



AGENZIA NAZIONALE PER LE NUOVE TECNOLOGIE,
L'ENERGIA E LO SVILUPPO ECONOMICO SOSTENIBILE

CIG. N. 8326563129

**CONVENZIONE ASSICURATIVA
INFORTUNI – MALATTIE PROFESSIONALI – VITA**

Riferimento Infortuni 31/12/2020-31/12/2023

Periodo copertura	
Dalle ore 24:00 del:	31/12/2020
Alle ore 24:00 del:	31/12/2023

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI relative al contratto ed alla assicurazione Infortuni, malattie professionali e vita.....	4
<i>Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto di assicurazione</i>	<i>4</i>
<i>Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni e Malattie professionali</i>	<i>4</i>
SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	6
<i>Art. 2.1 – Decorrenza, scadenza, proroga e rinnovo dell'assicurazione</i>	<i>6</i>
<i>Art. 2.2 – Oneri fiscali</i>	<i>6</i>
<i>Art. 2.3 – Pagamento del premio</i>	<i>6</i>
<i>Art. 2.4 – Estensione territoriale</i>	<i>6</i>
<i>Art. 2.5 – Variazioni del rischio</i>	<i>6</i>
<i>Art. 2.6 – Facoltà di recesso</i>	<i>7</i>
<i>Art. 2.7 – Esonero delle comunicazioni.....</i>	<i>7</i>
<i>Art. 2.8 – Buona fede.....</i>	<i>7</i>
<i>Art. 2.9 – Regolazione del premio (ove convenuta)</i>	<i>7</i>
<i>Art. 2.10 – Ispezione cose assicurate</i>	<i>8</i>
<i>Art. 2.11 – Rinuncia al diritto di rivalsa.....</i>	<i>8</i>
<i>Art. 2.12 – Modifica delle condizioni</i>	<i>8</i>
<i>Art. 2.13 – Interpretazione del contratto.....</i>	<i>8</i>
<i>Art. 2.14 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente</i>	<i>8</i>
SEZIONE 3 – RISCHI ASSICURATI E NORME SPECIFICHE CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI.....	8
<i>Art. 3.1 – Persone e Capitali assicurati.....</i>	<i>8</i>
<i>Art. 3.2 – Rischi inclusi</i>	<i>12</i>
<i>Art. 3.3 – Esclusioni.....</i>	<i>13</i>
<i>Art. 3.4 – Rischio volo.....</i>	<i>13</i>
<i>Art. 3.5 – Limitazioni</i>	<i>14</i>
<i>Art. 3.6 – Persone non assicurabili</i>	<i>14</i>
<i>Art. 3.7 – Assicurazione stipulata in base all'ammontare delle retribuzioni</i>	<i>14</i>
<i>Art. 3.8 – Rischio guerra.....</i>	<i>15</i>
<i>Art. 3.9 – Rimpatrio della salma.....</i>	<i>15</i>
<i>Art. 3.10 – Rimborso spese di cura.....</i>	<i>15</i>
<i>Art. 3.11 – Malattie professionali</i>	<i>16</i>
SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE DIRIGENTI VITA	16
<i>Art. 4.1. Persone e capitali assicurati.....</i>	<i>17</i>
<i>Art. 4.2 Criteri di indennizzabilità</i>	<i>17</i>
<i>Art. 4.3 Beneficiario</i>	<i>17</i>
SEZIONE 5 – NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI	17
<i>Art. 5.1 - Denuncia dell'infortunio/Malattia Professionale/Vita Dirigenti ed obblighi relativi.....</i>	<i>17</i>

<i>Art. 5.2 - Criteri di indennizzabilità</i>	<i>17</i>
<i>Art. 5.3 – Onorario periti</i>	<i>19</i>
<i>Art. 5.4 – Regime temporale.....</i>	<i>19</i>
<i>Art. 5.5 – Informazioni sui sinistri</i>	<i>19</i>
SEZIONE 6 – MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO ..	20
<i>Art. 6.1 – Categorie e massimali (pro-capite).....</i>	<i>20</i>
<i>Art. 6.2 – Calcolo del premio</i>	<i>21</i>

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI relative al contratto ed alla assicurazione Infortuni, malattie professionali e vita.

Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto di assicurazione

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato

Compagnia/Società	La Società o Compagnia di Assicurazione che assicura la copertura del rischio
Agenzia /Contraente	Soggetto che stipula l'assicurazione: Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile (ENEA) – le cui attività istituzionali sono regolate dall'art. 37 della Legge 23 luglio 2009, n. 99
Assicurato	Soggetto nell'interesse del quale è prestata la garanzia
Annualità assicurativa	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione
Premio annuo imponibile	Somma, al netto delle sole imposte e tasse, dovuta annualmente dall'Agenzia alla Compagnia a fronte della copertura dei rischi assicurati
Premio annuo finito	Somma, comprensiva di imposte e tasse, dovuta dal contraente alla compagnia a fronte della copertura dei rischi assicurati
Premio annuo provvisorio	Somma dovuta dall'Agenzia a titolo di deposito soggetta a revisione a fine annualità assicurativa sulla base dei dati definitivi oggetto del computo dei premi
Imposte e tasse	Oneri fiscali di legge vigenti alla data e gravanti sul premio imponibile
Comunicazioni	Scambio formale di informazioni fra l'Agenzia e Compagnia effettuate per lettera raccomandata alla quale sono parificati fax, telegrammi, telex, posta elettronica
Sinistro	Verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro
Danno	Conseguenze di un sinistro
Periti	Persone riconosciute professionalmente esperte, per titolo e/o iscrizione negli appositi albi, nei settori di specifica competenza in base alla natura del rischio
Attività	Insieme delle azioni, a carattere scientifico e/o generale, attuate dall'Ente per il conseguimento delle proprie finalità istituzionali e non
Indennizzo o risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di danno
Massimali	Le somme massime che la Società è obbligata contrattualmente a pagare in caso di danno
Limite di risarcimento o di indennizzo	Importo massimo risarcibile
Franchigia	Importo fisso da detrarsi dall'indennizzo
Scoperto	Percentuale di indennizzo che rimane a carico dell'Agenzia

Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni e Malattie professionali

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili

Invalidità permanente	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata
Inabilità temporanea	Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate in polizza
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili
Invalidità permanente da malattia	La perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
Spese di cura a seguito di infortunio	Le spese sostenute per le cure rese necessarie a seguito dell'infortunio subito
Rischio in itinere	Il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione o quello in cui risiede l'assicurato alla sede di lavoro
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura convenzionata o privata in Italia e all'estero regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero e/o all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna e notturna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato
Ospiti	Persone presenti nell'Ente a titolo non occasionale, temporaneo e/o continuativo per lo svolgimento di attività di competenza dell'Ente retribuite e non
Borsisti/Dottorandi	Persone presenti nell'Ente titolari di borse di studio, dottorati di ricerca, assegnati dall'Ente o da altre istituzioni pubbliche o private che svolgono la loro attività in relazione al tema della ricerca di cui ai predetti titoli.
Laureandi	Persone presenti nell'Ente che svolgono la loro attività per la realizzazione della tesi di laurea assegnata dall'Ente o da altre istituzioni tecniche o private
Stagista	Persona presente nell'Ente che svolge corsi di approfondimento
Attività nucleare	Attività che comporta l'esposizione alle radiazioni ionizzanti ed agli effetti della trasmutazione dell'atomo

SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2.1 – Decorrenza, scadenza, proroga e rinnovo dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del **31.12.2020** ed ha scadenza alle ore 24,00 del **31/12/2023**.
La Compagnia si impegna comunque a prorogare l'assicurazione, su richiesta del Contraente, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 180 giorni oltre la scadenza contrattuale, per consentire l'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova assicurazione
In tale ipotesi il premio relativo ai periodi di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura. Alla scadenza, il contratto si intenderà cessato senza obbligo di ulteriori comunicazioni.

Al Contraente competerà comunque il pagamento di eventuali regolazioni maturate sino alla definitiva scadenza della polizza e dell'eventuale proroga.

Alla scadenza, il contratto si intenderà cessato senza obbligo di ulteriori comunicazioni

Art. 2.2 – Oneri fiscali

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

Art. 2.3 – Pagamento del premio

Il Contraente pagherà alla Compagnia:

- la prima rata di premio (annuale 31.12-31.12) **entro 30 giorni dalla decorrenza della garanzia;**
- le rate di premio successive alla prima (annuali 31/12-31/12) **entro 30 giorni dalle rispettive date di scadenza.**
- le appendici di regolazione **entro 30 giorni**, dalla data di consegna dei relativi documenti, ritenuti formalmente corretti, da parte della Società;
- le eventuali appendici di modifica delle condizioni contrattuali in corso di annualità (adeguamenti di legge, etc.) che comportino il versamento di un premio, **entro 30 giorni** dalla data di consegna dei relativi documenti, ritenuti formalmente corretti, da parte della Società.

Qualora ciò non dovesse avvenire, è facoltà della Compagnia richiedere gli interessi di mora ai sensi di legge, rimanendo obbligata a mantenere la copertura assicurativa almeno fino a 60 giorni dalla decorrenza del contratto.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Compagnia prende atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.lgs 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

In caso di mancato pagamento entro il termine di cui sopra, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno e riprende validità dalle ore 24 del giorno del pagamento, salvo concessione facoltativa, previa richiesta per iscritto del Contraente alla Compagnia, del mantenimento della copertura per ulteriori 30 giorni per giustificati motivi.

Art. 2.4 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.5 – Variazioni del rischio

Le variazioni di rischio hanno valenza solo ai fini della determinazione del premio e non sulle condizioni di assicurazione.

La Compagnia, salvo quanto previsto dall'art. 2.6 "Recesso", non può chiedere disdetta alla copertura assicurativa per eventuali variazioni di rischio

Il premio annuo di cui al precedente art. 2.3 non è soggetto ad alcun aggiornamento per tutta la durata di cui all'art. 2.1, salvo la facoltà della Compagnia di chiedere la revisione dei premi vigenti per le singole coperture assicurative qualora, nel corso di validità del contratto si verificano variazioni in aumento nell'entità dei rischi assicurati e/o limiti di indennizzo stabiliti.

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'ENEA e rinuncia al diritto di recesso.

L'Enea ha l'obbligo di dare immediata comunicazione alla compagnia di tali variazioni fornendo tutte le informazioni utili alla valutazione della nuova situazione.

Si conviene inoltre che la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo sarà immediata e la Società rimborserà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte

Art. 2.6 – Facoltà di recesso

Le Parti hanno facoltà di recesso, notificando con lettera raccomandata, la volontà di interruzione del rapporto assicurativo, solo alla scadenza delle singole annualità nell'ambito di vigenza di cui all'art. 2.1, espresso con almeno 120 giorni di anticipo rispetto alle scadenze medesime.

È tuttavia facoltà dell'ENEA entro 60 giorni dal recesso chiedere la proroga della copertura assicurativa fino a completo espletamento delle procedure di aggiudicazione di una nuova gara.

In tal caso la Compagnia si obbliga a prorogare la copertura assicurativa alle condizioni contrattuali ed economiche pro-rata – vigenti, per un periodo massimo di 180 giorni dal recesso.

Art. 2.7 – Esonero delle comunicazioni

L'Assicurato e/o il Contraente è esonerato dalla comunicazione preventiva alla Società dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Assicurato e/o il Contraente deve comunicare l'esistenza di eventuali altre coperture e in tal caso deve comunicare il sinistro a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 2.8 – Buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894, 1898 C.C. l'omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza aggravante il rischio, così come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza o durante il corso della medesima, nonché qualsiasi errore ed omissione non intenzionale od involontario dello stesso, dei suoi amministratori e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, non pregiudicheranno questa assicurazione, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Art. 2.9 – Regolazione del premio (ove convenuta)

Qualora il premio viene convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza 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, senza obbligo di notifica degli stessi da parte del contraente in corso di ogni periodo di riferimento.

A tale scopo **entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo** il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati richiesti dalla stessa, in base ai quali si procederà ad effettuare la regolazione di premio. Tale regolazione potrà essere attiva, passiva o nulla in base alla consistenza effettiva dei parametri utilizzati per la determinazione del premio relativo alle singole garanzie e sulla base dei documenti tenuti dall'Agenzia per l'anno a cui si riferisce la regolazione.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere corrisposte entro 30 giorni dalla comunicazione.

Se il contraente/assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, la Società deve fissare un ulteriore termine non inferiore a giorni 30, dandone comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata, le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della lettera raccomandata. Se il Contraente/Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo di sospensione delle garanzie. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente/Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

Art. 2.10 – Ispezione cose assicurate

La Compagnia ha sempre il diritto di visitare i beni assicurati, la documentazione e quant'altro connesso alle coperture assicurative.

Il Contraente ha l'obbligo di fornire, a richiesta, tutte le indicazioni e le informazioni in suo possesso.

L'esercizio di tale facoltà non comporta, in alcun modo e per alcun motivo, qualsiasi variazione agli impegni e agli obblighi assunti dalla Compagnia per la copertura del rischio assicurato.

Art. 2.11 – Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa verso i terzi responsabili dell'infortunio che le compete per l'art. 1916 Codice Civile.

Art. 2.12 – Modifica delle condizioni

Le eventuali modifiche delle condizioni tutte della presente Convenzione, successive alla sua stipula, devono essere concordate tra le parti e provate per iscritto.

Art. 2.13 – Interpretazione del contratto

Le Parti convengono che in caso di dubbia interpretazione delle presenti norme comuni e delle norme particolari relative ai singoli rischi, verrà data ad esse l'interpretazione più vantaggiosa per l'Agenzia.

Art. 2.14 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni dattiloscritte, valgono unicamente le norme del Codice Civile. Si intendono pertanto abrogate tutte le condizioni di assicurazione eventualmente riportate a stampa. Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto si dichiara competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria del luogo dove ha sede l'Agenzia Contraente.

SEZIONE 3 – RISCHI ASSICURATI E NORME SPECIFICHE CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI.

Art. 3.1 – Persone e Capitali assicurati

CATEGORIA I:	La copertura assicurativa è prestata per l' invalidità permanente, morte, inabilità temporanea, spese di cura a seguito di infortunio per qualsiasi causa e natura avvenuti nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività istituzionali, sia all'interno di strutture dell'Agenzia che presso Terzi, compreso il "Rischio in itinere".
---------------------	--

ASSICURATI:	COMPONENTI DEGLI ORGANI DI INDIRIZZO E DI CONTROLLO (Presidente, Consiglieri d'amministrazione, Revisori dei conti titolari, Revisori dei conti supplenti, Delegato al controllo della Corte dei Conti, Sostituto delegato della Corte dei Conti)	n. 11
GARANZIE		CAPITALI PRO – CAPITE
Invalidità permanente		1.100.000,00
Morte		1.100.000,00
Inabilità temporanea giornaliera (mass. 300 gg)		170,00
Spese di cura da infortunio		5.000,00

CATEGORIA II:	La copertura assicurativa è prestata per malattia professionale, invalidità permanente, morte, inabilità temporanea, spese di cura a seguito di infortunio per qualsiasi causa e natura avvenuti nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività professionali ed extra professionali, compreso il "rischio in itinere"
----------------------	---

ASSICURATI:	DIRIGENTI	n. 8
GARANZIE		CAPITALI PRO-CAPITE
Invalidità permanente		6 multipli della retribuzione annua
Morte		5 multipli della retribuzione annua
Inabilità temporanea giornaliera (mass. 300 gg.)		170,00
Spese di cura da infortunio		5.000,00

CATEGORIA III:	La copertura assicurativa è prestata per la malattia professionale, invalidità permanente, morte, inabilità temporanea, spese di cura a seguito di infortunio per qualsiasi causa e natura avvenuti nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività istituzionali, sia all'interno di strutture dell'Agenzia che presso Terzi, compreso il "rischio in itinere"
-----------------------	---

ASSICURATI:	MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	n. 0
GARANZIE		CAPITALI PRO-CAPITE
Invalidità permanente		800.000,00
Morte		800.000,00
Inabilità temporanea giornaliera (mass. 300gg)		170,00
Spese di cura da infortunio		5.000,00

CATEGORIA IV:	Spese di cura a seguito di infortunio e/o per qualsiasi causa e natura avvenuti nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività istituzionali, sia all'interno di strutture dell'Ente che presso Terzi, con l'estensione del "Rischio in itinere", in paesi con cui non esiste reciprocità delle tutele sanitarie e/o in missione in paesi che ne facciano esplicita richiesta:
----------------------	---

ASSICURATI:	Componenti degli organi di indirizzo e di controllo, dirigenti, dipendenti in missione all'estero in paesi in cui non esiste reciprocità delle tutele sanitarie e/o in missione in paesi che ne facciano esplicita richiesta	numero a regolazione
Spese di cura da infortunio e/o da qualsiasi causa		
Condizioni specifiche	Limite per persona	Limite per annualità assicurativa
Interventi chirurgici e ricoveri senza intervento chirurgico	20.000,00	50.000,00
Prestazioni Specialistiche ed accertamenti diagnostici	1.500,00	5.000,00

Spese farmaceutiche, prestazioni infermieristiche, materiale di cura, cure ospedaliere e mediche (comprese le cure odontoiatriche di prima urgenza)	1.500,00	5.000,00
Trasporto in ospedale e/o rimpatrio	2.000,00	5.000,00

CATEGORIA V	La copertura assicurativa è prestata per invalidità permanente, morte, inabilità temporanea, spese di cura a seguito di infortunio e/o per qualsiasi causa e natura, avvenuti nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività istituzionali, sia all'interno di strutture dell'Ente che presso Terzi, con l'estensione del "Rischio in itinere", in paesi con cui non esiste reciprocità delle tutele sanitarie e/o in missione in paesi che ne facciano esplicita richiesta
--------------------	--

ASSICURATI	1) BORSISTI, OSPITI, STAGISTI, LAUREANDI STRANIERI PROVENIENTI DA PAESI CON CUI NON ESISTE RECIPROCIÀ DELLE TUTELE SANITARIE	numero a regolazione
GARANZIE		CAPITALI PRO-CAPITE
Invalidità permanente		100.000,00
Morte		100.000,00
Spese di cura da infortunio e/o da qualsiasi causa		
Condizioni specifiche		Limite per persona Limite per annualità assicurativa
Interventi chirurgici e ricoveri senza intervento chirurgico		20.000,00 50.000,00
Prestazioni Specialistiche ed accertamenti diagnostici		1.500,00 5.000,00
Spese farmaceutiche, prestazioni infermieristiche, materiale di cura, cure ospedaliere e mediche (comprese le cure odontoiatriche di prima urgenza)		1.500,00 5.000,00
Trasporto in ospedale e/o rimpatrio		2.000,00 5.000,00
ASSICURATI	2) BORSISTI, OSPITI, STAGISTI, DOTTORANDI E LAUREANDI ITALIANI	numero a regolazione
GARANZIE		CAPITALI PRO - CAPITE
Invalidità permanente		100.000,00
Morte		100.000,00
Spese di cura da infortunio e/o da qualsiasi causa		
Condizioni specifiche		Limite per persona Limite per annualità assicurativa
Interventi chirurgici e ricoveri senza intervento chirurgico		20.000,00 50.000,00
Prestazioni Specialistiche ed accertamenti diagnostici		1.500,00 5.000,00
Spese farmaceutiche, prestazioni infermieristiche, materiale di cura, cure ospedaliere e mediche (comprese le cure odontoiatriche di prima urgenza)		1.500,00 5.000,00

