



**LOTTO II**  
**Capitolato di Polizza di Assicurazione**  
**Infortuni**

<b>SEZIONE A - POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA</b>
---

**DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'****Art. 1 - Definizioni**

<b>ASSICURAZIONE:</b>	Il contratto di assicurazione.
<b>POLIZZA:</b>	Il documento che prova l'assicurazione.
<b>CONTRAENTE:</b>	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
<b>ASSICURATO:</b>	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
<b>BENEFICIARIO:</b>	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
<b>SOCIETÀ:</b>	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
<b>PREMIO:</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>RISCHIO:</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
<b>SINISTRO:</b>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b>INDENNIZZO:</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>FRANCHIGIA:</b>	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
<b>SCOPERTO:</b>	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
<b>ANNUALITÀ ASSICURATIVA O PERIODO ASSICURATIVO:</b>	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
<b>INFORTUNIO:</b>	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
<b>INVALIDITÀ PERMANENTE:</b>	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
<b>ISTITUTO DI CURA:</b>	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
<b>RICOVERO:</b>	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
<b>BROKER</b>	L'intermediario assicurativo iscritto al RUI nella sez. B di cui si avvale il Contraente per la gestione del contratto.
<b>MASSIMALE PER SINISTRO</b>	la massima esposizione della Società per sinistro.

**Art. 2 – Identificazione degli Assicurati**

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione A.6 della presente polizza, 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.

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

## SEZIONE A.1 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

### **Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

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

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

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

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

### **Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori**

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

### **Art. 3 - Durata del contratto**

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del 31/03/2019 e termina alle ore 24.00 del 31/03/2022 senza tacito rinnovo.

### **Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

Il Contraente è tenuto a pagare il premio della rata iniziale di perfezionamento, dal 31/03/2019 fino al 31/03/2020, entro sessanta giorni dalla decorrenza della polizza, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, salvo diversi accordi fra le Parti.

Le rate di premio annuali successive alla prima devono essere pagate entro le ore 24.00 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza.

Trascorso tale termine, salvo accordi fra le Parti, la garanzia sarà sospesa e riprenderà dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Resta fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

#### **Art. 5 – Regolazione del premio**

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

A tale scopo entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società le rate successive vengono considerate in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

#### **Art. 6 - Recesso a seguito di sinistro**

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 (sessanta) giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 60 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Tale recesso comporterà automaticamente la risoluzione da tutti gli altri contratti aggiudicati per lo stesso lotto con la medesima gara d'appalto al termine dell'anno assicurativo.

#### **Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione**

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

#### **Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) o PEC o fax indirizzata al Broker oppure alla Società.

#### **Art. 9 - Oneri fiscali**

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

**Art. 10 - Foro competente**

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

**Art. 11 - Interpretazione del contratto**

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

**Art. 12 - Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio**

La Società alle scadenze semestralmente, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione della data e dell'importo liquidato);

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso l'Impresa, di data di accadimento del sinistro, data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

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

**Art. 14 - Coassicurazione e delega**

L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

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

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Società delegataria la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

**Art. 15 -Variazione della persona del contraente**

In caso di alienazione o cessione dell'Azienda, il Contraente o gli aventi causa devono, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, comunicarlo alla Società, la quale nei successivi 30 giorni ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

**Art. 16 - Rinvio alle norme di legge**

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

**Art. 17 – Clausola Broker**

La presente polizza è gestita dalla società di brokeraggio assicurativo iscritta al RUI alla Sezione B in qualità di broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 a cui il Contraente ha affidato il servizio di brokeraggio.

La Società riconosce, pertanto, che il pagamento dei premi di polizza e ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Assicurato.

Il compenso del broker rimane a carico della Società aggiudicataria e viene stabilito nella misura del 10% (dieci per cento) del premio imponibile. Tale compenso sarà trattenuto dalla società di brokeraggio affidataria dell'incarico alla data prevista per il pagamento del premio di polizza.

**SEZIONE A.2 RISCHI COPERTI****Art.1 – Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere che abbiano per conseguenza la morte o un'invalità permanente.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- 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 derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche.

**Art. 2 – Rimborso spese mediche**

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione A.6, 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.

**Art. 3 – Diaria per ricovero**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione A.6 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. 4 – Rischio aeronautico**

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri

eserciti da aeroclubs.

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

- € 1.000.000,00 (unmilione/00) per il caso di invalidità permanente;
- € 1.000.000,00 (unmilione/00) per il caso morte

per persona e di:

- € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per il caso di invalidità permanente;
- € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente

In caso di incidente aereo che colpisca più assicurati, la somma dei capitali garantiti per questa specifica garanzia, sia con questa polizza sia con altre polizze stipulate dallo stesso contraente con la Compagnia di assicurazione che assicura la presente polizza non potrà superare, per tutti gli indennizzi l'importo di €. 5.000.000,00 (cinquemilioni)

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 salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione; a tal fine si dà atto che il premio relativo alla presente estensione di garanzia è pari al 2% del totale premio imponibile infortuni.

#### **Art. 5 – Rischio guerra**

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 3, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

### **SEZIONE A.3 - ESCLUSIONI**

#### **Art. 1 – Esclusioni**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
3. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
4. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
5. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
6. operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
7. atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
8. malattie tropicali così come definite dalle disposizioni di legge in materia;
9. guerra ed insurrezione in genere, movimenti tellurici, inondazioni, trombe e uragani.

#### **Art. 2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili**

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 75 anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine,

- senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

### **Art. 3 – Persone assicurabili con patto speciale**

Le persone colpite da apoplessia o infarto o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia, altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia sono assicurabili soltanto con patto speciale in mancanza del quale la garanzia non vale.

Qualora dette infermità sopravvengano durante la validità del contratto il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia l'aggravamento del rischio (art 1898 del codice civile); la mancata applicazione comporterà la non indennizzabilità dell'eventuale sinistro.

## **SEZIONE A.4 - GESTIONE DEI SINISTRI**

### **Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi**

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata alla Società, entro il 15° giorno lavorativo 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, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

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

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

### **Art. 2 – Criteri di indennizzabilità**

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

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

#### **A) MORTE**

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo

per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

#### **B) MORTE PRESUNTA**

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

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

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

#### **C) INVALIDITA' PERMANENTE**

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

- la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e alle successive eventuali modificazioni, con rinuncia alle franchigie relative stabilite, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente e che gli indennizzi saranno pagati in capitale anziché in rendita;
- in caso di invalidità permanente pari o superiore al 50% del totale, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% della somma assicurata per invalidità permanente;
- se l'Assicurato risulta mancino il grado d'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.

#### **D) DIARIE**

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

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

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

#### **E) SPESE MEDICHE**

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione A/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. 3 – Controversie**

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni

di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

#### **Art. 4 – Liquidazione dell'indennità**

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro

#### **Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

### **SEZIONE A.5 – CRITERI DI INDENNIZZO**

#### **Art. 1 - Esclusioni**

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza del contratto.

Sono escluse le invalidità permanente derivanti direttamente o indirettamente da:

- uso a scopi non terapeutici di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo, ovvero radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- guerra od insurrezioni;
- malattie mentali;
- sindrome da immunodeficienza acquisita.

#### **Art. 2- Criteri di indennizzabilità**

D'accordo fra le parti si prende atto che il grado di invalidità permanente sarà determinato a fine malattia, in qualunque momento si verificasse, comunque non oltre il 18° mese dalla denuncia della malattia.

Tale termine verrà rispettato dalla Società per la determinazione del grado di invalidità permanente, anche se la malattia non avesse terminato il suo decorso.

La visita fiscale verrà effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico della Società, i quali definiranno e concorderanno il grado di invalidità permanente indicate nella tabella allegato a D.P.R. del 30.06.65 n. 1124 e successive modificazioni.

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% della totale.

Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado pari o superiore al 25%, la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali di cui alla tabella che segue.

<i>Percentuale invalidità permanente accertata</i>	<i>Percentuale da applicare sulla somma assicurata</i>
Dal 25% al 30%	15%
Dal 31% al 35%	30%
Dal 36% al 45%	40%
Dal 46% al 54%	70%
Dal 55% al 100%	100%

**Art. 3 - Determinazione dell'indennità**

Per la liquidazione dell'indennità viene considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita nei dodici mesi che precedono il mese in cui si è verificato l'evento.

Per gli infortunati che non abbiano raggiunto l'anno di servizio e per quelli assunti temporaneamente, è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo decorrente dal giorno di assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.

In caso di invalidità permanente che riduca almeno del 50% la capacità lavorativa del dirigente assicurato, valutata in base alla tabella allegata al D.P.R. 1124 del 30/6/1965 e sempre che non sia obiettivamente possibile la prosecuzione del rapporto di lavoro, sarà considerata invalidità permanente totale.

**SEZIONE A.6 - SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO**
**Art. 1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti**

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

**Art. 1.1 - Amministratori**

L'Assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica.

E' incluso il "rischio in itinere" nonché tutti gli spostamenti necessari all'espletamento degli incarichi loro assegnati, effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati.

Sono quindi esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell'espletamento dell'attività professionale privata di ciascun assicurato, e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale.

L'Amministratore Unico si intende assicurato per i seguenti capitali:

<b>GARANZIA</b>	<b>MASSIMALE</b>
Caso Morte	€ 500.000,00
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 500.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 2.500,00
Diaria giornaliera da ricovero	€ 50,00

**Franchigia**

L'indennizzo per invalidità permanente verrà riconosciuto con l'applicazione di una franchigia del 5%.

**Art. 1.2 – Dipendenti**

L'Assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni dei dipendenti durante la propria attività lavorativa.

E' incluso il "rischio in itinere" nonché tutti gli spostamenti necessari all'espletamento degli incarichi loro assegnati, effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati.

Sono quindi esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell'espletamento dell'attività professionale privata di ciascun assicurato, e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale.

Ciascun Dipendente si intende assicurato per i seguenti capitali:

<b>MORTE</b>	€ 150.000,00
<b>INVALIDITA' PERMANENTE</b>	€ 150.000,00
<b>RIMBORSO SPESE MEDICHE</b>	€ 2.500,00

**FRANCHIGIA:** l'indennizzo in caso di invalidità permanente verrà liquidato con una franchigia pari al 5%.

**Art. 2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione**

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione,

L'assicurazione è prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni del numero delle persone.

CATEGORIA	TIPO DATO VARIABILE	MONTANTE DATO VARIABILE	PREMIO LORDO PRO-CAPITE O TASSO LORDO APPLICATO	TOTALE
ART.1.1 AMMINISTRATORI	Numero Assicurati	05	€	€
ART. 1.2 DIPENDENTI	Numero Assicurati	7	€	€
<b>TOTALE</b>			€	€

**Art. 3 – Calcolo del premio**

Il premio annuo anticipato dovuto dalla Contraente viene così calcolato:

**SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO:**

PREMIO ANNUO IMPONIBILE	€
IMPOSTE	€
<b>TOTALE</b>	€

**Art. 3.1 – Liquidazione del Premio**

Il premio annuo lordo sarà liquidato in rate trimestrali con le seguenti modalità:

**Rata iniziale dal 31.03.2019 Al 31.03.2020**

Premio netto	Accessori	Premio imponibile	Imposte	Premio lordo
€	€	€	€	€

**Rate successive Trimestrali dal 31.03.2020**

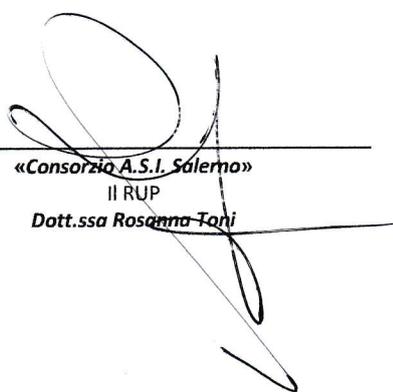
Premio netto	Accessori	Premio imponibile	Imposte	Premio lordo
€	€	€	€	€

**Art. 4 –Rescindibilità Annuale**

Al termine di ogni anno assicurativo (31/03) è data facoltà alle parti di recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni dalla scadenza annuale mediante lettera raccomandata.

L'ASSICURATO

LA COMPAGNIA



---

«Consorzio A.S.I. Salerno»

Il RUP

Dott.ssa Rosanna Tani