



CAPITOLATO

POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA

LOTTO 3

CONEROBUS S.p.A.
Via Bocconi n. 35
60125 Ancona
P.I. 00122950421

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del	30.04.2020
Alle ore 24.00 del	31.12.2022

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

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

Le norme dattiloscritte di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa che, quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto.

DEFINIZIONI

Assicurato	La persona fisica o giuridica nel cui interesse è prestata la garanzia.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Broker	La Aon S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del Contratto riconosciuto dalla Società'
Contraente	Conerobus S.p.A. che stipula l'Assicurazione.
Condizioni di Assicurazione	Le norme che disciplinano il rapporto contrattuale.
Dipendenti	Personale INAIL, non INAIL, collaboratori a progetto, lavoratori interinali, parasubordinati.
Franchigia	L'importo eventualmente pattuito a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.
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 permanente.
Scoperto	La percentuale del danno eventualmente pattuita a carico del Contraente per ciascun sinistro.
Garanzia	La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo.
Indennizzo	La somma che la Società eroga all'assicurato in caso di sinistro.
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società per la prestazione di garanzia.
Risarcimento	La somma che la Società eroga all'avente diritto in caso di sinistro.
Rischio	La possibilità che si verifichi l'evento dannoso.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società	L'impresa o il gruppo di imprese che prestano l'assicurazione.

ATTIVITÀ DEL CONTRAENTE ED IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Società esercente un'impresa per la gestione dei servizi di trasporto urbano, suburbano ed extraurbano comprese le attività di riparazione, lavaggio, rifornimento anche a metano dei veicoli, gestione delle officine meccaniche, attività di noleggio da rimessa, gestione impianti di ascensori e scale mobili pubbliche, gestione impianto filoviario, e quant'altro di inerente.

La presente polizza viene stipulata per le categorie 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 dell'attività del 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 alla documentazione tenuta 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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE SEZIONE 1

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO / BUONA FEDE

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

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

ART. 2 - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del 30/04/2020.

Il premio viene versato con frazionamento annuale, con rate scadenti il 31/12 di ogni anno; la prima rata annuale viene quindi versata per il periodo 30/04/2020 – 31/12/2020.

Il contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio, entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il contraente non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il contraente non paga i premi, le rate di premio successivi e le eventuali appendici comportanti un premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

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

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni come previsto dalle norme in vigore, e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

ART. 3 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La presente Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 30/04/2020 e cesserà automaticamente alle ore 24 del giorno 31/12/2022, senza obbligo di disdetta.

E' 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 4 (quattro) mesi. La società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga. I limiti d'indennizzo, scoperti, franchigie ed eventuali altre limitazioni annuali, potranno essere proporzionalmente riparametrate in base alla durata della proroga previo accordi fra le parti intercorsi al momento della richiesta di proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione di ogni anno, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 4 (quattro) mesi prima della scadenza annuale.

Ai sensi dell'art. 35, D.Lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente Contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata di anni 1, ovvero dalle ore 24.00 del 31/12/2022 fino alle ore 24 del 31/12/2023, previa adozione di apposito atto.

ART. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.

ART. 6 - 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 dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

ART. 7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo/risarcimento, la società può recedere dall'assicurazione, mediante lettera raccomandata,- o posta elettronica certificata (PEC), da inviarsi in firma digitale 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 dall'assicurazione, 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. 8 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo.

ART. 9 – OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, entro i 30 giorni successivi ad ogni scadenza annuale della polizza, 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 in caso 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.

La società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica del contraente e/o dal broker.

ART. 10- ALTRE ASSICURAZIONI

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.

ART. 11 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria 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, fermo il premio minimo eventualmente stabilito. A tale scopo, entro 90 (novanta) giorni, a partire dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, l'Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 60 (sessanta) giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società potrà fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 (trenta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto

ART. 12 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia .

ART. 13 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settantacinque 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.

ART. 14 - RINUNCIA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (art. 1916 C.C.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

ART. 15 - ONERI FISCALI

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

ART. 16 - FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello di appartenenza del Contraente / Assicurato.

ART. 17 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (telefax o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

ART. 18 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 19 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

ART. 20 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione sia divisa per quote fra diverse Società coassicuratrici , tenute in caso di sinistro a concorrere al pagamento dell'indennizzo liquidato a termini delle condizioni di assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, la Compagnia che assumerà la qualifica di Delegataria , dovrà dichiarare di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto , anche per le quote delle Coassicuratrici.

Resta inteso che la Società Delegataria dovrà corrispondere per l'intero gli indennizzi , fermo il suo diritto a rivalersi verso le Coassicuratrici.

ART. 21 – CLAUSOLA BROKER

L'assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società Aon S.p.A. in qualità di broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e ss.mm.ii.

L'assicurato 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.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art.55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il broker è autorizzato ad incassare i premi. La società, pertanto, 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 8 % sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

ART. 22 – TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

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

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI SEZIONE 2

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

ART. 1) CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

CATEGORIA A) DIRIGENTI

La copertura è operante per i rischi professionali ed extraprofessionali in riferimento alle condizioni dell'ultimo accordo nazionale collettivo dei dirigenti. La garanzia viene - a titolo esemplificativo e non esaustivo - prestata anche per gli infortuni subiti durante lo svolgimento delle mansioni inerenti l'attività professionale, compresi trasferimenti, viaggi o trasferte resi necessari per l'espletamento delle funzioni, comprese anche le attività e mansioni varie esterne nonché relative all'aggiornamento professionale. Sono compresi nella garanzia gli infortuni subiti durante il percorso effettuato in qualsiasi modo dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

Retribuzioni assicurate: € 200.000,00

DIRIGENTI

Somme assicurate per ciascuna persona:	Morte I.P.	5 volte la retribuzione annua 6 volte la retribuzione annua
--	---------------	--

CATEGORIA B) AMMINISTRATORI

La copertura è operante per gli infortuni che gli Assicurati subiscono durante la partecipazione alle riunioni documentate da registri dell'Azienda, nonché nello svolgimento, per conto ed ordine del Consiglio di Amministrazione o altri organi aziendali di ogni altra funzione inerente la loro specifica carica dichiarata. Sono compresi trasferimenti, viaggi o trasferte resi necessari per l'espletamento delle funzioni, comprese anche le attività e mansioni varie esterne nonché relative all'aggiornamento professionale, risultanti da mandato ricavabile da verbali, registrazioni, relazioni o lettere di incarico. Sono compresi nella garanzia gli infortuni subiti dagli Assicurati durante i percorsi effettuati in qualsiasi modo dall'abitazione o dai luoghi ove operano professionalmente ai luoghi ove vengono espletate le funzioni e viceversa. (rischio in itinere). E' inoltre compreso il rischio da circolazione su qualsiasi mezzo inclusi aeromobili.

Numero persone assicurate n. 5

AMMINISTRATORI

Somme assicurate per ciascuna persona:	Morte	€. 500.000,00
	I.P.	€. 500.000,00

ART. 2) ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono considerati infortuni:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- 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, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza 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 sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi, 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. 3 - ESCLUSIONI

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto alla Condizione Particolare - Rischio Guerra - , da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa
- f) gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- g) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 4 - LIMITE DI RISARCIMENTO

Si conviene che il limite massimo di risarcimento per ciascuna persona assicurata ammonta ad € 1.500.000,00=. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero – nel loro complesso – tale importo, le stesse verranno riconosciute fino al predetto limite.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.000.000,00=.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

ART. 5 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., sieropositive per H.I.V., o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

ART. 6 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta dandone avviso al Broker oppure alla Società entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

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

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

ART. 7 - CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver 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 preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quando stabilito dall'art. 6 Sez. 2 di Polizza.

ART. 8 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile .

ART. 9 - INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata 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 si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 12 sez. 2 di polizza,

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

ART. 10 - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO PER LE CATEGORIE ASSICURATE

Per quanto attiene la categoria "A" - Dirigenti - non viene applicata alcuna franchigia.

Per quanto attiene la categoria "B" Amministratori - la somma assicurata per invalidità permanente da infortunio è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- a) fino ad euro 250.000,00 di capitale assicurato non sarà applicata alcuna franchigia;
- b) 5% sulla parte di somma eccedente euro 250.000,00 e fino a euro 500.000,00;

Pertanto sulla parte di somma assicurata:

- eccedente euro 250.000,00 fino ad Euro 500.000,00 la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 5% della totale, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;

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

Nei casi di invalidità permanente di grado superiore al 60% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

ART. 11 - 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 corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

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 dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 12 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

CONDIZIONI PARTICOLARI

ART. 1 - ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

ART. 2 - 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 non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

ART. 2 - MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

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

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

ART. 4 - INFORTUNI AERONAUTICI

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.000.000,00= per il caso di morte, € 1.500.000,00= per il caso di invalidità permanente totale e per aeromobile i capitali di € 5.000.000,00= per il caso morte, € 5.000.000,00= per il caso di invalidità permanente totale.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

ART. 5 - CLAUSOLA DIRIGENTI

Per le persone con la qualifica di Dirigente l'assicurazione viene estesa alle malattie professionali, nei limiti previsti all'articolo 1) Categorie e Somme Assicurate – Categoria B), (intendendo come tali quelle indicate alla tabella annessa al D.P.R. 30/06/1965 N. 1124 e successive modifiche) che si manifestino nel corso della validità' del presente contratto con rinuncia da parte della Società della franchigia prevista dalla legge medesima.

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Il contraente dichiara che all'atto di perfezionamento del contratto i Dirigenti assicurati non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie.

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale l'attitudine al lavoro del dirigente assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire una attività' lavorativa in mansioni compatibili la somma assicurata per il caso di invalidità' permanente viene liquidata al 100%.

L'assicurazione vale anche per la pratica non professionale di qualsiasi sport, escluso il paracadutismo e sport aerei in genere.

ART. 6 - DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Compagnia rimborserà comunque le spese sostenute dall'Assicurato per le cure e gli interventi, anche chirurgici, effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico.

La garanzia è prestata fino a concorrenza di Euro 10.000,00 per sinistro.

ART. 7 - 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.

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE