

**CAPITOLATO D'ONERI
PER LA COPERTURA DEL RISCHIO
INFORTUNI CUMULATIVA**

del
CONSORZIO BONIFICA VERONESE

Avvertenze

Le informazioni contenute all'interno del presente documento sono di carattere riservato. Pertanto, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 30.06.2003 nr. 196 né l'intero documento, né un eventuale condensato dello stesso potranno, in alcun caso essere consegnati a terzi, in particolare a qualsivoglia organizzazione del settore assicurativo o di brokeraggio senza il nostro preventivo accordo.

SEZ. 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DEL RISCHIO E DELL'ATTIVITA'

Art. 1 - DEFINIZIONI

Le norme riportate nel presente contratto annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza.
Assicurato:	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall' Assicurazione.
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione.
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'Assicurato stesso.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Franchigia assoluta:	La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Pertanto non si dà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo viene corrisposto esclusivamente per la parte eccedente la franchigia.
Franchigia relativa:	La soglia di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità al di sotto della quale il sinistro non viene indennizzato. Pertanto non si dà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo viene corrisposto integralmente, senza deduzione di alcuna franchigia.
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.

Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
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.
Istituto di cura:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Malattia:	L'alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per sinistro.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio itinere	Tragitto dal luogo di residenza/domicilio al luogo di lavoro/raccolta/sede del corso o dell'attività in generale e viceversa, effettuato con qualsiasi mezzo.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	L'impresa Assicuratrice nonché le coassicuratrici e/o le Agenzie presso le quali risulta assegnata la polizza.

Art. 2 - DESCRIZIONE DEL RISCHIO E DELL'ATTIVITA'

Il Consorzio, ente di diritto pubblico economico – ai sensi dell'art. 59 del regio decreto 13 febbraio 1933, n. 215 e dell'art. 3 della legge regionale 8 maggio 2009,

n. 12 recante "Nuove norme per la bonifica e la tutela del territorio" ha sede in Verona.

Il Consorzio esplica le funzioni ed i compiti che gli sono attribuiti dalle leggi statali e regionali con particolare riferimento alla bonifica e all'irrigazione, alla difesa del suolo e dell'ambiente, alla tutela della qualità delle acque e alla gestione dei corpi idrici, nonché alla protezione civile

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

I rischi relativi alle categorie elencate alla Sezione 6 Art.1 devono intendersi coperti dalla data di decorrenza del contratto.

Nel caso in cui venga concordata e attivata, in corso di contratto, una nuova categoria (originariamente non prevista alla Sezione 6 Art. 1), il rischio si intenderà coperto dalle ore 24.00 della data della comunicazione di richiesta di attivazione (alle condizioni concordate) inoltrata dalla Contraente o dalle ore 24.00 della data indicata nella richiesta se posteriore a quella di inoltro.

A seguito di richiesta di attivazione la Compagnia emetterà appendice attestante l'attivazione della categoria menzionata mentre il premio relativo alla categoria attivata verrà versato interamente in sede di regolazione premio (senza pagamento di premio anticipato).

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.

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

SEZ. 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto immediato rispetto alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'art. 1897 C.C.

La Società corrisponderà, al netto dell'imposta, la quota di premio pagata e non consumata, a scelta del Contraente, immediatamente oppure in occasione della scadenza dell'annualità di premio.

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio così pure le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione o durante il corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto di indennizzo, né riduzione dello stesso sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui le circostanze si sono verificate. Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito in precedenza i soggetti assicurati con la presente polizza di assicurazione.

Art.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

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.3 - Durata del contratto

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni 2 con effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2021 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2023.

È comunque facoltà delle parti recedere dal presente contratto ad ogni ricorrenza annuale con preavviso non inferiore a 180 giorni.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto, pertanto, salvo diverso accordo fra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza del 31/12/2023.

E' facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto, richiedere alla Società una proroga tecnica della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale, per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza o cessazione.

Art.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza sempre che il pagamento della prima rata di premio avvenga, in deroga all'art. 1901 Cod. Civ., entro 60 giorni dalla sopracitata data.

In caso di pagamento del premio successivamente al sessantesimo giorno, l'effetto dell'assicurazione decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, 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 (art. 1901 C.C.).

La deroga di cui al primo comma della presente norma deve intendersi operante ed efficace anche per ogni eventuale appendice correlata alla polizza originaria.

I premi devono essere pagati direttamente all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società Assicuratrice

Art.5 – Regolazione del premio

Qualora il premio sia convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, 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.

A tale scopo entro 120 giorni 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.6 - Recesso a seguito di sinistro

Il presente contratto non prevede la facoltà bilaterale di recesso per sinistro bensì la facoltà bilaterale di recesso anticipato ad ogni ricorrenza annuale con preavviso non inferiore a 180 giorni dalla relativa scadenza annuale

Art.7 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art.8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano), PEC od altro mezzo comunque idoneo a comprovare data e contenuto indirizzata all' Agenzia o alla Società alla quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art.10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art.11 - 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.12 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

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

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 - Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

Art.14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

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

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,

3. nel caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,

4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati, i sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

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;
- 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 del rapporto contrattuale con la Società. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

Art. 15 – Clausola intermediari

Alla Società Acros Srl Studio di Brokeraggio Assicurativo, con sede a Verona in Via G. Marconi, 62, è affidata la gestione e l'esecuzione del presente contratto di assicurazione.

Tutte le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite del Broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall'una all'altra Parte, anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Si conviene altresì che, il pagamento dei premi dovuti alla Società, potrà essere effettuato dalla Contraente tramite il Broker, con effetto liberatorio per la Contraente ai sensi dell'Articolo 1901 del Codice Civile.

Nell'ipotesi di cui sopra, la Società delega quindi esplicitamente il Broker, all'incasso del premio, in ottemperanza a quanto previsto dall'Articolo 118 del D. Lgs.209/2005 e con gli effetti, per la Contraente, previsti al 1° comma del medesimo articolo; l'opera del Broker potrà essere remunerata dalle società aggiudicatrici, secondo consuetudine di mercato senza alcun onere diretto e/o indiretto, né maggiori spese per la Contraente, sulla base degli accordi in essere o che interverranno tra Società e Broker.

La Società aggiudicataria si impegna pertanto a non includere nei caricamenti del premio stabilito in polizza, commissioni od emolumenti inerenti il presente contratto e alla sua successiva gestione riguardanti qualunque intermediario, in qualunque forma o modo.

Art. 16 - Coassicurazione e delega (ove prevista) – Estratto Unico.

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

La Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

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

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

La Delegataria è anche incaricata alle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o d'importi comunque dovuti all'Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

Art.17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Obblighi in tema di tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 delle Legge 13/08/2010 n. 136, successive modifiche ed integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'affidamento del servizio assicurativo

Art. 19 – Trattamento dei dati

Ai sensi della Legge 196/03 e del Regolamento Europeo 2016/679, le parti consentono il trattamento dei dati personali inerenti alla presente polizza, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali

Art. 20 – Disposizione finale

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme riportate nel presente normativo, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate su ogni altro documento utilizzato dalla Società.

SEZ. 3 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

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

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui al seguente art. 2, della presente Sezione purché richiamato per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti, le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento, violenti e non di sostanze tossiche;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da attività didattica e/o di ricerca a carattere scientifico che possa determinare infezioni microbiche e/o parassitarie e/o avvelenamento del sangue attraverso lesioni traumatiche oppure per contatto con sostanze infettive;
- 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 derivanti da malore ed incoscienza;
- i danni somatici dovuti ad infortuni e/o malattie provocati da esposizioni a radiazioni ionizzanti;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- 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;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;

- ernie traumatiche.

Art. 2 - Rimborso spese mediche da ricovero per infortunio

La Società garantisce fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il costo delle cure mediche, intendendosi per tali:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese fisioterapeutiche in genere, spese per l'assistente domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie;
- spese per medicinali in genere, purché prescritti dal medico curante.

Art. 3 - Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, fino al limite di € 1.500,00= per sinistro, 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.

Art. 4 - Rientro sanitario dall'estero

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di €. 25.000,00= 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. 5 - 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 che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €. 5.000,00=.

Art. 6 - 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 €. 5.000,00= per evento.

Art. 7 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti..

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 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 sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 8 – 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. 9 –Malattie Professionali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali che dovessero contrarre le persone assicurate. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buone condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza.

Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

Per tale estensione di garanzia la somma assicurata per l'Invalidità Permanente si intende fissata in € 250.000,00=

SEZ. 4 – 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, salvo quanto previsto dall'art. 9 della Sezione 3;
2. durante la guida di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
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. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
6. in occasione della partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; 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.

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 75 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 alcoolismo, 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.

SEZ. 5 – GESTIONE DEI SINISTRI

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 all' Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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 all' Agenzia o 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.

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, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, 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 D.P.R. 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 60%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

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) SPESE MEDICHE E FARMACEUTICHE

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 mediche verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc. in originale; le spese farmaceutiche verranno rimborsate dietro presentazione di prescrizione medica/autocertificazione che sono state utilizzate dall'Assicurato e di originale dello scontrino fiscale di acquisto; 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 sull'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 – Anticipo indennizzo

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 90 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

Art.6 - 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.

SEZ. 6 – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE

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.

Art. 1.1 AMMINISTRATORI

L'Assicurazione è prestata per gli infortuni che gli Amministratori, nominativamente identificati, subiscono mentre svolgono le funzioni inerenti la specifica carica dichiarata, compresi i trasferimenti e missioni, nonché per quelli relativi ai rischi extraprofessionali, ossia per gli infortuni occorsi nello svolgimento di ogni normale attività non connessa alle occupazioni di carattere professionale.

Num		
01	Presidente	
01	Direttore Generale	

Garanzia	Massimali per singolo assicurato
Morte da Infortunio	€ 500.000,00=
Invalità Permanente da Infortunio	€ 500.000,00=
Rimborso spese mediche da ricovero per infortunio	€ 10.000,00=

Art. 1.2. MEMBRI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

L'Assicurazione è prestata per gli infortuni che i membri del Consiglio di Amm.ne subiscono mentre, svolgono le funzioni inerenti la loro specifica carica dichiarata, compresi i trasferimenti e missioni, nonché per quelli relativi ai rischi extraprofessionali, ossia per gli infortuni occorsi nello svolgimento di ogni normale attività non connessa alle occupazioni di carattere professionale privato, le quali ultime sono quindi escluse dell'Assicurazione.

Garanzia	Massimali per singolo assicurato
Morte da Infortunio	€ 200.000,00=
Invalità Permanente da Infortunio	€ 200.000,00=
Rimborso spese mediche da ricovero per infortunio	€ 10.000,00=

Numero di assicurati	26
-----------------------------	-----------

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.

Art. 1.3 INFORTUNI UTILIZZATORI VEICOLI DI PROPRIETA' DELL'ENTE

L'Assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dal Conducente del veicolo assicurato di proprietà dell'Ente, in uso esclusivo all'Ente o in comodato, locazione, leasing, noleggio e simili 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	Massimali
Morte da infortunio	€ 100.000,00=
Invaldità Permanente da infortunio	€ 100.000,00=
Rimborso spese mediche da ricovero per infortunio	€10.000,00=

Numero Veicoli assicurati	200
----------------------------------	-----

SEZ. 7 – CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1- 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 sotto riportati.

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.5 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata anche 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 o qualsiasi altro dato variabile.

PARAMETRO PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Categoria di Assicurati	Parametro	Dato *
Amministratori indicati Nominativamente	Numero	2
Membri del CDA	Numero	26
Conducenti veicoli dell'Ente	Numero Veicoli	200

ELEMENTI PER IL CONTEGGIO DEL PREMIO

Categoria di Assicurati	Tasso Annuo Lordo e Corrispettivo Premio per Categoria		
	Tasso Annuo Lordo	Premio Annuo lordo Anticipato	
Amministratori indicati Nominativamente			
Membri del CDA			
Conducenti veicoli dell'Ente			

SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO

Premio annuo imponibile	€	.=
Imposte	€	.=
TOTALE	€	.=

Art. 2 – Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 3 – 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		La Società

SCHEDA TECNICA DI POLIZZA

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI CATEGORIE VARIE.

CONTRAENTE/ASSICURATO

Consorzio di Bonifica Veronese
Strada della Genovesa, 31/e
37135 VERONA
C.F.: 93216480231.

DURATA CONTRATTUALE - EFFETTO

Anni 2, con effetto dal 31.12.2021

SCADENZA

31.12.2023, senza tacito rinnovo e senza obbligo di disdetta.

RATEIZZAZIONE

Annuale, con scadenza ricorrente alle ore 24.00 di ogni 31.12.

RISCHIO ASSICURATO

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nel mondo intero nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere. La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, poi riportate. 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 alle attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

CATEGORIE E CAPITALI ASSICURATE

Art. 1.1 AMMINISTRATORI

L'Assicurazione è prestata per gli infortuni che gli Amministratori, nominativamente identificati, subiscono mentre svolgono le funzioni inerenti la loro specifica carica dichiarata, compresi i trasferimenti e missioni, nonché per quelli relativi ai rischi extraprofessionali, ossia per gli infortuni occorsi nello svolgimento di ogni normale attività non connessa alle occupazioni di carattere professionale.

Num.	Funzioni	
01	Presidente	
01	Direttore General	

Garanzia	Massimali per singolo assicurato
Morte da Infortunio	€ 500.000,00=
Invalità Permanente da Infortunio	€ 500.000,00=
Rimborso spese mediche da ricovero per infortunio	€ 10.000,00=

Art. 1.2. MEMBRI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

L'Assicurazione è prestata per gli infortuni che i membri del Consiglio di Amm.ne subiscono mentre, svolgono le funzioni inerenti la loro specifica carica dichiarata, compresi i trasferimenti e missioni, nonché per quelli relativi ai rischi extraprofessionali, ossia per gli infortuni occorsi nello svolgimento di ogni normale attività non connessa alle occupazioni di carattere professionale privato, le quali ultime sono quindi escluse dell'Assicurazione.

Garanzia	Massimali per singolo assicurato
Morte da Infortunio	€ 200.000,00=
Invalità Permanente da Infortunio	€ 200.000,00=
Rimborso spese mediche da ricovero per infortunio	€ 10.000,00=

Numero di assicurati	26
-----------------------------	-----------

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.

Art. 1.3 INFORTUNI UTILIZZATORI VEICOLI DI PROPRIETA' DELL' ENTE

L'Assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dal Conducente del veicolo assicurato di proprietà dell'Ente, in uso esclusivo all'Ente o in comodato, locazione, leasing, noleggio e simili 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	Massimali per singolo assicurato
Morte da infortunio	€ 100.000,00
Invalità Permanente da infortunio	€ 100.000,00
Rimborso spese mediche da ricovero per infortunio	€ 10.000,00

<i>Numero Veicoli assicurati</i>	200
----------------------------------	-----

PARAMETRO PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Categoria di Assicurati	Parametro	Dato *
Amministratori indicati Nominativamente	Numero	2
Membri del CDA	Numero	26
Conducenti veicoli dell'Ente	Numero Veicoli	200

ELEMENTI PER IL CONTEGGIO DEL PREMIO

Categoria di Assicurati	Tasso Annuo Lordo e Corrispettivo Premio per Categoria		
	Tasso Annuo Lordo	Premio Annuo lordo Anticipato	
Amministratori indicati Nominativamente			
Membri del CDA			
Conducenti veicoli dell'Ente			

SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO

Premio annuo imponibile	€	
Imposte	€	
TOTALE	€	

COMPAGNIA ASSICURATRICE

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

SCHEDA TECNICA – SINISTRI.

Periodo: 01.01.2016 – 30.09.2021

Sinistri 2016

Sinistri denunciati	n°. 00
Sinistri definiti tra quelli SENZA SEGUTO	n°. 00
Sinistri RISERVATI	n°. 00
Sinistri LIQUIDATI	n°. 00

Sinistri 2017

Sinistri denunciati	n°. 00
Sinistri definiti tra quelli SENZA SEGUTO	n°. 00
Sinistri RISERVATI	n°. 00
Sinistri LIQUIDATI	n°. 00

Sinistri 2018

Sinistri denunciati	n°. 00
Sinistri definiti tra quelli SENZA SEGUTO	n°. 00
Sinistri RISERVATI	n°. 00
Sinistri LIQUIDATI	n°. 00

Sinistri 2019

Sinistri denunciati	n°. 00
Sinistri definiti tra quelli SENZA SEGUTO	n°. 00
Sinistri RISERVATI	n°. 00
Sinistri LIQUIDATI	n°. 00

Sinistri 2020

Sinistri denunciati	n°. 00
Sinistri definiti tra quelli SENZA SEGUTO	n°. 00
Sinistri RISERVATI	n°. 00
Sinistri LIQUIDATI	n°. 00

Sinistri 2021 (30/09/2021)

Sinistri denunciati	n°. 00
Sinistri definiti tra quelli SENZA SEGUTO	n°. 00
Sinistri RISERVATI	n°. 00
Sinistri LIQUIDATI	n°. 00