Trasporto in ospedale e/o rimpatrio	2.000,00	5.000,00
-------------------------------------	----------	----------

CATEGORIA VI:	La copertura assicurativa è prestata per la invalidità permanente e morte a seguito di malattia derivanti da partecipazione ad attività di tipo nucleare sia all'interno di strutture dell'Agenzia che presso Terzi.
----------------------	--

ASSICURATI:	1) PERSONALE DIPENDENTE IN SERVIZIO ESCLUSI I DIRIGENTI CLASSIFICATO COME PROFESSIONALMENTE ESPOSTO O DI CATEGORIA A	n. 182
GARANZIE		SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
Invalidità permanente e Morte		Valore del capitale attualizzato di una rendita determinata dal D.P.R. 1124/65 e successive modificazioni ed integrazioni e D.Lgs. 38/2000.
ASSICURATI:	2) DIRIGENTI IN SERVIZIO CLASSIFICATI COME PROFESSIONALMENTE ESPOSTO O DI CATEGORIA A	n. 0
GARANZIE		SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
Invalidità permanente		6 multipli della retribuzione annua
Morte		5 multipli della retribuzione annua
ASSICURATI:	3) PERSONALE IN SERVIZIO E NON IN SERVIZIO COMPRESI I DIRIGENTI CHE NEL TRENTENNIO PRECEDENTE È STATO CLASSIFICATO COME PROFESSIONALMENTE ESPOSTO O DI CATEGORIA A	n. 780
CATEGORIA	GARANZIE	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
Dirigenti in servizio e non	Invalidità permanente	6 multipli della retribuzione annua
Dirigenti in servizio e non	Morte	5 multipli della retribuzione annua
Dipendenti in servizio e non	Invalidità permanente e Morte	Valore del capitale attualizzato di una rendita determinata dal D.P.R. 1124/65 e successive modificazioni ed integrazioni e D.Lgs. 38/2000

CATEGORIA VII:	La copertura assicurativa è prestata per invalidità permanente e morte a seguito di infortunio per qualsiasi causa e natura avvenuti nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività istituzionali attinenti all'Agenzia sia all'interno di strutture dell'Agenzia che presso Terzi, <i>(nel caso in cui il grado di invalidità è superiore al 5% e la causa dell'infortunio non viene riconosciuta dall'INAIL)</i>
-----------------------	---

ASSICURATI:	DIPENDENTI NON DIRIGENTI	n. 2560
GARANZIE		SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
Invalidità permanente e Morte		Valore capitale attualizzato di una rendita determinata dal D.P.R. 1124/65 e successive modificazioni ed integrazioni e D. Lgs.38/2000.

Convenzione assicurativa vita Dirigenti	La copertura assicurativa è prestata per la invalidità permanente e morte a seguito di eventi non determinati da infortunio . Sono assicurati i soli Dirigenti dell'Agenzia che a seguito di opzione effettuata hanno scelto tale copertura.
--	---

ASSICURATI	DIRIGENTI	n. 0
GARANZIE		SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
Invalidità permanente e morte – dirigente senza carichi di famiglia		150.000,00
Invalidità permanente e morte – dirigente con carichi di famiglia		220.000,00

CATEGORIA VIII	La copertura assicurativa è prestata per invalidità permanente, morte, inabilità temporanea, spese di cura a seguito di infortunio e/o per qualsiasi causa e natura, avvenuti nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività istituzionali, sia all'interno di strutture dell'Ente che presso Terzi, con l'estensione del "rischio in itinere", in paesi con cui non esiste reciprocità delle tutele sanitarie e/o in missione in paesi che ne facciano esplicita richiesta
-----------------------	--

ASSICURATI	EX DIPENDENTI IN QUIESCENZA TITOLARI DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE A TITOLO GRATUITO	n. 15
GARANZIE		CAPITALI PRO - CAPITE
Invalidità permanente		100.000,00
Morte		100.000,00
Spese di cura da infortunio e/o da qualsiasi causa		
Condizioni specifiche	Limite per persona	Limite per annualità assicurativa
Interventi chirurgici e ricoveri senza intervento chirurgico	20.000,00	50.000,00
Prestazioni Specialistiche ed accertamenti diagnostici	1.500,00	5.000,00
Spese farmaceutiche, prestazioni infermieristiche, materiale di cura, cure ospedaliere e mediche (comprese le cure odontoiatriche di prima urgenza)	1.500,00	5.000,00
Trasporto in ospedale e/o rimpatrio	2.000,00	5.000,00

Art. 3.2 – Rischi inclusi

L'assicurazione vale per gli infortuni, così come definiti all'art. 1.2 della presente polizza, occorsi alle categorie di assicurati di cui all'art. 3.1, (numero degli assicurati, somme assicurate) alle condizioni tutte della presente polizza.

Sono considerati infortuni:

- l'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze in genere;
- le infezioni od avvelenamenti da morsi o punture in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;

- g) i colpi di sole, di calore o di freddo;
- h) le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi e ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- i) gli infortuni derivanti dal manifestarsi di eventi naturali compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane valanghe e slavine;
- j) le malattie tropicali;
- k) quelli occorsi durante il periodo di tempo della missione (per le intere 24 ore) o quello per gli spostamenti di servizio;
- l) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari, ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- m) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di Convenzione;
- n) a solo titolo di invalidità permanente, e come indennità aggiuntiva, le menomazioni estetiche al viso che, a seguito di incidente risarcibile, determinino deturpazioni e/o sfregi permanenti;

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- Infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta di fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;

In via esemplificativa si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti all'Assicurato:

- a) dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di sports aerei in genere e paracadutismo;
- b) per scariche elettriche o contatto con corrosivi;
- c) durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- d) durante scalate di rocce ed accesso a ghiacciai fino al 3° grado nonché oltre, purché non in solitaria;
- e) per imprudenze, negligenze o colpa grave; in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- f) in occasione di trasferimenti per servizio e/o missione, su mezzi aerei, terrestri (ferroviari o automobilistici anche di proprietà privata) o marittimi;
- g) a seguito di azioni di dirottamento o di pirateria aerea;
- h) a seguito dell'attività subacquea svolta per motivi di lavoro da dipendenti, borsisti e/o laureandi;
- i) per gli eventi non coperti dall'INAIL quali (a titolo esemplificativo e non limitativo): rischio in itinere, infortunio durante una missione o in permesso di servizio ecc..

Art. 3.3 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- per eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
- durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 3.4 – Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante viaggi aerei, turistici o di trasferimento, effettuati come passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Compagnia di Assicurazione/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereo clubs.

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile fino al momento nel quale ne è disceso.

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

Euro 800.000,00= per il caso di morte

Euro 800.000,00= per il caso di invalidità permanente.

La somma delle garanzie da questa previste e di eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi assicurati per il "rischio volo" in abbinamento a polizze infortuni comuni cumulative, fermo restando il capitale per persona di cui sopra, non potrà superare, complessivamente per aeromobile, i capitali di:

Euro 10.000.000,00= per il caso di morte

Euro 10.000.000,00= per il caso di invalidità permanente totale.

Detta limitazione per aeromobile rientra nei capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni cumulative stipulate dalla stessa Contraente.

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

Art. 3.5 – Limitazioni

La copertura assicurativa è prestata con le seguenti limitazioni:

- nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità giornaliera come al successivo capoverso del presente articolo per il periodo di ricovero in Istituto di cura e un'indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 20% (venti per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta una indennità per ogni giorno di ricovero pari a 1/1000 della somma assicurata con il limite giornaliero di € 150,00 e per un periodo massimo di 360 giorni;
- la garanzia non è operante qualora l'infortunio sia indennizzato ai sensi della legge sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro;
- la permanenza in garanzia cessa al momento della risoluzione del rapporto di lavoro come dipendente o come incarico ricevuto, fa eccezione quanto riportato nel successivo art. 3.6;
- agli effetti del punto i) dell'Art. 3.2, l'indennità massima per evento è pari a €. 1.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone assicurate;
- agli effetti dell'art 3.2 lettera n) l'indennizzo massimo è di €. 5.000,00 per sinistro.

Art. 3.6 – Persone non assicurabili

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli assicurati, indipendentemente dalle loro condizioni anormali di salute e/o da pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'Art. 4.2 Criteri di indennizzabilità.

Per il personale "professionalmente esposto e/o di categoria A", l'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 75 anni;

Per il personale in regime di rapporto di lavoro, l'assicurazione non vale per le persone di età superiore al 67° anno di età;

Per quelle che raggiungono tale limite di età, l'assicurazione cessa dalla prima scadenza annuale del premio, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti successivamente, premi che, in tal caso, verranno restituiti.

Art. 3.7 – Assicurazione stipulata in base all'ammontare delle retribuzioni

Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto al lordo delle ritenute che il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni.

Per liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua lorda quella percepita dall'Assicurato nei dodici mesi precedenti a quello della data del sinistro.

L'Agenzia è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri dell'amministrazione dell'Agenzia, libri che questa si impegna ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Compagnia di Assicurazione di fare accertamenti e controlli.

Art. 3.8 – Rischio guerra

L'assicurazione si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di giorni 14 dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Limitatamente al rischio volo previsto nella presente polizza, l'assicurazione si intende estesa agli eventi conseguenti a rischio guerra con esclusione di sorvoli o soste nei Paesi in stato di guerra.

Art. 3.9 – Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero a seguito di evento indennizzabile la Compagnia di Assicurazione rimborsa agli eredi, le spese sostenute per il trasporto della salma in ospedale e/o per il rientro in patria, entro il limite massimo di Euro 7.000,00=.

Art. 3.10 – Rimborso spese di cura

a) Relativamente a **tutte le Categorie** ad eccezione della categoria VI:

La Società rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, le spese di cura sostenute fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato nella Tabella 1).

Per spese di cura si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie;
- le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze dei danni estetici provocati dall'infortunio nei limiti del massimale assicurato.

Limiti di indennizzo

Tabella 1) Limiti di indennizzo relativi alle **spese di cura** valide per tutte le categorie salvo la **categoria VI**)

Condizioni specifiche	Limite per persona	Limite per annualità assicurativa
Interventi chirurgici e ricoveri senza intervento chirurgico	100.000,00	300.000,00
Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio	10.000,00	50.000,00
Prestazioni farmaceutiche, infermieristiche e spese fisioterapeutiche	3.000,00	10.000,00
Prestazioni odontoiatriche di base	3.000,00	5.000,00
Spese per il trasporto all'Istituto di cura o all'ambulatorio	5.000,00	15.000,00

b) Relativamente alla **Categoria IV** (Componenti degli organi di indirizzo e di controllo, dirigenti, dipendenti in missione all'estero) e **V**:

La garanzia è operante esclusivamente per coloro per i quali l'Agenzia presenta esplicita richiesta di rimborso alla Compagnia di Assicurazione.

La garanzia si riferisce al rimborso delle spese di cura praticate presso ambulatori od i "punti di primo soccorso" degli Istituti di Cura o a domicilio, limitatamente alle cure necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini della presente Convenzione assicurativa, o dall'insorgere di una malattia improvvisa, o da malattia tale da non consentire o da non risultare conveniente per l'Agenzia il rientro in Italia dell'Assicurato nel caso si tratti di personale di cui alla Categoria IV.

I limiti di indennizzo sono rappresentati in Tabella 2).

Tabella 2) Limiti di indennizzo relativi alle spese di cura valida per la **categoria IV e V**

Condizioni specifiche	Limite per persona	Limite per annualità assicurativa
Interventi chirurgici e ricoveri senza intervento chirurgico	20.000,00	50.000,00
Prestazioni Specialistiche ed accertamenti diagnostici	1.500,00	5.000,00
Spese farmaceutiche, prestazioni infermieristiche, materiale di cura, cure ospedaliere e mediche (comprese le cure odontoiatriche di prima urgenza)	1.500,00	5.000,00
Trasporto in ospedale e/o rimpatrio	2.000,00	5.000,00

Per quanto attiene i borsisti, stagisti, ospiti e laureandi stranieri il pagamento viene effettuato a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi in originale.

