

CAPITOLATO TECNICO
POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra il Contraente

 
SISTEMA PALERMO INFORMATICA
Via Salvatore Denti di Piraino nr. 7
90142PALERMO
C.F. e P. IVA 03711390827

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	31/12/2019
Alle ore 24.00 del :	31/12/2021

DEFINIZIONI – RISCHI ASSICURATI ED IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI**Nel testo delle presenti Condizioni di Assicurazioni si definiscono con:**

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato:	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker:	La Spett.le AON S.p.A. quale mandataria incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
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.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità.
Invalidità permanente:	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Massimale per sinistro:	La massima esposizione della Società per sinistro.
Retribuzioni:	Tutto quanto, al netto degli oneri previdenziali, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni. A tal fine saranno considerati tutti gli elementi fissi e continuativi, le competenze ultra mensili a carattere generale nonché le erogazioni a titolo di premio di risultato (redditività/produttività), gratifiche straordinarie e gratifiche legate al raggiungimento di specifici obiettivi. Resteranno viceversa escluse le indennità ed i compensi corrisposti a titolo di rimborsi spese o comunque collegati ai disagi, ai rischi o alle particolari necessità di svolgimento della prestazione. In sede di regolazione annua del premio la Contraente si impegna pertanto a comunicare i dati di retribuzione del proprio personale sulla base di quanto sopra indicato.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (CGA)

ART. 1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PROROGA - DISDETTA

La presente polizza ha durata dalle ore 24.00 del 31.12.2019 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2021, a tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del 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 120 (centoventi) 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 conteggiato in pro-rata temporis verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

È comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione alla scadenza di ogni anno, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

ART. 2 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del primo premio sarà effettuato dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga il premio alla firma o le rate successive entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

ART. 3 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO PREMIO

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione, da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Anche per questi casi resta convenuto che si applicano tutte le condizioni e le modalità di pagamento previste al precedente articolo 2 "Decorrenza dell'assicurazione e Pagamento del premio", restando altresì inteso che l'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato nel documento di variazione.

ART. 4 GESTIONE DELLA POLIZZA

Alla Società Aon S.p.a in 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 anche 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.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta della polizza ed il recesso per sinistro che ciascuna delle Parti è tenuta ad inviare direttamente all'altra parte nei termini e modalità previsti dalla presente polizza.

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.

La remunerazione del broker è a carico della Società nella misura del 10% sui premi imponibili. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

ART. 5 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta tramite posta elettronica, PEC e raccomandata; le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO - BUONA FEDE - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile, sempre che il Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio. Si precisa peraltro che non costituiscono aggravamento di rischio e, pertanto, il Contraente e/o l'Assicurato è esonerato dal darne avviso alla Società, l'assicurazione di nuovi complessi o Beni Immobili e relativi contenuti, le costruzioni, demolizioni, modificazioni, trasformazioni anche negli eventuali processi di lavorazione, ampliamenti, aggiunte e manutenzioni ai Beni Immobili e Beni Mobili, purché non venga modificata la natura del Rischio.

Resta altresì convenuto che, a parziale deroga dell'articolo 1897 del Codice Civile, nei casi di diminuzione di rischio, nonché dei valori assicurati, la riduzione di premio sarà immediata.

La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 90 (novanta) giorni dalla comunicazione e rinuncerà allo scioglimento del contratto ed alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini dell'articolo 1897 di cui sopra.

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

ART. 7 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

In caso di interpretazione dubbia delle clausole di polizza, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all'Assicurato e/o Contraente.

ART. 8 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se sulle medesime cose e per le medesime garanzie coesistono più assicurazioni, l'Assicurato è esonerato dal dare alla Società comunicazione degli altri contratti stipulati.

In caso di sinistro però l'Assicurato 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.

Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'Assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri Assicuratori.

Art. 9 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Tuttavia, in caso di definizione transattiva del danno, la Società, a richiesta dell'Assicurato, e ferma ogni altra condizione di polizza, continuerà a proprie spese la gestione in sede civile e penale della vertenza fino ad esaurimento del giudizio nel grado in cui questo si trova al momento dell'avvenuta transazione. La Società deve in ogni caso evitare qualsiasi pregiudizio alla difesa dei diritti dell'Assicurato.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

La Società non riconosce ed assume spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati. La Società non risponde di multe od ammende.

Art. 10 - RECESSO DAL CONTRATTO DOPO OGNI DENUNCIA DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo / risarcimento, la Società può recedere dal contratto, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC), con preavviso di 120 giorni. In tal caso la Società mette a disposizione del Contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio pagato e non goduto, esclusi soltanto le imposte ed ogni altro onere di carattere tributario.

Anche l'Assicurato/Contraente può recedere dal contratto, con le stesse modalità sopraindicate, nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo/risarcimento dovuto, fermo il diritto al rimborso del premio, al netto delle imposte ed ogni altro onere di carattere tributario relativi al periodo di rischio pagato e non goduto.

La riscossione di premi, o rate di premio, venuti a scadenza dopo il recesso per sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non possono essere interpretati come rispettiva rinuncia a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

Art. 11 - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, entro i 30 giorni successivi ad ogni scadenza annuale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, del nome della controparte, della data della richiesta di risarcimento, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);
- b) sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico, utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui all'art. "Recesso dal contratto dopo ogni denuncia di sinistro", la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

Art.12– RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società, per le somme pagate a titolo di risarcimento del danno, rinuncia ad esercitare il diritto di rivalsa nei confronti di Dipendenti e/o Amministratori e/o Collaboratori dell'Ente assicurato, fornitori, clienti, Società controllate e consociate, salvo che per il caso di dolo.

Resta in ogni caso impregiudicato il diritto di rivalsa spettante all'Ente per legge.

Art. 13 – VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione è valida per gli infortuni occorsi nel mondo intero, salvo quanto eventualmente normato nelle singole sezioni. L'indennizzo verrà corrisposto in Euro e pagato in Italia.

ART. 14 ONERI FISCALI

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

ART. 15 FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, a scelta del Contraente, il Foro ove ha sede lo stesso oppure l'Assicurato.

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 D.Lgs 196/03 e del Regolamento UE 2016/679 "GDPR" 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 TRACCIABILITA' DEI PAGAMENTI

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 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.

ART. 19 COASSICURAZIONE E DELEGA (OPZIONALE)

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta Economica 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.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Aon S.p.A. e le Società Coassicuratrici hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dalla Aon S.p.A. la quale tratterà con la Delegataria.

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

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto, la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 20 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per gli infortuni che le persone assicurate delle categorie inserite in polizza subiscano nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale salvo quanto espresso nelle esclusioni.

Il Contraente è esonerato dal dichiarare i dati anagrafici degli assicurati e per la loro identificazione e per il computo del premio si farà riferimento agli atti/registri depositati presso il Contraente.

L'assicurazione copre automaticamente tutti gli Assicurati senza alcuna notifica preventiva dei rischi, purchè il Contraente dia comunicazione alla Società al termine di ogni annualità assicurativa, nei termini previsti dalla presente polizza, del numero effettivo degli Assicurati e degli altri elementi variabili riportati nel seguente art. 44) della presente polizza.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare 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 che dovessero in seguito sopravvenire. Si precisa che la portata delle garanzie è h 24.

Sono compresi in garanzia anche i seguenti eventi:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- per scariche elettriche e contatto con corrosivi;
- le infezioni od avvelenamenti derivanti da morsi di animali o punture in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le infezioni e/o avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- le lesioni determinate da sforzi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;

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

- dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di sport aerei in genere e paracadutismo;
- durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- durante la scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai;
- per imprudenze, imperizia e negligenza anche gravi;
- azioni di dirottamento e pirateria aerea;
- ernie addominali e tutte le lesioni determinate da sforzi nonché quelle aventi carattere traumatico, inclusi gli strappi muscolari;
- malattie parassitarie, batteriche, micotiche, virali di natura tropicale e qualunque altra malattia riconosciuta dalla medicina internazionale come tropicale.

Art. 21 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- a) in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
- b) durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- c) in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;

- d) sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- e) da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- f) in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- g) in occasione della partecipazione a gare e corse (e relative prove) di sport aerei in genere, di paracadutismo, di ciclismo, di sci, di ippica, di calcio;
- h) in occasione della partecipazione a gare e corse (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;

Art. 22 – PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 75 anni. Tuttavia, per le 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.

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti all'atto della stipula del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art. 37 Criteri di indennizzabilità.

Art. 23 – SPESE DI TRASPORTO A CARATTERE SANITARIO

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-ambulanza.

La Società effettuerà il rimborso con il limite di Euro 1.550,00=.

Art. 24 – SPESE DI SOCCORSO, RICERCA E SALVATAGGIO

La Società rimborsa, in caso di infortunio che ha dato luogo a spese di ricerca, soccorso e salvataggio, le spese sostenute dal Contraente e/o all'assicurato nei confronti di organizzazioni pubbliche o private che possano essere intervenute.

La Società effettuerà il rimborso con il limite di Euro 10.000,00=.

Art. 25- RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza, fino alla concorrenza di € 5.000,00=.

Art. 26 - SPESE MEDICHE

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza di Euro 10.000,00= per persona e per evento, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, nonché delle spese farmaceutiche e fisioterapiche resesi necessarie a seguito dell'infortunio.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di Euro 50,00 per evento e per persona.

Art. 27 – 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 Euro 5.000,00= per evento.

Art. 28 – RISCHIO AERONAUTICO

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte o privati per attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, 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 aeroclub.

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 essere superiore a: Euro 10.000.000,00=

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. 29 – RISCHIO GUERRA

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 15 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 30 - MALATTIE PROFESSIONALI

Nei casi in cui la copertura sia resa obbligatoria in forza di Contratti Collettivi Nazionali di lavoro l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità della polizza e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro.

La valutazione dell'invalidità permanente da malattia professionale e la liquidazione dei rispettivi indennizzi, saranno effettuati effettuata in conformità alle disposizioni contenute nel D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124, con l'intesa che gli indennizzi stessi saranno pagati in capitale anziché in rendita.

Qualora, in conseguenza di una malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente verrà liquidata al 100% (cento per cento).

Art. 31 - ERNIE TRAUMATICHE

La garanzia è estesa per i casi di invalidità permanente a tutte le ernie di qualsiasi natura, incluse le ernie discali, ed in genere alle conseguenze di sforzi.

a) Ernie addominali

in caso di ernie operabili viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% della somma assicurata nel caso di invalidità permanente totale;

in caso di ernie non operabili l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (D.P.R. del 30.06.1965 e variazioni) con rinuncia all'applicazione della relativa franchigia, fermo restando in ogni caso che la Società non corrisponderà indennità superiori al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

b) Ernie Discali

L'indennizzo sarà dovuto sia nel caso di ernie discali operabili, che per quelle operate, nella stessa percentuale indicata al punto a). Le risultanze dell'accertamento medico attestante la situazione in atto al momento della visita costituiscano la base per il computo della liquidazione.

Art. 32 – ROTTURA SOTTOCUTANEA DEL TENDINE DI ACHILLE

Nel caso in cui a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, provochi una rottura sottocutaneo del tendine di Achille, la Società riconosce per tale lesione un indennizzo pari al 2% della somma assicurata nel caso di invalidità permanente.

Art. 33 – MALATTIE TROPICALI

La garanzia è estesa alle malattie tropicali insorgenti durante il soggiorno all'estero.

Rimane inteso che:

- la garanzia è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buona salute e che siano state attuate le procedure di profilassi preventive;
- la garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 500.000,00 per il caso Morte e per Inv. Permanente, resta inteso che il grado di invalidità è riferito alla tabella legislativa in vigore;
- se il grado di Invalidità Permanente è pari o inferiore al 20% non si farà luogo ad indennizzo, se il grado è superiore al 20% non si applicherà alcuna franchigia.
- La valutazione del danno indennizzabile a seguito di malattia tropicale dovrà essere effettuata entro 2 anni dal giorno della denuncia della malattia.

Art. 34 - STATO DI COMA

A seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, si verifichi lo stato di coma dell'Assicurato, la Società riconosce per un massimo di giorni 365 Euro 50.00= per giorno di coma e a partire dal 30° giorno consecutivo dello stato di coma, con il massimo di Euro 10.000,000 per evento.

Art. 35 - ANTICIPO INDENNIZZO

Qualora a seguito di infortunio fossa quantificata un'invalidità permanente di grado superiore al 20% la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile con il massimo di Euro 150.000,00.

L'acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, e restituito nel caso in cui sia accertata l'inoperatività della garanzia, oppure di eventuali eccedente pagate.

Art. 36 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E RELATIVI OBBLIGHI

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro 30 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

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.

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 fax e/o telegramma.

Art. 37– 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, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli art. 60 e 62 C.C.

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

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

c) Invalidità Permanente

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

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

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

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

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

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

Art. 38 – INABILITA' TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquiderà una diaria giornaliera pari ad € 100,00 per tutto il tempo in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni; la diaria viene ridotta al 50% per tutto il tempo in cui l'assicurato non ha potuto attendere parzialmente alle sue occupazioni. L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto a decorrere dal sesto giorno dell'infortunio per un massimo di 120 giorni.

Art. 39 – 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 entro 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 40 – CONTROVERSIE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio o sul grado di Invalidità Permanente nonché sulla liquidabilità delle indennità le Parti (Società ed Assicurato) si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell'Assicurato e quello fiduciario della Società.

In caso di mancato accordo tra i due medici si procederà, con scrittura privata, a nominare quale terzo arbitro un medico designato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico; il collegio medico così costituito risiede presso il domicilio dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle 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.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

Art. 41 – DETERMINAZIONE DELL'INDENNITÀ

Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni - Definizione di "retribuzione": per "retribuzione" si intende tutto quanto l'Assicurato riceve a compenso delle sue prestazioni, al lordo delle ritenute, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra nei 12 mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili in forma ricorrente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, la retribuzione annua verrà calcolata sulla base di quanto percepito fino al giorno dell'infortunio, moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuita all'infortunato per il periodo compreso tra la data di assunzione e quella dell'infortunio.

Art. 42 - ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

La Contraente si impegna, a richiesta della Società, ad esibire qualsiasi documento probatorio in suo possesso.

Art. 43– RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari designati in polizza o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

Art. 44 – CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie di seguito evidenziate e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

SOMME ASSICURATE			
Categoria	Garanzia		Massimo indennizzo
Dirigenti	Caso Morte	5 volte la retribuzione annua lorda	Euro 450.000,00
	Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda	Euro 540.000,00

Art. 45 – FRANCHIGIE

L'indennizzo verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia, salvo quelle eventualmente espresse nei singoli articoli della presente polizza.

Art. 46 – CALCOLO DEL PREMIO

Categoria	Base calcolo del premio	Somma Preventiva	Tasso lordo	Premio lordo
A)	Retribuzioni (al netto degli oneri previdenziali)	Euro 181.035,00=	‰	Euro ,00

Totale Premio Annuo Lordo	Euro ,00
----------------------------------	----------

Scomposizione del premio alla firma e rate successive

Premio annuo imponibile	Euro .=
Imposte	Euro .=
TOTALE	Euro .=

Art. 47 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuo, conteggiato su elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria, in base all'importo risultante dal conteggio sopra esposto.

Entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società, affinché la stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo, il totale erogato delle retribuzioni annue lorde effettivamente corrisposte (al netto degli oneri previdenziali).

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 60 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore 30 giorni, trascorso il quale la garanzia, limitamente ai sinistri accaduti nel periodo per il quale non è avvenuta la notifica o il pagamento del premio, la Società potrà indennizzare gli stessi nella medesima proporzione esistente tra l'importo di premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore), salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Art. 48 – RIPARTO DI COASSICURAZIONE (OPZIONALE)

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le seguenti percentuali:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 49 – DISPOSIZIONE FINALE

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

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

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'
