE DI
TRASFERTE O PER ADEMPIMENTI DI SERVIZIO
Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e CCNL
- | | |
|------------------------|--------------|
| MORTE | € 150.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE | € 150.000,00 |
- c) INFORTUNI AMMINISTRATORI
(D. Lgs 267/2000)
- | | |
|---|--------------|
| MORTE | € 250.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE | € 250.000,00 |
| DIARIA DA RICOVERO | € 50,00 |
| INABILITA' TEMPORANEA | € 100,00 |
| RIMBORSO SPESE MEDICHE E
FARMACEUTICHE | € 5.000,00 |
- d) BAMBINI ASILI NIDO E SCUOLE DELL'INFANZIA COMUNALI
- | | |
|--|--------------|
| MORTE | € 50.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE | € 125.000,00 |
| RIMBORSO SPESE FARMACEUTICHE | € 2.500,00 |
| RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE | € 2.500,00 |
| RIMBORSO SPESE PER ACQUISTO
LENTI ED OCCHIALI | € 300,00 |
- e) MINORI E RAGAZZI DEI CRED INFANZIA E CENTRI ESTIVI RICREATIVI
- | | |
|--|--------------|
| MORTE | € 50.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE | € 125.000,00 |
| RIMBORSO SPESE FARMACEUTICHE | € 2.500,00 |
| RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE | € 2.500,00 |
| RIMBORSO SPESE PER ACQUISTO
LENTI ED OCCHIALI | € 300,00 |
- f) VOLONTARI E COLLABORATORI IN GENERE
- | | |
|---|--------------|
| MORTE | € 150.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE | € 150.000,00 |
| DIARIA DA RICOVERO | € 50,00 |
| RIMBORSO SPESE MEDICHE E
FARMACEUTICHE | € 5.000,00 |

Art. 2 – Rischi assicurati

- Categoria a) Infortuni subiti da conducenti durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia, per tutti i veicoli di proprietà o in uso all'Ente, in locazione, in comodato, compreso a titolo esemplificativo e non limitativo, le biciclette.
Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli.
- Categoria b) La garanzia deve intendersi prestata in ottemperanza agli obblighi di legge derivante alla Contraente, di garantire i Dipendenti ed il Segretario per gli infortuni subiti durante la circolazione con i mezzi di trasporto, in uso agli stessi purchè non intestati al PRA a nome del Contraente che possono verificarsi durante le trasferte o gli adempimenti di servizio fuori dall'ufficio limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative comprese le persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.
La garanzia deve intendersi estesa per la forzata sosta e la ripresa della marcia nonchè la salita e la discesa degli automezzi.
- Categoria c) Infortuni subiti dagli amministratori durante lo svolgimento delle funzioni inerenti la loro specifica carica dichiarata, compresi trasferimenti e missioni per l'espletamento delle funzioni predette effettuate con qualsiasi mezzo di locomozione, compreso il rischio itinere.
- Categoria d) L'assicurazione è operante per ogni infortunio che possa occorrere ai bimbi frequentanti gli asili nido e le scuole dell'infanzia comunali, presenti nell'ambito del territorio comunale, nello svolgimento di tutte le attività scolastiche, sia nelle sedi che durante le attività promosse dalle scuole stesse all'esterno degli edifici scolastici (ivi comprese gite, visite guidate, attività fisico motorie ecc), compresi i corsi extrascolastici e comunque per tutto il tempo in cui i bambini rimangono affidati alle predette strutture. Sono comprese in garanzia anche le persone che, in caso di gite, rivestano mansioni di accompagnatori.
L'assicurazione è prestata altresì per gli infortuni occorsi ai sopracitati assicurati durante il tragitto casa-scuola e viceversa sia che avvenga a piedi o con qualunque altro mezzo, in quanto necessario per raggiungere l'asilo nido o la scuola, compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o di scendere dai mezzi suddetti.
- Categoria e) L'assicurazione è operante per gli infortuni dei minori partecipanti ai CRED INFANZIA ed ai CENTRI ESTIVI gestiti dal Comune di Mantova e dagli Enti ed Associazioni aderenti alla convenzione stipulata con il Comune di Mantova.
La copertura comprende tutte le attività svolte dai minori, quali a titolo esemplificativo: attività presso piscine, parchi acquatici e gite organizzate, compreso il rischio itinere.

Categoria f) L'assicurazione copre ogni infortunio che possano subire i volontari, esclusi gli addetti alla Protezione Civile, i collaboratori in genere che prestano attività di supporto ai servizi pubblici, quali a titolo esemplificativo: pulizia e piccola manutenzione, giardinaggio, sorveglianza, regolazione direzione traffico e quant'altro predisposto dall'Ente.

