

Fondazione Arena di Verona
Via Roma 7/D
37121 Verona
C.F. e P.Iva: 00231130238



**Fondazione
ARENA DI VERONA®**

LOTTO IV

**Capitolato di Polizza
Infortuni Cumulativa**



General Broker Service S.p.A.

Via Angelo Bagnoni, 8 – 00153 Roma tel. +39 06.830903 fax +39 06.58334546 E-mail: gbs@gbsspa.it
Filiale di Milano: Via F. Petrarca, 4 – 20123 Milano tel. +39 02 45477450 fax +39 02 45477474 E-mail: milano@gbsspa.it

Sommario

Definizioni comuni	Pag. 03
Definizioni di settore	Pag. 04
Norme che regolano la gestione del contratto	Pag. 05
Norme che regolano l'assicurazione infortuni	Pag. 09
Condizioni particolari	Pag. 13
Norme che regolano l'assicurazione Infortuni sui multipli delle retribuzioni	Pag. 16
Norme che regolano l'assicurazione Infortuni Dirigenti	Pag. 17
Norme che regolano la gestione sinistri	Pag. 17
Tabella A – Categorie e somme assicurate	Pag. 20
Tabella B – Categorie e franchigie	Pag. 21
Tabella C – Limiti di risarcimento, franchigie e scoperti	Pag. 22
Disposizione finale	Pag. 23
Dichiarazione	Pag. 23

Definizioni comuni

Annualità assicurativa o Periodo assicurativo

Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicurazione

Il contratto di assicurazione

Broker

La G.B.S. S.p.A. General Broker Service (in seguito detta General Broker o più semplicemente Broker).

Contraente

La persona giuridica che stipula l'assicurazione.

Franchigia

L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo/Risarcimento

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Massimale/Somma assicurata

L'importo convenuto nel presente capitolato che, salvo eventuali sottolimiti, per sinistro/anno, rappresenta la massima esposizione della Società.

Polizza/Capitolato

Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta alla Società.

Retribuzione

Ai fini del conteggio del premio quanto, al lordo delle ritenute previdenziali, i dipendenti ed altre categorie equiparabili ad essi, che operino in regime di prestazione di lavoro convenzionata, effettivamente, ricevono a compenso delle loro spettanze.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto

La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società

L'Impresa assicuratrice nonché le Coassicuratrici.

Definizioni di settore

Beneficiario

In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.

Infortunio

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

Inabilità Temporanea

Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate.

Invalidità Permanente da Infortunio

Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio.

Invalidità Permanente da Malattia

Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di malattia.

Ingessatura

Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in istituti di cura o ambulatori medici.

Istituti di cura

Ospedali, cliniche, case di cura, pubblici o privati, autorizzati a termini di legge al ricovero dei malati e/o infortunati.

Malattia

Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Ricovero

Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

Norme che regolano la gestione del contratto

Art. 1.1 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 Codice Civile.

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 192/2012 convengono espressamente che:

- il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 30 giorni dalla data di ricezione del contratto da parte del broker. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.
- se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.
- i termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi. Conseguentemente la Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al citato D.Lgs 192/2012 per i suindicati periodi di comperto.

Qualora ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 così come integrato dall'art. 1 della Legge 26 aprile 2012 n. 44 (c.d. "Decreto Fiscale 2012") e sme il riscossore riscontrasse un inadempimento a carico della Società ed il Contraente fosse impossibilitato a provvedere al pagamento parziale o totale della polizza sino alla definizione del provvedimento, le garanzie resteranno comunque operanti ed i termini di cui sopra per il pagamento del premio decorreranno dalla data in cui la Società di Riscossione comunicherà al Contraente la revoca del provvedimento.

Art. 1.4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio a lui noto.

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 Codice Civile.

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.

Art. 1.5 - Diminuzione del rischio

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

Art. 1.6 - Buona fede

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente rese all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede (quindi escluso il caso di dolo).

Rimane fermo il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti, che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera Raccomandata A.R.

In ambedue i casi di recesso la Compagnia rimborserà al Contraente, entro 30 giorni dall'effetto del recesso, i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le tasse.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

Art. 1.8 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha la durata indicata nell'Allegato (Prospetto di Offerta), non è previsto il tacito rinnovo. Si conviene che le Parti hanno la facoltà di rescindere il contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 90 (novanta) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza annuale.

L'Ente si riserva inoltre la facoltà di richiedere alla Società di prorogare il contratto di 180 (centottanta) giorni dopo la scadenza finale, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni da darsi alla Società mediante lettera raccomandata.

In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

E' infine data facoltà all'Ente, verificata la sussistenza delle ragioni di convenienza economica e di pubblico interesse, di chiedere il rinnovo del contratto per un periodo pari a quello originale, in applicazione alla normativa vigente (D.lgs. 163/2006, art. 57).

Art. 1.9 - Oneri fiscali

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

Art. 1.10 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente.

Art. 1.11 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.12 - Coassicurazione e delega

A deroga dell'art. 1911 Codice Civile, la Delegataria risponderà direttamente anche della parte di indennizzo a carico delle Coassicuratrici.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici; la firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

Art. 1.13 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi. Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Art. 1.14 - Clausola broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- Che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.3 "Pagamento del premio";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti, secondo quanto disciplinato dagli accordi tra le stesse ed il Broker incaricato. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione.
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.
- Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.

Art. 1.15 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

Con periodicità annuale, la Società si impegna a fornire al Contraente, entro novanta giorni dal termine dell'annualità assicurativa, i dati afferenti l'andamento del rischio.

La statistica sinistri dovrà essere così suddivisa:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito.

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. 1.16 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata e/o fax e/o e-mail indirizzati al Broker.

Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 1.17 - Elementi per il calcolo del premio

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri, espressamente indicati nell'Allegato (Prospetto di Offerta); il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i tassi indicati nell'Allegato (Prospetto di Offerta).

Art. 1.18 – Regolazione e conguaglio del premio

Il premio è anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nell'Allegato (Prospetto di Offerta) alla presente polizza, lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione del relativo documento.

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 detto termine, la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

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, avrà diritto di agire giudizialmente.

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

Art. 1.19 - Efficacia temporale della garanzia

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

Art. 1.20 – Tracciabilità dei flussi finanziari

Le parti:

- L'assicuratore ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al Broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia alla stazione appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui all'art.3 comma 1 della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice

fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. L'Assicuratore si impegna altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

- Il Broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla stazione appaltante ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane Spa., ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne dà immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante o l'amministrazione concedente.

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, sarà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione è operante per gli infortuni che l'Assicurato subisce a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, al lavoro, al servizio o all'attività del Contraente.

I valori assicurati per le singole garanzie e per ogni categoria di assicurati vengono riportati nella Tabella A allegata alla presente polizza.

E' considerata "morte" anche lo stato dichiarato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:

- l'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze nocive in genere;
- le lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- le infezioni od avvelenamenti derivanti da morsi o punture in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi, incluse le ernie da sforzo e discali;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure resesi necessarie in seguito ad infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- i danni estetici conseguenti ad infortunio;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;

Si precisa inoltre che la garanzia vale anche per gli infortuni qui di seguito indicati in via esemplificativa e non limitativa derivanti all'Assicurato per attività legate a fini istituzionali:

- durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- durante le scalate di rocce ed accesso a ghiacciai di grado non superiore al terzo, estesa ai gradi superiori

purché accompagnati da guida patentata;

- per imprudenze, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni in genere, con l'esclusione della partecipazione volontaria dell'Assicurato, agli eventi;
- azioni di dirottamento o di pirateria aerea;
- per le ernie "traumatiche", ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo.

Il Contraente è esonerato dal comunicare preventivamente le generalità degli assicurati. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei registri tenuti in regola dal Contraente o ad altri documenti probatori depositati presso il Contraente.

La Società può comunque procedere alla verifica presso il Contraente dei dati relativi alle persone assicurate, attraverso la consultazione di documentazione comprovante lo stato del rischio.

Art. 2.2 - Rischi inclusi nell'assicurazione

Sono compresi nell'assicurazione:

- asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti e le intossicazioni acute e/o lesioni prodotte da ingestione di cibo;
- i morsi di animali, le punture e le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di Capitolato;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione di queste ultime abbia comprovato carattere terapeutico ed esclusi quelli sofferti alla guida di mezzi di locomozione;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici ed altre calamità naturali nonché, a condizione che l'Assicurato non abbia preso parte attiva a tali eventi, gli infortuni derivanti da aggressioni o atti violenti, tumulti popolari, atti di vandalismo, attentati e atti di terrorismo.

Art. 2.3 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- b) dalla pratica di paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura o di gare podistiche, di bocce, ginnastica, pattinaggio, golf, pesca senza uso di autorespiratore, squash, scherma, tennis, regate veliche escluse quelle di altura, gare e/o partite aziendali e/o aventi carattere ricreativo o di attività ciclo amatoriali;
- d) da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- e) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- f) da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- g) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- h) da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.
- j) in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;

Art. 2.4 – Categorie e somme assicurate

Le somme assicurate sono quelle indicate nella Tabella A allegata alla presente polizza.

Art. 2.5 - Assicurabilità

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici: l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. 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.

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età superiore a 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale successiva.

Art. 2.6 - Limiti territoriali

La presente assicurazioni vale per il mondo intero.

Art. 2.7 - Morte

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguenti ad un infortunio risarcibile a termini di Capitolato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art. 2.8 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica – anche successivamente alla scadenza - entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale 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 di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale. Si precisa che in caso di invalidità accertata di grado pari o superiore al 60%, la Società liquiderà l'intera somma prevista per il caso di invalidità permanente.

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

Art. 2.9 - Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

Art. 2.10 - Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a termini di Capitolato, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale assicurato, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, oneri medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali, ecc.);
- b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c) per visite mediche specialistiche e acquisti di medicinali;
- d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica e operativa;
- e) per analisi e accertamenti diagnostici strumentali anche specialistici quali ad esempio:
 - tac (tomografia assiale computerizzata), ecografia, doppler, holter, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare
 - diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici;
 - diagnostici radiologici, radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;
 - per analisi e accertamenti diagnostici strumentali anche specialistici quali ad esempio:
- f) per terapie fisiche anche specialistiche quali, ad esempio:
 - laser terapia, chiro-terapia, chinesi-terapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconi-terapia, massoterapia;
- g) per presidi ortopedici, limitatamente a corsetti ortopedici per scoliosi e artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti a eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- i) per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato;
- j) per trasporto dell'infortunato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o di pronto soccorso.

Si precisa che la predetta elencazione è a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Si precisa inoltre che il rimborso delle spese previste dal presente capitolato, sarà effettuato a cure ultimate e dietro presentazione dei documenti in originale, che giustifichino le spese sostenute.

Art. 2.11 - Diaria da ricovero

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

Art. 2.12 - Identificazione degli Assicurati

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

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

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

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

Condizioni particolari

Art. 3.1 - Rinuncia alla rivalsa

La Società, a deroga di quanto disposto dall'art. 1916 Codice Civile, rinuncia al diritto di surroga nei confronti dei responsabili degli eventuali sinistri.

Art. 3.2 - Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di Capitolato, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 3.3 - Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle norme che regolano l'assicurazione Infortuni, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 3.4 - Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto all'art. 2.2 (Rischi inclusi nell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;

qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, come previsto dalle norme che regolano la gestione dei sinistri.

Art. 3.5 - Rischio Volo

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.

L'assicurazione non opera per i voli effettuati::

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs.

Agli effetti della presente garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e terminato nel momento in cui ne discende.

Nel caso in cui la presente polizza sia cumulativa, la somma delle garanzie da questa previste 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.

Art. 3.6 - Rischio guerra

La garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti dallo stato di guerra, per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Art. 3.7 - Esonero denuncia di infermità e difetti

Fermo restando quanto disposto dalle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, si dà atto che il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente sarà liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal presente contratto.

Art. 3.8 - Rischio in Itinere

La garanzia è altresì operante per gli infortuni che gli assicurati dovessero subire durante il tragitto abitazione-Sedi e/o Uffici del Contraente e viceversa.

Art. 3.9 - Rapina, tentata rapina, sequestro di persona

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde un'indennità supplementare per il caso Morte, con i limiti previsti dal capitolato.

Art. 3.10 - Morsi di animali, punture di insetti

Resta convenuto tra le parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate ed avvelenamenti che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali con esclusione della malaria e del carbonchio, ma con l'inclusione delle infezioni carbonchiose causate da ferite e/o abrasioni risarcibili a termini di Capitolato.

Art. 3.11 - danni estetici

In caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso non risulti altrimenti indennizzabile in forza del presente contratto, la Società rimborserà le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica, nei limiti previsti dal capitolato.

Art. 3.12 - Malattie tropicali

La garanzia è prestata per il rischio delle malattie tropicali da cui gli assicurati fossero colpiti durante un soggiorno in tutto il mondo, con l'intesa che per le malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. 07.02.38 n. 281 e successive modifiche ed integrazioni.

La validità della garanzia per le malattie tropicali è subordinata al fatto che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute o che si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle autorità sanitarie dei paesi ove si recano.

Art. 3.13 - Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 2.500,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art. 3.14 - Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dagli assicurati in occasione e per causa di movimenti tellurici in genere.

Art. 3.15 - Attività che comportino l'utilizzo di mezzi di trasporto

L'assicurazione decorre da quando, nel luogo di ritrovo della partenza, l'assicurato salga sul mezzo di trasporto e cessa nel momento in cui ne discenda o quando, di propria volontà, interrompa il viaggio organizzato per proseguirlo per proprio conto.

Nel caso di interruzione per cause indipendenti dalla propria volontà o per gravi motivi personali, l'assicurazione vale fino al rientro dell'assicurato al proprio domicilio.

L'assicurazione vale ai sensi delle condizioni generali di polizza per gli infortuni che colpissero l'assicurato sia durante il tragitto, sia durante il soggiorno nel luogo di destinazione che durante la sosta nelle località intermedie.

Art. 3.16 - Rimpatrio della salma

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 2.500,00.

Art. 3.17 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa alle malattie riportate in servizio e per causa di servizio che abbiano come conseguenza la morte o la invalidità permanente e che siano insorte nel corso di validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste nella tabella allegato n. 4 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modificazioni.

Limitatamente alla garanzia malattia non si fa luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece risulterà superiore al 15%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o, se anteriore, dalla data di cessazione del servizio.

Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali e le tubercolari. vale anche per la garanzia malattia l'esclusione, prevista dalle condizioni generali di assicurazione, relativamente alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 3.18 - Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale.

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni sui multipli delle retribuzioni

Art. 4.1 - Prestazione assicurata

Relativamente ai seguenti artt. 4.2 e 4.3 agli effetti della quantificazione economica del danno subito dall'Assicurato, le parti convengono che per la retribuzione annua si intende il totale degli emolumenti erogati. Per gli assicurati che assenti dal lavoro o lavoranti ad orario ridotto o a part-time, per i quali vi è assenza in tutto od in parte e la Contraente ricorre ad un trattamento previdenziale o assicurativo a termini di legge, l'Assicurazione prosegue sulla base della retribuzione virtuale, per tale intendendosi quella che il lavoratore avrebbe percepito se non vi fossero state l'assenza dal lavoro o la riduzione di orario predetto.

Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i novanta giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 (trecentosessanta) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

L'Assicurazione prosegue secondo le modalità di cui sopra, per un periodo non superiore a 6 mesi, anche nei casi di aspettativa non retribuita previsti da disposizioni di legge, contrattuali o da altri accordi aziendali per riconosciute necessità personali o familiari, con l'esclusione di casi di aspettativa concessa per:

- cariche e funzioni pubbliche elettive;
- cariche sindacali;
- servizio militare obbligatorio.

Il Contraente è esonerato 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 di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Il tasso di premio pattuito, specificato nel conteggio di liquidazione, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al precedente primo comma. Al premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

Art. 4.2 - Morte

In caso di decesso derivante da infortunio professionale o extra-professionale di un assicurato e durante il corso di validità della presente assicurazione, sempre che tale decesso si verifichi entro 2 anni dalla data dell'infortunio, a condizione che su parere del Collegio Medico previsto il decesso medesimo sia imputabile e diretta conseguenza dell'infortunio subito, la Società corrisponderà ai beneficiari il capitale assicurato in un'unica soluzione.

Per ogni assicurato detto capitale è pari ai multipli della retribuzione annua, così come definita all'art. 4.1 ed in vigore nel mese in cui si verifica l'infortunio medesimo, indicati nella successiva Tabella A, con il limite massimo per persona indicato nella tabella medesima.

Art. 4.3 - Invalidità Permanente

In caso di invalidità permanente derivante da infortunio professionale o extra-professionale di un assicurato e durante il corso di validità della presente assicurazione, la Società liquida all'assicurato stesso l'indennità calcolata applicando al capitale assicurato la percentuale determinata come da prospetto di offerta.

Per ogni assicurato, detto capitale è pari ai multipli della retribuzione annua indicati nella successiva Tabella A. Limitatamente alla presente garanzia, la retribuzione annua lorda definita all'art. 4.1 verrà considerata in vigore

- nel mese in cui è proposta da parte della Società la quantificazione del grado di invalidità permanente definito a norma delle condizioni di assicurazione, a condizione che sia stata presentata dall'assicurato la completa documentazione sanitaria e comunque non oltre gli otto mesi dai giorni in cui si è verificato l'evento e se detta invalidità non da luogo a cessazione del rapporto di lavoro;
- nel mese in cui ha effetto la cessazione del rapporto di lavoro, e comunque non oltre gli otto mesi dai giorni in cui si è verificato l'evento, anche nel caso in cui sia intervenuta una causa di risoluzione del rapporto di lavoro prima che sia stata effettuata dalla Società la proposta di quantificazione di cui al precedente comma.

Il tutto, comunque, entro il limite massimo per persona indicato nella Tabella A

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni Dirigenti

Art. 5.1 - Clausola Dirigenti

Resta tra le parti convenuto che, limitatamente per le persone con la qualifica di Direttore Generale e Dirigente, di cui alla categoria B

1. la garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali che si manifestino nel corso della validità della polizza, riconosciute per l'attività esercitata dal Contraente dal D.P.R. n.1124 del 30.06.1965 e successive modifiche ed integrazioni nonché le malattie riconosciute come professionali dalla Magistratura. A tale riguardo il Contraente dichiara che all'atto della stipula del presente contratto gli Assicurati di cui alla categoria B non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie;
2. in caso di invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di permanente viene effettuata sulla base della tabella (industria) annessa al D.P.R. n.1124 del 30.06.1965 nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000 e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie previste per legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita;
3. qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100%.

Norme che regolano la gestione sinistri

Art. 6.1 - Denuncia dei sinistri - Obblighi in caso di sinistro

In deroga a quanto disposto dall'art. 1913 del Codice Civile, il Contraente, in caso di sinistro, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 45 giorni lavorativi da quando l'Ufficio competente del Contraente stesso ne ha avuto conoscenza, l'Assicurato od i suoi aventi causa ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo determinarono .

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso telegrafico alla Società.

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

espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 6.2 - Controversie – Collegio Medico

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata della inabilità temporanea, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni del presente Capitolato. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico risiede presso la sede del Contraente.

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.

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 6.3 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità e/o risarcimento dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta la notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia in valuta corrente.

Il pagamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla restituzione degli atti di liquidazione firmati.

Art. 6.4 - 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 per 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 non entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

b) INVALIDITA' PERMANENTE

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

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

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

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

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

c) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

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

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

Per ciò che concerne la liquidazione delle diarie di cui agli art.2.10 e 2.11 esse non si cumulano tra di loro, ma rimane fermo il diritto dell'Assicurato di scegliere quella con la durata maggiore.

d) SPESE MEDICHE

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

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

Art. 6.5 - 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. 6.6 - Stop Loss annuo

Si conviene tra le parti che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a Euro 20.000.000,00. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

Tabella A – Categorie e somme assicurate

Categorie		Rischio	Garanzie e somme assicurate	
A	Membri Consiglio di Indirizzo, Revisori e Membri Organo di Vigilanza	Di carica, compreso rischio in itinere	Morte	€ 500.000,00
			Invalidità Permanente	€ 500.000,00
B	Dirigenti	Professionale ed extraprofessionale	Morte	5 volte RAL Max. € 650.000,00
			Invalidità Permanente	6 volte RAL Max. € 780.000,00
C	Artisti	Professionale, compreso rischio in itinere e trasferte	Morte	€ 250.000,00
			Invalidità Permanente	€ 250.000,00
			Rimborso Spese Mediche	€ 5.000,00
D	Corpo di Ballo	Professionale, compreso rischio in itinere e trasferte	Invalidità Permanente	6 volte R.A.L. max € 310.000,00
			Rimborso Spese Mediche	€ 16.000,00
E	Delegato del Sovrintendente alla Sicurezza	Professionale, compreso rischio in itinere e trasferte	Morte	€ 300.000,00
			Invalidità Permanente	€ 300.000,00
F	Responsabile alla Sicurezza, Prevenzione e Protezione	Professionale, compreso rischio in itinere e trasferte	Morte	€ 200.000,00
			Invalidità Permanente	€ 200.000,00

Data / /

La Società

Il Contraente

Tabella B – Categorie e franchigie

Categorie	Garanzia	Franchigia
Tutte	Invalidità Permanente	Nessuna franchigia
C e D	Rimborso Spese Mediche	€ 50,00.= per sinistro

Data / /

La Società

Il Contraente

Tabella C – Limiti di risarcimento, franchigie e scoperti

Garanzia	Limiti di indennizzo/risarcimento	Franchigia	Scoperto
Ernia addominale non operabile (Art. 3.4)	10% della somma assicurata con max. €. 20.000,00	----	----
Rapina, tentata rapina, sequestro di persona (Art. 3.9)	Max. €. 150.000,00	----	----
Rimborso spese per danni estetici (Art. 3.11)	Max. €. 2.500,00	----	----
Rientro sanitario (Art. 3.13)	Max. €. 2.500,00	----	----
Rimpatrio della salma (Art. 3.16)	Max. €. 2.500,00	----	----

Data / /

La Società

Il Contraente

Disposizione finale

Il presente capitolato, già sottoscritto in ogni sua pagina dalla Società aggiudicataria, dopo la delibera di aggiudicazione del Contraente e la successiva sottoscrizione da parte del Legale Rappresentante assume a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, del conteggio del premio e del trattamento dei dati personali.

Ad aggiudicazione avvenuta, il Contraente dà notizia immediata alla Società che ha vinto la gara.

La Società aggiudicataria inserirà l'eventuale riparto delle Coassicuratrici che sarà allegato al Capitolato all'atto della firma del Legale Rappresentante del Contraente.

In assenza di tale documento la garanzia assicurativa si intenderà assunta al 100% da parte della delegataria.

Dichiarazione

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro;

Art. 1.8 - Durata del contratto;

Art. 1.10 - Foro competente;

Art. 1.13 – Assicurazioni presso diversi assicuratori;

Art. 1.14 - Clausola Broker;

Art. 1.20 – Tracciabilità dei flussi finanziari

Data / /

La Società

Il Contraente
