

LOTTO 6 - CAPITOLATO DI POLIZZA INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra il Contraente

Consorzio di bonifica Est Ticino Villoresi
Via Lodovico Ariosto, 30
20145 Milano
P.IVA 05203430961

e

<u>Società Assicuratrice</u>

Durata della polizza

Dalle ore 24.00 del :	31.12.2017
Alle ore 24.00 del :	31.12.2020

Con scadenze dei periodi di assicurazione

successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	31.12
------------------------	-------

Il presente contratto non è soggetto a tacito rinnovo ai sensi dell'art. 23 della Legge 62/2005

INDICE

SEZIONE 1	DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'	3
ART. 1 – DEFINIZIONI.....		3
ART. 2 – IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI.....		4
SEZIONE 2	NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	5
ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO		5
ART. 2 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI		5
ART. 3 - DURATA, PROROGA DEL CONTRATTO, DISDETTA		5
ART. 4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA.....		6
ART. 5 – REGOLAZIONE DEL PREMIO		6
ART. 6 – TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO		7
ART. 7 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO		7
ART. 8 -MODIFICHE DELL' ASSICURAZIONE.....		7
ART. 9 -FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ		7
ART. 10 - ONERI FISCALI		7
ART. 11 - FORO COMPETENTE.....		7
ART. 12 -INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO.....		7
ART. 13 - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL' ANDAMENTO DEI RISCHI		7
ART. 14 - COASSICURAZIONE E DELEGA		8
ART. 15 – GESTIONE DELLA POLIZZA		8
ART. 16 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE		8
ART. 17 - TRATTAMENTO DEI DATI.....		9
ART. 18 - TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI.....		9
SEZIONE 3	RISCHI COPERTI/GARANZIE PRESTATE.....	10
ART.1 – OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE		10
ART. 2 – RIMBORSO SPESE MEDICHE.....		10
ART. 3 – DIARIA PER RICOVERO		11
ART. 4 – DANNI ESTETICI.....		11
ART. 5 – RISCHIO AERONAUTICO		11
ART. 6 – RISCHIO GUERRA.....		11
ART. 7 - RIENTRO SANITARIO.....		12
ART. 8 - RIMPATRIO SALMA.....		12
ART. 9 – INDENNITÀ GIORNALIERA DA INGESSATURA.....		12
SEZIONE 4	ESCLUSIONI	13
ART. 1 – ESCLUSIONI.....		13
ART. 2 – PERSONE ESCLUSE DALL' ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI		13
SEZIONE 5	GESTIONE DEI SINISTRI.....	14
ART. 1 – DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI		14
ART. 2 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ		14
ART. 3 – FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE.....		16
ART. 4 – CONTROVERSIE.....		16
ART. 5 – ANTICIPAZIONE INDENNIZZO		17
ART. 6 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ		17
ART. 7 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI SURROGA.....		17
SEZIONE 6 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO.....		18
ART. 1 – SOMME ASSICURATE.....		18
1) DIRIGENTI		18
2) IMPIEGATI CON MANSIONI AMMINISTRATIVE.....		18
3) IMPIEGATI ANCHE CON MANSIONI ESTERNE, COMM/TECNICHE.....		18
4) OPERAI.....		19
CALCOLO DEL PREMIO		20
ART. 2 – CALCOLO DEL PREMIO E MODALITÀ DI APPLICAZIONE DELLA REGOLAZIONE.....		20
ART. 3 – DISPOSIZIONE FINALE.....		20

SEZIONE 1-DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

ART. 1 – DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

<u>ASSICURAZIONE:</u>	Il contratto di assicurazione
<u>POLIZZA:</u>	Il documento che prova l'assicurazione;
<u>CONTRAENTE:</u>	Il soggetto che stipula l'assicurazione, riportato nel frontespizio della presente polizza.
<u>ASSICURATO:</u>	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
<u>BENEFICIARIO:</u>	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
<u>SOCIETÀ:</u>	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
<u>BROKER:</u>	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione
<u>PREMIO:</u>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<u>RISCHIO:</u>	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
<u>SINISTRO:</u>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<u>INDENNIZZO:</u>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<u>FRANCHIGIA:</u>	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
<u>SCOPERTO:</u>	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
<u>ANNUALITÀ ASSICURATIVA O PERIODO ASSICURATIVO:</u>	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
<u>INFORTUNIO:</u>	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.
<u>INVALIDITÀ PERMANENTE:</u>	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
<u>INABILITÀ TEMPORANEA:</u>	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
<u>ISTITUTO DI CURA:</u>	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
<u>MALATTIA:</u>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
<u>RICOVERO:</u>	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
<u>MASSIMALE PER SINISTRO</u>	la massima esposizione della Società per sinistro.