Limitatamente alle categorie a) e b)

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005- Nuovo Codice delle Assicurazioni Private-).

Poichè la presente assicurazione è stipulata dalla Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi Accordi Collettivi Nazionali gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Art. 3 - Franchigia per Invalidità Permanente

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

* **per le categorie a-b:** nessuna franchigia

* **per le altre categorie:**

- 1) 5% sulla somma eccedente € 258.228,45;
- 2) 10% sulla somma eccedente € 413.165,52.

Pertanto sulla somma assicurata:

- eccedente la somma di € 258.228,45 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 5%;

- eccedente € 413.165,52 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 10%.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 4 – Parametri e calcolo del premio

Categoria a)	km 447.500 Premio €..... al km numero 10 biciclette Premio €.....per ciascun mezzo
Categoria b)	numero Km 15.500 Premio annuo lordo €..... per km
Categoria c)	numero 41 amministratori Premio annuo lordo pro-capite €.....
Categoria d)	numero 450 bambini asili nido e scuole infanzia Premio annuo lordo pro-capite €.....
Categoria e)	numero 500 Minori e Ragazzi CRED Infanzia e Centri Estivi Premio annuo lordo pro-capite €.....
Categoria f)	numero 2 Volontari e collaboratori Premio annuo lordo pro-capite €.....

Art. 5 – Regolazione del premio

Il premio convenuto anticipato in via provvisoria 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.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per il conguaglio e cioè:

- per la categoria a) km effettivi e numero effettivo di biciclette
- per la categoria b) il numero dei Km. effettivi annui percorsi.
La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità dei mezzi e dei loro proprietari, ma sarà tenuta ad esibire in qualsiasi momento gli atti dai quali è possibile desumere che trattasi di missione o adempimento di servizio fuori dall'ufficio debitamente autorizzato;
- per la categoria c) il numero effettivo di Amministratori;
- per la categoria d) il numero effettivo di bambini asili nido e scuole infanzia;
- per la categoria e) il numero effettivo Minori e Ragazzi CRED Infanzia e Centri Estivi
- per la categoria f) il numero effettivo di volontari e collaboratori.

Per la categoria a) limitatamente alla parte di categoria impostata sul nr. di biciclette, nonché per tutte le restanti categorie il Contraente è esonerato dall'obbligo della comunicazione delle inclusioni/esclusioni intervenute nel corso dell'anno e pertanto le stesse si intendono automaticamente comprese e/o escluse; a tale proposito, relativamente alla data di entrata e/o uscita, fanno fede i documenti ufficiali che l'Ente si impegna ad esibire in qualsiasi momento.

Di tali variazioni si terrà conto in sede di regolazione conteggiando il 50% dei premi derivanti dalla differenza fra premi anticipati e premi consuntivi.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 60 giorni dalla presentazione al Contraente della relativa appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta.

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

Art. 6 – Variazioni di polizza

Eventuali variazioni di polizza che comportano aumenti di premio (a titolo esemplificativo e non limitativo modifiche della copertura prestata per le categorie già assicurate, inserimento di nuove categorie ecc.) si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

SEZIONE 4 – ESCLUSIONI

Art. 1 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci e allucinogeni assunti volontariamente, fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- b) da delitti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- c) da trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate d'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

SEZIONE 5 – CONDIZIONI DI GARANZIA

Art. 1 – Estensioni dell'assicurazione

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o intossicazioni da ingestione, assorbimento di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, le punture vegetali, nonchè le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- le ustioni in genere, nonchè il contatto con corrosivi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie
- strappi muscolari derivanti da sforzo.

L' ASSICURAZIONE VALE ANCHE PER:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- gli infortuni 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.

Art. 2 - 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 in parti uguali.

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, 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.

Art. 3 - 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 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, 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%.

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.

Art. 4 - Inabilità temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, che comporti una inabilità dell'Assicurato, l'indennità giornaliera prevista in polizza, fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria da ricovero.

Art. 5 - Diaria da ricovero

Se in conseguenza ad infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto (in Italia o all'estero), la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

Art. 6 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche a seguito infortunio

Per ogni infortunio, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, la Società garantisce il rimborso delle spese, se assicurate, per:

- onorari dei medici e dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale d'intervento, medicinali, apparecchi terapeutici, protesici ed endoprotesici applicati durante l'intervento;
- spese di ricovero, rette di degenza;
- spese farmaceutiche rese necessarie a seguito di infortunio;
- esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni ed altre cure mediche, anche termali, occorrenti;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

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

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con ambulanza, eliambulanza o aereo in un centro ospedaliero attrezzato.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

La presente garanzia vale fino a concorrenza della somma indicata.

Art. 7 - Rischio volo

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

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;

- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- € 1.500.000,00 per il caso di Morte
- € 1.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente
- € 260,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

- € 5.200.000,00 per il caso di Morte
- € 5.200.000,00 per il caso di invalidità Permanente
- € 5.200,00 per il caso di Inabilità Temporanea

In detta limitazione per aeromobile, rientrano i capitali riferiti 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 sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contatti.

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

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

Art. 8 – Ernie addominali

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 e 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 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 Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 9 – Eventi sociopolitici

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

Art. 10 – Calamità naturali

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, maremoti, smottamenti, valanghe e slavine.

Art. 11 – Rischio guerra

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), invasione, atti nemici, ostilità o insurrezioni per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 12 – Rimpatrio salma (limitatamente alla categoria c)

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.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza della somma di € 2.500.

Art. 13 – Rientro sanitario (limitatamente alla categoria c)

Qualora le condizioni dell'Assicurato a seguito di infortunio rendano necessario il suo trasporto in ospedale in Italia o alla sua residenza, la Società provvede al riguardo col mezzo di trasporto ritenuto più idoneo alle condizioni del paziente.

Sono altresì comprese l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio se necessarie.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 2500.

Art. 14 – Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

La garanzia viene prestata fino alla concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di € 260.000,00 per Morte e di € 260.000,00 per Invalidità permanente.

La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%. Pertanto non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale.

Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

Il Contraente dichiara che gli assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Art. 15 – Rischio itinere

L'assicurazione vale anche durante il percorso degli assicurati dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

Art. 16 – Morte presunta

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

- a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b) 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.

Art. 17 - 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. In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo ai sensi dell'art. 3 della sezione 6.

Art. 18 - Ubriachezza

L'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza alla guida di autoveicoli.

Art. 19 – Colpa grave

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'assicurato fatta eccezione per dipendenti ed amministratori per i quali la garanzia non opera nel caso in cui gli infortuni siano derivanti da dolo o colpa grave degli stessi, accertati con sentenza passata in giudicato.

Art. 20 - Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 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 a richiesta del Contraente.

Art. 21 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo o tossicodipendenza.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni. Tuttavia laddove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizione di legge o di contratti collettivi nazionali di lavoro, la presente esclusione non troverà applicazione.

Art. 22 – Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, 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. 3 della sezione 6.

Art. 23 – Esonero denuncia generalità degli assicurati

La Contraente è esonerata 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 della Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

Art. 24 – Spese di trasporto a carattere sanitario (limitatamente alla categoria c)

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 autoambulanza. Il rimborso avverrà nei limiti del massimale indicato in polizza e verrà limitato a due viaggi.

Art. 25 – 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 e sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 10.000 per evento.

Art. 26 – Servizio Militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza. L'Assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché quali obiettori di coscienza.

SEZIONE 6 – GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Il Contraente deve trasmettere la denuncia all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro 30 giorni da quando ne ha avuto conoscenza il Servizio Competente del Comune di Mantova (art. 1913 C.C.).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

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.

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

L'Assicurato, o in caso di morte, il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 2 – Pagamento dell'indennizzo

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.

Art. 3 - 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. 4 - Modalità di valutazione del danno - Controversie

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 3 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenza per terzo medico.

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

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

Art. 5 - 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. 6 - Beneficiario

L' Assicurato o gli eredi, con intervento in quietanza dell'Ente.

Art. 7 – Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in caso di risoluzione anticipata del contratto contestualmente all'esercizio del recesso,

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

- a) il numero identificativo attribuito dalla Società (*in formato "numero"*);
- b) la data del sinistro (*in formato "data"*);
- c) la data di accadimento dell'evento se non coincidente con quella del sinistro (*in formato "data"*);
- d) il nominativo del reclamante o, qualora non divulgabile, un codice identificativo univoco (*in formato "testo"*);
- e) l'indicazione se trattasi di danneggiamento a cose o a persone o se trattasi di evento mortale (*in formato "testo"*);
- f) la descrizione dettagliata dell'evento (*in formato "testo"*);
- g) lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia) (*in formato "testo"*);
- h) la sede di trattazione (stragiudiziale, giudiziale civile, giudiziale penale, accertamento tecnico non ripetibile) (*in formato "testo"*);
- i) l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società) (*in formato "valuta"*);
- j) l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo (*in formato "valuta"*);
- k) la data di avvenuto pagamento o comunque la data di chiusura della pratica per altro motivo (*in formato "data"*).

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta; rappresentano un'insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione.

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.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