Art. 3.11 – Malattie professionali

a) Relativamente alla **Categoria II** (Dirigenti) e **III** (Medici Specialisti ambulatoriali), si conviene quanto segue:

1) l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro;

b) Relativamente alla **Categoria VI**, e a parziale deroga di quanto previsto all'ultimo cpv dell'Art. 3.3, si conviene quanto segue:

1) La garanzia viene prestata agli Assicurati aventi diritto, per gli esiti di invalidità permanente o morte conseguenti a malattie derivanti da partecipazione ad attività di tipo nucleare;

2) Per partecipazione ad attività nucleare si intende esposizione alle radiazioni ionizzanti ed agli effetti della trasmutazione dell'atomo: ossia quelli classificati professionalmente esposti o di categoria A ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 230/95 e s.m.i.;

3) La copertura assicurativa viene prestata a tutto il personale che nel trentennio precedente è stato classificato come personale professionalmente esposto o di categoria A anche se nel frattempo dovesse aver cambiato la propria attività lavorativa o non fosse più alle dipendenze dell'Ente;

4) Le parti concordano che la data del sinistro si identifica esclusivamente con il giorno in cui la malattia è stata formalmente diagnosticata per la prima volta;

5) I capitali assicurati pro capite sono quelli individuati all'Art. 3.1.;

6) per malattie conseguenti ad attività di tipo nucleare sono da ritenersi, a tutti gli effetti ed in via presuntiva assoluta le seguenti:

- Tumori maligni dell'osso (per i rischi di contaminazione interna da radionuclidi osteotropi)
- Tumori maligni della tiroide
- Tumori maligni della mammella femminile
- Tumori maligni dei bronchi e dei polmoni (per rischi di inalazione di radionuclidi)
- Leucemie (esclusa la leucemia linfatica cronica)
- Linfomi maligni non Hodgkin
- Mieloma multiplo
- Tumori maligni dell'esofago, dello stomaco, del colon-retto
- Tumori maligni del fegato e delle vie biliari
- Tumori maligni del rene e della vescica
- Tumori maligni della cute, escluso il melanoma, insorti da pregressa radiodermite acuta o cronica

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE DIRIGENTI VITA

La presente garanzia è prestata, agli Assicurati aventi diritto, **per morte e invalidità totale e permanente che determini la risoluzione del rapporto d'impiego** nei confronti del proprio personale direttivo; per eventi di qualsiasi natura e causa, ai sensi e con i limiti stabiliti dall'art.12 comma 4 del CCNL dirigenti industriali del 16.5.1985 e con le modificazioni intervenute nel rinnovo del CCNL Dirigenti Industria del 25 novembre 2009.

Art. 4.1. Persone e capitali assicurati

Agli effetti della presente copertura sono assicurati i **solli Dirigenti dell'Agenzia** che a seguito di opzione effettuata hanno scelto tale copertura.

L'Agenzia si riserva il diritto all'ingresso immediato in assicurazione di eventuali Dirigenti presenti o futuri su specifica richiesta dei medesimi.

Alla data di effetto della presente convenzione non ha aderito alcun Dirigente.

L'Agenzia fornirà di volta in volta l'elenco dei Dirigenti da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi : cognome e nome-sesso- data di nascita- stato di famiglia.

		GARANZIE
Morte ed Invalidità permanente	Dirigente senza carichi familiari	150.000,00
	Dirigente con familiari	220.000,00

Art. 4.2 Criteri di indennizzabilità

Si dà e si prende atto che valgono le medesime condizioni di cui alla sezione 4.

Art. 4.3 Beneficiario

La designazione del beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Compagnia di Assicurazione o contenute in un valido testamento.

In mancanza di designazione specifica, i beneficiari della presente copertura assicurativa si intendono gli eredi legittimi e/o testamentari.

In caso di Invalidità Totale e Permanente il beneficiario sarà l'Assicurato stesso.

SEZIONE 5 – NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

Art. 5.1 - Denuncia dell'infortunio/Malattia Professionale/Vita Dirigenti ed obblighi relativi

A parziale deroga ed integrazione di quanto previsto nelle Condizioni Generali di assicurazione, la denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, deve essere fatta per iscritto alla Compagnia di Assicurazione, entro 30 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui l'Ufficio preposto alla gestione ne è venuto a conoscenza, ovvero dal giorno in cui ne ha avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, sino a guarigione avvenuta, tutti i certificati medici rilasciati sul decorso delle lesioni.

Per quanto concerne i sinistri indennizzabili dall'INAIL sia per infortunio che per malattia professionale, la denuncia del sinistro deve essere inoltrata alla Compagnia solo dopo il pronunciamento negativo e definitivo di tale Istituto. Solo a far luogo dalla data del pronunciamento negativo e definitivo INAIL entrerà in vigore la obbligatorietà della interruzione dei termini prescrittivi secondo la norma di legge di riferimento.

Pertanto la Compagnia non potrà eccepire la tardività della denuncia o qualsivoglia prescrizione decorrente anteriormente al suddetto pronunciamento Inail.

Art. 5.2 - Criteri di indennizzabilità

La Compagnia di Assicurazione corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive del sinistro che risulti risarcibile a termini di Convenzione, indipendentemente da malattie o difetti fisici preesistenti o sopravvenuti.

Il decesso dell'Assicurato intervenuto nelle more del riconoscimento di invalidità comporta, ipso-facto, la decadenza della procedura di riconoscimento di invalidità e l'automatico riconoscimento dello stato di morte. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dal sinistro come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE - BENEFICIARI

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia di Assicurazione liquida la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno del sinistro ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza, fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

b) MORTE PRESUNTA

In caso di dichiarazione formale di morte presunta, la Compagnia di Assicurazione liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Cod. Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Compagnia di Assicurazione ha pagato l'indennizzo, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Compagnia di Assicurazione avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente stabilita.

c) INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia di Assicurazione liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per l'invalidità permanente. La valutazione del grado di percentuale di invalidità permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 e successive sue eventuali modificazioni e del D.lg. 23/02/2000 n.38, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati in polizza per il caso di invalidità permanente.

Qualora l'invalidità superi il 50% del totale, l'indennizzo liquidato sarà pari al 100%

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti in uno stesso sinistro, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dalla suddetta tabella di legge per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il diritto alla indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dal sinistro dopo che la Indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Per la sola **categoria VII** "personale dipendente in servizio": l'indennizzo verrà corrisposto solo se il grado di invalidità sarà superiore al 5%; in tal caso si procederà al risarcimento totale del danno senza applicazione di alcuna franchigia

d) LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia di Assicurazione liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione all'Assicurato e, avuta notizia dell'accettazione, dà comunicazione al Contraente e provvede al pagamento entro 15 giorni. Decorso tale termine sono dovuti, a favore degli aventi diritto, gli interessi moratori secondo i valori di legge.

L'indennità verrà corrisposta in Italia ed in valuta italiana.

e) CONTROVERSIE

In caso di divergenze di qualsiasi natura, le Parti concordano di ricorrere ad un collegio arbitrale la cui composizione dipende dalla natura della controversia

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei giudici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

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

Art. 5.3 – Onorario periti

La Compagnia rimborserà all'Assicurato l'importo da questi pagato in conseguenza di sinistri risarcibili ai sensi della presente polizza, per onorari del perito di parte e per la quota parte relativa al terzo perito in caso di perizia collegiale, sino alla concorrenza dell'importo di € 50.000,00. Qualora la somma dovuta superi detto massimale, le rimanenti spese vengono ripartite, in pari proporzione, fra Compagnia e ENEA.

Art. 5.4 – Regime temporale

Le garanzie assicurative relative al presente contratto hanno efficacia e si considerano operanti a condizione che il sinistro si sia verificato durante il periodo di efficacia del contratto stesso.

Art. 5.5 – Informazioni sui sinistri

La Società si obbliga a fornire al Contraente:

- **dopo ogni denuncia di sinistro**, il numero di posizione assegnata, l'ispettorato sinistri competente e il nome del Perito liquidatore;
- **al termine di ogni annualità**, una documentazione riepilogativa dei sinistri, indicando :
 - i sinistri complessivamente denunciati (numero)
 - i sinistri liquidati (numero ed importi liquidati)
 - i sinistri riservati (numero ed importi riservati)
 - i sinistri respinti e/o senza seguito (numero e motivazioni).

Tutti i sinistri, elencati progressivamente, dovranno riportare la data di apertura della pratica da parte della Società, il relativo numero, la data di accadimento dell'evento, la data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o per motivo diverso.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita all'Agenzia Contraente entro il 90° giorno successivo alla scadenza del periodo assicurativo di riferimento anche mediante supporto informatico utilizzabile per le dovute elaborazioni statistiche. (possibilmente su foglio elettronico tipo excel).

Fermi restando gli obblighi suddetti per la Società, è facoltà del Contraente richiedere ed ottenere ulteriori aggiornamenti, con le stesse modalità di cui sopra, anche durante il periodo assicurativo e con preavviso di 15 giorni. Gli obblighi a fornire i dati relativi all'andamento tecnico del rischio, permane in capo alla Società anche oltre la scadenza contrattuale e fino a quando tutti i sinistri denunciati sul contratto non sono stati definiti.

SEZIONE 6 – MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 6.1 – Categorie e massimali (pro-capite)

Categoria	Assicurati	Invalidità Permanente	Morte	Spese di cura malattia	Inabilità temporanea giornaliera	Spese di cura da infortunio
I	Componenti degli organi di indirizzo e controllo	1.100.000,00		---	170,00	5.000,00
II	Dirigenti	6 multipli retribuzione annua	5 multipli retribuzione annua	---	170,00	5.000,00
(*)	Vita Dirigenti a seguito di eventi non determinati da infortunio (<i>senza carichi di famiglia</i>)	150.000,00		---	---	
(*)	Vita Dirigenti a seguito di eventi non determinati da infortunio (<i>con carichi di famiglia</i>)	220.000,00		---	---	
III	Medici Specialisti Ambulatoriali	800.000,00		---	170,00	5.000,00
IV	Componenti degli organi di indirizzo e controllo, dirigenti e dipendenti in missione all'estero	---	---	tab. 2 art. 3.10 b	---	tab. 1 art. 3.10 a
V.1)	Borsisti, stagisti etc. stranieri	100.000,00		tab. 2 art. 3.10 b	---	tab. 1 art. 3.10 a
V.2)	Borsisti, stagisti etc. italiani	100.000,00		tab. 2 art. 3.10 b	---	tab. 1 art. 3.10 a
VI.1)	Dipendenti in servizio (esclusi i dirigenti) professionalmente esposti al rischio nucleare	Valore capitale attualizzato di una rendita determinata dal D.P.R. 1124/65 e s. m. e i. e D.L. 38/2000		---	---	---
VI.2)	Dirigenti in servizio professionalmente esposti al rischio nucleare	6 multipli retribuzione annua	5 multipli retribuzione annua	---	---	---
VI.3)	Dirigenti in servizio e non in servizio professionalmente esposti nei 30 anni precedenti	6 multipli retribuzione annua	5 multipli retribuzione annua	---	---	---
VI.3)	Dipendenti in servizio e non in servizio professionalmente esposti nei 30 anni precedenti	Valore capitale attualizzato di una rendita determinata dal D.P.R. 1124/65 e s. m. e i. e D.L. 38/2000		---	---	---
VII	Dipendenti non dirigenti	Valore capitale attualizzato di una rendita determinata dal D.P.R. 1124/65 e s. m. e i. e D.L. 38/2000		---	---	tab. 1 art. 3.10 a
VIII	Titolari di incarichi di collaborazione a titolo gratuito	100.000,00		tab. 2 art. 3.10 b	---	tab. 1 art. 3.10 a

(*) Sono assicurati i soli **Dirigenti dell'Agenzia** che a seguito di opzione effettuata hanno scelto tale copertura.

Art. 6.2 – Calcolo del premio

Il premio anticipato dalla Contraente viene così calcolato:

Categoria I: ORGANI DI INDIRIZZO E DI CONTROLLO

ASSICURATI: Presidente, Consiglieri di amministrazione, Revisori dei conti titolari, Revisori dei conti supplenti, Delegato al controllo della Corte dei Conti; Sostituto delegato.

Il premio annuo lordo è conteggiato sulla base di Euro/persona assicurata. Il numero degli Assicurati all'atto dell'emissione della presente copertura assicurativa è **11**, pertanto lo sviluppo del premio è il seguente:

Tipologia	Importo (Euro)
Premio annuo imponibile	
Tasse (2,50%)	
Premio annuo lordo	

Categoria II: DIRIGENTI

Il premio annuo imponibile viene determinato applicando un tasso pro-mille che verrà conteggiato sulla retribuzione complessivamente erogata a tutti i Dirigenti.

Il valore delle retribuzioni annua dei Dirigenti per l'anno 2019 è stato: **Euro 1.036.389,48**

Pertanto lo sviluppo del premio è il seguente:

Tipologia	Tasso ‰	Importi (Euro)
Premio annuo imponibile per rischi professionali ed extraprofessionali		
Tasse	2,50%	
Totale premio annuo provvisorio		

Vita dirigenti (non dipendente da infortunio)

Il premio annuo imponibile viene determinato applicando un tasso pro-mille che verrà conteggiato sulla retribuzione complessivamente erogata a tutti i Dirigenti che aderiranno alla specifica copertura.