ART. 2 – IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

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 Italia o all'estero e che siano:

- Professionali ovvero subiti durante la partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso:
- Extraprofessionali ovvero subiti nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby e in generale qualsiasi manifestazione della vita quotidiana.

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

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

SEZIONE 2-NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

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

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

ART. 2 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per gli stessi enti oggetto del presente contratto esistano altre coperture, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi. La Società rinuncia fin d'ora alla facoltà concessale dal disposto dell'art.1910 del Codice Civile.

Si esonera il Contraente e gli Assicurati dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se richiesto dalla Società.

ART. 3 - DURATA, PROROGA DEL CONTRATTO, DISDETTA

La presente polizza ha durata dalle ore 24.00 del 31.12.2017 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2020; a tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

E' comunque facoltà della Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni.

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

E' comunque nella facoltà delle Parti di rescindere la presente assicurazione al termine di ogni periodo assicurativo mediante disdetta da inviare, tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 120 (centoventi) giorni prima della scadenza annuale.

ART. 4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del primo premio potrà essere effettuato dalla Contraente entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza del contratto. Le rate di premio successive devono essere pagate entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza della rata successiva.

Il premio alla firma verrà corrisposto per il periodo dal 31.12.2017 al 31.12.2018 e le rate successive avranno frazionamento annuale con decorrenza 31.12.2018.

Se la Contraente non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

ART. 5 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

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 (sessanta) giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Per l'identificazione della data del pagamento farà fede la data in cui il Comune conferisce tale ordine alla Tesoreria.

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 – 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. 7 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Non si applica alla presente polizza.

ART. 8 -MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche delle polizze debbono essere provate per iscritto.

ART. 9 -FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; si prende atto che è riconosciuta piena validità alle comunicazioni pervenute tramite raccomandata, mezzo fax, mezzo posta elettronica, posta elettronica certificata o altro mezzo idoneo.

Anche le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 10 - ONERI FISCALI

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi ai premi, 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. 11 - FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, a scelta della Contraente, il Foro ove ha sede la stessa oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.lgs 28/2010 ss.mm. e ii..

ART. 12 -INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni previste in polizza.

ART. 13 - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEI RISCHI

La Società si obbliga a fornire alla Contraente, entro trenta giorni da ogni scadenza annuale, il dettaglio di tutti i sinistri denunciati così impostato:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo riservato);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato, indicando anche l'importo posto inizialmente a riserva);
- sinistri senza seguito;
- sinistri respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

ART. 14 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta relativa alla presente assicurazione, resta inteso che in caso di sinistro la Società Delegataria (in appresso Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società Coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale; la Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

Sempre nel caso in cui l'Assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente polizza, le Società Coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società Coassicuratrici.

ART. 15 – GESTIONE DELLA POLIZZA

Alla Società Aon S.p.a è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii.

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

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

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

ART. 16 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 17 - TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del DLgs 196/03 le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

ART. 18 - TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 e ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

SEZIONE 3-RISCHI COPERTI/GARANZIE PRESTATE

ART.1 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni subito dall'Assicurato, compreso il rischio in itinere, che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
3. contatto con corrosivi;
4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento o congelamento;
7. la folgorazione;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo;
9. le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
11. 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;
12. gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
13. gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
14. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di biciclette, 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;
15. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
16. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
17. gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
18. ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
19. ernie traumatiche;
20. gli infortuni derivanti da partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al Servizio di Protezione Civile.

ART. 2 – RIMBORSO SPESE MEDICHE

In caso di prestazioni sanitarie, rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute e debitamente documentate.

Tale somma indennizzerà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'Assicurato per le spese sostenute in occasione di:

1. onorari dei chirurghi e dell'equipe medica;
2. uso della sala operatoria;
3. rette di degenza in ospedali o cliniche;
4. medicinali prescritti dal medico curante;
5. onorari dei medici;
6. accertamenti diagnostici ed ambulatoriali;
7. interventi dentistici ed odontoiatrici;
8. rottura di occhiali e lenti (anche a contatto);

9. applicazione di protesi.

La garanzia è operante fino ad un limite di € 10.000,00 per evento.

ART. 3 – DIARIA PER RICOVERO

In caso di ricovero dell'assicurato in ospedale, clinica privata o casa di cura, reso necessario a causa di infortunio, la Compagnia corrisponderà per ogni giorno di degenza l'indennità giornaliera, con un limite di € 100,00 al giorno, per un massimo di 360 giorni, anche non consecutivi, da quello dell'infortunio, sulla base della copia della cartella clinica attestante durata e causa del ricovero.

ART. 4 – 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. 5 – 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, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

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

- € 1.500.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 1.500.000,00 per il caso morte

per persona e di:

- € 10.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 10.000.000,00 per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi 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. 6 – 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. 7 - RIENTRO SANITARIO

L'assicurazione comprende il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente e che renda necessario il suo trasporto in ospedale in Italia o alla sua residenza.

La presente garanzia è prestata con il limite di €. 5.000,00 per evento.

ART. 8 - RIMPATRIO SALMA

L'assicurazione comprende il 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 di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepolture e fino alla concorrenza di € 5.000,00 per evento.

ART. 9 – INDENNITÀ GIORNALIERA DA INGESSATURA

Qualora in caso di Infortunio all'Assicurato venga applicato apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno equivalente, la Società liquida un'indennità giornaliera nella misura di € 100,00 per un periodo massimo di 100 giorni fino alla rimozione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante esterno equivalente.

L'Assicurazione si intende estesa, sempre per la durata massima di 100 giorni, anche ai casi di immobilità fisica comportante la totale incapacità ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate, quando in uno dei seguenti casi, non sia comunque clinicamente possibile applicare l'ingessatura o il tutore immobilizzante esterno equivalente:

- frattura del bacino o dell'anca;
- frattura cranica;
- frattura di almeno 6 costole;
- frattura della colonna vertebrale.

Detta indennità non si cumula con la diaria da ricovero per infortunio prevista dall'Art. 3 della presente sezione per il periodo di ricovero in Istituto di Cura e viene corrisposta a partire dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'applicazione dell'apparecchio gessato, del tutore immobilizzante esterno equivalente o di immobilità fisica dovuta ai casi sopra citati.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

SEZIONE 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;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 1, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

ART. 2 – PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottanta anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da 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. Tuttavia, laddove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizione di legge o di contratti collettivi nazionali di lavoro la presente esclusione non troverà applicazione.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

SEZIONE 5-GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 1 – DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

Il Contraente deve trasmettere alla Società, entro 30 giorni lavorativi da quando l'Ufficio Assicurazioni ne venga a conoscenza, la denuncia dell'infortunio che dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker incaricato.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

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

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

ART. 2 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

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

A) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

B) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza. 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

a) Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

b) Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida un indennizzo calcolandolo sulla base della somma assicurata per invalidità permanente totale secondo le disposizioni seguenti ed in base alle percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 come in vigore dal 24 luglio 2000 con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

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

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulta compresa in garanzia l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile: fino a trenta giorni d'indennità per inabilità temporanea, se tale indennità è contemplata in polizza;
- se non risulta operabile: indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, 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.

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.

Nel caso l'invalidità permanente parziale accertata fosse uguale o superiore al 60% l'Assicurato verrà risarcito al 100%.

D) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera integralmente.

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

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

E) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute, fino alla concorrenza dell'importo previsto.

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

ART. 3 – FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo spettante per Invalidità permanente parziale si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale la percentuale corrispondente al grado di invalidità, come sopra indicato, con le seguenti modalità per scaglioni di somma assicurata:

- fino ad € 160.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata senza deduzione di alcun punto;
- sulla parte eccedente € 160.000,00 e fino ad € 260.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata dedotti 3 punti;
- sulla parte eccedente € 260.000,00 e fino ad € 520.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata dedotti 5 punti;
- sulla parte eccedente € 520.000,00 e fino ad € 750.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata dedotti 10 punti;
- sulla parte eccedente € 750.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata dedotti 15 punti.

Nel caso in cui l'Invalidità permanente sia superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennizzo senza l'applicazione di alcuna franchigia.