Nel 2019 nessun dirigente ha aderito.

Il valore delle retribuzioni annua dei Dirigenti per l'anno 2019 è stato: **Euro 1.036.389,48**

Pertanto lo sviluppo del premio è il seguente:

Tipologia	Tasso ‰	Importi (Euro)
Premio annuo imponibile per morte e invalidità totale e permanente per eventi di qualsiasi natura e causa		
Tasse	2,50%	
Totale premio annuo lordo		

Categoria III: MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

Il premio annuo lordo è conteggiato sulla base Euro .../persona assicurata.

Il numero degli Assicurati all'atto dell'emissione della presente copertura assicurativa è: **0**, pertanto lo sviluppo del premio è il seguente:

Tipologia	premio annuo lordo per persona	Importi (Euro)
Premio annuo imponibile a titolo di deposito soggetto a regolazione sulla base delle attivazioni di copertura effettuate nel corso dell'annualità assicurativa		
Tasse	2.50%	
Premio annuo lordo		

Categoria IV: ORGANI DI INDIRIZZO E DI CONTROLLO E PERSONALE DIPENDENTE IN MISSIONE ALL'ESTERO

Componenti degli organi di indirizzo e di controllo, Dirigenti, Dipendenti in missione all'estero in paesi con cui non esiste reciprocità delle tutele sanitarie e/o in missione in paesi che ne facciano esplicita richiesta.

Il premio annuo lordo è conteggiato sulla base di € [.....]/persona assicurata.

Si prevede che tale copertura possa essere attivata per **50** persone per un periodo medio di 3 mesi, pertanto lo sviluppo del premio è il seguente:

Tipologia	premio annuo lordo per persona	Importi (Euro)
Premio annuo imponibile a titolo di deposito soggetto a regolazione sulla base delle attivazioni di copertura effettuate nel corso dell'annualità assicurativa		
Tasse	2.50%	
Premio annuo lordo		

Categoria V: PERSONALE NON DIPENDENTE

1) borsisti, ospiti, stagisti, laureandi provenienti da paesi con cui non esiste reciprocità delle tutele sanitarie; Il premio annuo lordo è conteggiato sulla base di € [...]/persona assicurata

Il numero degli Assicurati all'atto dell'emissione della presente copertura assicurativa è: **50**, pertanto lo sviluppo del premio è il seguente:

Tipologia	premio annuo lordo per persona	Importi (Euro)
Premio annuo imponibile a titolo di deposito soggetto a regolazione sulla base delle attivazioni di copertura effettuate nel corso dell'annualità assicurativa		
Tasse	2.50%	
Premio annuo lordo		

2) borsisti, ospiti, stagisti, laureandi italiani;

Il premio annuo lordo è conteggiato sulla base di € [.] /persona assicurata

Il numero degli Assicurati all'atto dell'emissione della presente copertura assicurativa è: **13**, pertanto lo sviluppo del premio è il seguente:

Tipologia	premio annuo lordo per persona	Importi (Euro)
Premio annuo imponibile a titolo di deposito soggetto a regolazione sulla base delle attivazioni di copertura effettuate nel corso dell'annualità assicurativa		
Tasse	2.50%	
Premio annuo lordo		

Categoria VI: PERSONALE PROFESSIONALMENTE ESPOSTO

VI.1) *Personale dipendente in servizio esclusi i Dirigenti*

Il premio annuo imponibile viene determinato applicando un tasso annuo imponibile per ogni Dipendente in servizio, esclusi i Dirigenti, addetto ad attività per le quali lo stesso è esposto a fonti di radioattività ed agli effetti della trasmutazione dell'atomo: ossia classificato "professionalmente esposto o di categoria A" ai sensi dell'Art. 6 del D. lgs. 230/95 e s.m.i.

Il numero del personale esposto e ancora in servizio è: **182**.

VI.2) *Dirigenti in servizio*

Il premio annuo imponibile viene determinato applicando un tasso annuo imponibile per ogni Dirigente in servizio addetto ad attività per le quali lo stesso è esposto a fonti di radioattività ed agli effetti della trasmutazione dell'atomo: ossia classificato "professionalmente esposto o di categoria A" ai sensi dell'Art. 6 del D. lgs. 230/95 e s.m.i..

Il numero dei Dirigenti esposto e ancora in servizio è: **0**.

VI.3) *Personale Professionalmente esposto nel trentennio precedente in servizio e non compresi i Dirigenti*

Il premio annuo imponibile viene determinato applicando un premio unico complessivo.

Dipendenti e Dirigenti in servizio non più esposti e Dipendenti e Dirigenti **fino al limite di 75 anni di età non più in servizio** che sono stati esposti.

Il numero totale di tale personale è circa: **780**

Pertanto lo sviluppo del premio è il seguente:

Tipologia	Quota fissa per assicurato	Importi (Euro)
VI1) Personale dipendente in servizio esclusi i Dirigenti		
VI2) Dirigenti in servizio		
VI3) Personale, compreso i Dirigenti, "professionalmente esposto e/o di categoria A nel trentennio precedente" in servizio e non	Premio forfetario	
Totale premio annuo imponibile		
Tasse	2,50%	
Totale premio annuo lordo		

Categoria VII: PERSONALE DIPENDENTE NON DIRIGENTE E ASSEGNISTI

ASSICURATI: Dipendenti dell'Ente, con esclusione dei Dirigenti, in attività.

Il premio annuo lordo è conteggiato sulla base Euro/persona assicurata.

Il numero degli Assicurati all'atto dell'emissione della presente copertura assicurativa è: **2.637**, pertanto lo sviluppo del premio è il seguente:

Tipologia	premio annuo lordo per persona	Importo (Euro)
Premio annuo imponibile		
Tasse	2,50%	
Premio annuo lordo		

Rimane convenuto tra le parti che la regolazione premio da effettuarsi a norma dell'art. 2.9, Sezione 2 della presente polizza, verrà calcolato sulla base dei tassi finiti espressi nel presente articolo.

Categoria VIII: EX-DIPENDENTI TITOLARI DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE A TITOLO GRATUITO

Il premio annuo lordo è conteggiato sulla base di Euro/persona assicurata

Il numero degli Assicurati all'atto dell'emissione della presente copertura assicurativa è: **10**, pertanto lo sviluppo del premio è il seguente:

Tipologia	premio annuo lordo per persona	Importo (Euro)
Premio annuo imponibile		
Tasse (2,50%)	2,50%	
Premio annuo lordo		