ART. 4 – 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. 5 – ANTICIPAZIONE INDENNIZZO

Per invalidità permanente di grado superiore al 10% l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo di indennizzo.

Tale richiesta deve essere presentata almeno 30 giorni dopo l'inoltro della denuncia di sinistro.

La Società, entro 30 giorni successivi, provvederà alla erogazione di un importo pari al 50%, della somma che, sulla base delle stime preliminari, risulterà al momento indennizzabile.

Non si darà luogo ad erogazione di anticipi quando sussistano giustificati dubbi sull'indennizzabilità del danno.

ART. 6 – 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. 7 - 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 Cod.Civ. verso i responsabili dell'infortunio.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

SEZIONE 6 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

ART. 1 – SOMME ASSICURATE

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. La massima esposizione di rischio della Società relativa ad ogni periodo annuo è di € 10.000.000,00.

1) Dirigenti

Infortuni professionali ed extraprofessionali.

Ciascuna persona si intende assicurata:

- in caso di invalidità permanente da infortunio fino ad una somma assicurata pari a sei volte la retribuzione annua con il limite massimo di € 900.000,00;
- in caso di morte per una somma assicurata pari a cinque volte la retribuzione annua fino ad un massimo di € 750.000,00;
- in caso di invalidità permanente da malattia fino ad una somma assicurata pari a tre volte la retribuzione annua con il limite massimo di € 250.000,00

Il premio per la presente categoria assicurata, conteggiato in base al tasso sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del preventivo annuo della retribuzione complessiva pari ad € 180.000,00.

2) Impiegati con mansioni amministrative

Infortuni professionali ed extraprofessionali.

Ciascuna persona si intende assicurata:

- in caso di invalidità permanente da infortunio fino ad una somma assicurata pari a sei volte la retribuzione annua con il limite massimo di € 720.000,00;
- in caso di morte per una somma assicurata pari a cinque volte la retribuzione annua fino ad un massimo di € 600.000,00;

Il premio per la presente categoria assicurata, conteggiato in base al tasso sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del preventivo annuo della retribuzione complessiva pari ad € 480.000,00.

3) Impiegati anche con mansioni esterne, comm/tecniche

Infortuni professionali ed extraprofessionali.

Ciascuna persona si intende assicurata:

- in caso di invalidità permanente da infortunio fino ad una somma assicurata pari a sei volte la retribuzione annua con il limite massimo di € 720.000,00;
- in caso di morte per una somma assicurata pari a cinque volte la retribuzione annua fino ad un massimo di € 600.000,00;

Il premio per la presente categoria assicurata, conteggiato in base al tasso sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del preventivo annuo della retribuzione complessiva pari ad € 480.000,00.

4) Operai

Infortuni professionali ed extraprofessionali.

Ciascuna persona si intende assicurata:

- in caso di invalidità permanente da infortunio fino ad una somma assicurata pari a cinque volte la retribuzione annua con il limite massimo di € 720.000,00;
- in caso di morte per una somma assicurata pari a sei volte la retribuzione annua fino ad un massimo di € 600.000,00;

Il premio per la presente categoria assicurata, conteggiato in base al tasso sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del preventivo annuo della retribuzione complessiva pari ad € 930.000,00.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio conteggiato in base ai costi finiti (inclusa l'imposta) sottoindicati, viene anticipato su base annua in via provvisoria nella misura di € Tale importo è risultante dai seguenti elementi variabili dichiarati dal Contraente, ed è soggetto a regolazione premio come successivamente indicato.

Categoria di Assicurati	Preventivo annuo della retribuzione complessiva	Tasso lordo ‰	Premio annuo lordo totale
Cat. 1) Dirigenti	€ 464.385,00	...‰	€ ...
Cat. 2) Impiegati con mansioni amministrative	€ 1.374.839,00	...‰	€ ...
Cat. 3) Impiegati anche con mansioni esterne, comm/tecniche	€ 1.365.065,00	...‰	€ ...
Cat. 4) Operai	€ 1.943.904,00	...‰	€ ...
Totale			€ ...

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 rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sopra indicati.

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 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, retribuzioni o qualsiasi altro dato variabile.

ART. 2 – DISPOSIZIONE FINALE

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte di ogni contratto.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalle Società assicuratrici valgono solo quale presa d'atto dei premi e della ripartizione dei rischi tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ
